



Rapport sur la riposte stratégique à la COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS

—
Du 1er février 2021 au 31 janvier 2022



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

Clause de non-responsabilité

Riposte à la COVID-19 dans la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé menée du 1er février au 31 août 2021 © Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique 2021. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO) : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, redistribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant qu'elle soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui en sera faite, quelle qu'elle soit, il ne devrait pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. Il est interdit d'utiliser le logo de l'OMS. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes alors 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 assurée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). En conséquence, elle 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. COVID-19 Response in the World Health Organization African Region, February to December 2021. Licence : cc BY-NC-SA 3.0 IGO.

Les données de catalogage à la source (CIP). Les données CIP sont disponibles sur le site web <http://apps.who.int/ris>.

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 qu'il 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 lignes en pointillés et en tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives pour lesquelles il n'y a peut-être pas encore d'accord complet.

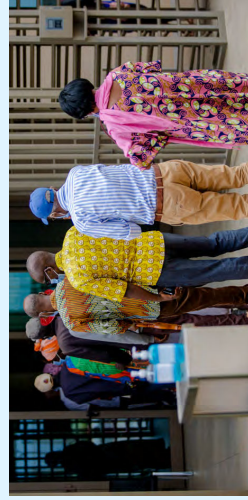
La mention de firmes spécifiques ou de produits de certains fabricants ne signifie pas que ces firmes et ces produits sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue qui ne sont pas mentionnés ici. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom de produit de marque déposée. Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'OMS 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.

Table des matières

III

Figures et tableaux	IV	Abréviations	VIII
Message du Directeur général	V	Résumé d'orientation	IX
Préface de la Directrice régionale	VI	Calendrier pour la période allant de février 2021 à janvier 2022	X



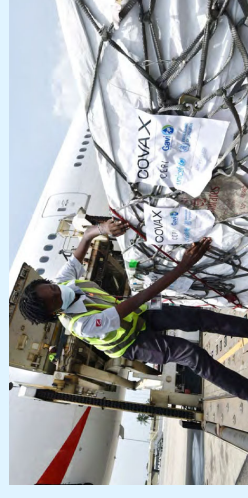
1. Contexte

| 1



2. Déployer les ressources de manière responsable et stratégique

| 4



3. Mobilisation des ressources et partenariats

| 36



4. Suivi et évaluation

| 44



5. Se serrer les coudes pour mettre fin à la pandémie

| 46

Références

| 48

Figures et tableaux

Figures

Figure 1 :

Le graphique d'information sur l'épidémie représente les quatre vagues de la pandémie de coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) en Afrique, qui a commencé à sévir à partir de janvier 2020. En février 2021, date à laquelle remonte le présent Plan stratégique de préparation et de riposte (SPRP), la deuxième vague de la pandémie avait déjà commencé à marquer un recul, stagnant légèrement, pour ensuite repartir de plus belle lors des troisième et quatrième vagues.

Figure 2 :

Objectifs du Plan stratégique de préparation et de riposte (SPRP) 2021 à la COVID-19 de l'OMS/AFRO

Figure 3 :

Pourcentage de personnes complètement vaccinées contre la COVID-19 dans la Région africaine

Figure 4 :

Point d'information sur le diagnostic – capacité de laboratoires et de dépistage

Figure 5 :

Deux ans après l'apparition de la pandémie, les perturbations des systèmes de santé persistent

Figure 6 :

Mesures prises déclarées pour atténuer les conséquences de la pandémie et promouvoir le rétablissement des services

Figure 7 :

Tendances de fréquentation des services de planning familial aux points de prestation de services au Cameroun

Figure 8 :

Trajectoire thérapeutique

Figure 9 :

Catégories d'innovation pour la fourniture de vaccins contre la COVID-19

Figure 10-12 :

Détails concernant les livraisons par pays (pour tous groupes de produits confondus)

Figure 13-14 :

Données cumulées concernant les déploiements – nombre d'experts

Figure 15-16 :

Aperçu du financement (au 31 janvier 2022)

Figure 17 :

Domaines d'intervention ou de mise en œuvre spécifiques ciblés (au 31 janvier 2022)

Figure 18 :

Suivi des services de santé essentiels au niveau national

Tableaux

Tableau 1 :

Capacités de séquençage et formations entreprises dans la Région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre

Tableau 2 :

Tendance mensuelle des mesures de protection contre la COVID-19 rapportées par les participants interrogés en 2021

Tableau 3 :

Répartition des fournitures de l'OSL OMS/AFRO

Tableau 4 :

Contributions reçues des partenaires (au 31 janvier 2022)

Tableau 5 :

Fonds mondial – 2021 Dispositif de riposte à la COVID-19 (MRC19) – progrès régionaux

Tableau 6 :

Progression régionale du dispositif de riposte à la COVID-19 (C19RM) du Fonds mondial (CF) – 2027, financement approuvé

Le monde doit s'unir pour mettre fin à la pandémie

Alors que nous entrons dans la troisième année de la pandémie de maladie à coronavirus-19 (COVID-19), le moment est venu de réfléchir aux enseignements que nous en avons tirés et de planifier ensemble l'avenir.

Le virus a mis à rude épreuve nos institutions, nos économies et nos sociétés et en a exploité les faiblesses. Les pays africains s'en sont bien sortis lors des premières vagues du virus, en partie grâce à leur expérience tirée de la lutte réussie contre des maladies telles que la maladie à virus Ebola et la poliomyélite. Ils ont servi de modèle aux autres pays en matière de recherche des contacts et de suppression du virus.

Grâce à l'Accélérateur ACT, qui est le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19, l'OMS et ses partenaires se sont attelés à fournir des vaccins, des tests et des traitements aux pays africains. S'appuyant sur le Plan stratégique de préparation et de riposte 2021, l'OMS a collaboré avec les pays africains pour fournir l'oxygène et le matériel à usage médical dont ils ont tant besoin, ainsi que pour moderniser les laboratoires, qui ont joué un rôle essentiel dans l'identification des nouveaux variants de la COVID-19.

Malheureusement, pendant la pandémie, un petit nombre de pays riches et de pays producteurs ont amassé des outils sanitaires essentiels, notamment des équipements de protection individuelle, des tests, des traitements et des vaccins. Au fur et à mesure que la COVID-19 devenait plus transmissible et que la lassitude découlant des mesures sociales et de santé publique s'accroissait, il devenait plus difficile pour les systèmes de santé fragiles d'Afrique de faire face à la situation. Il en a résulté des décès inutiles dus à la COVID-19, ainsi qu'un recul par rapport à d'autres menaces sanitaires, telles que la rougeole, la poliomyélite, le VIH et le paludisme.

Là où les ressources ont été concentrées sur le soutien au déploiement du vaccin, les taux se sont améliorés, même si de nombreux pays ont encore beaucoup à faire pour atteindre les cibles mondiales. Cette situation laisse les pays exposés à de futures vagues du virus qui pourraient provoquer l'effondrement des systèmes de santé.

À l'avenir, l'OMS travaillera activement avec les pays pour accroître la vaccination contre la COVID-19, ainsi que l'accès aux antiviraux et aux tests de dépistage qui peuvent sauver des vies. Cette action doit être soutenue par les pays qui investissent dans le renforcement des systèmes de santé afin de rétablir les gains obtenus antérieurement tant contre les maladies infectieuses que les maladies non transmissibles.

Nous jetons aujourd'hui les bases pour mieux préparer le continent à de nouvelles vagues de COVID-19 et à des pandémies futures. Cette action comprend la création du centre de transfert de technologie de l'OMS pour les vaccins à ARN messager (ARNm) en Afrique du Sud, qui travaille avec un réseau de bénéficiaires de la technologie (ou missions satellites) à travers le continent qui auraient accès au savoir-faire et partageraient la technologie de fabrication de vaccins à ARNm. Cela sera utile pour les vaccins contre la COVID-19 ainsi que pour d'autres vaccins.

Que cette initiative augure une nouvelle ère de solidarité, guidée par la notion de santé comme bien public mondial, afin qu'ensemble nous mettions fin à cette pandémie et bâtissions un héritage dont nous pourrions être fiers !

Faisons front commun !

D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus
Directeur général de l'OMS



Renforcer la ligne de front : étendre la vaccination en Afrique tout en renforçant les soins primaires pour réduire les vulnérabilités

VI

L'année 2021, qui a marqué la seconde année de lutte de l'Afrique contre la COVID-19, s'est avérée extrêmement difficile, accentuée par les troisième et quatrième vagues de la pandémie, de plus en plus sévères, et par l'inégalité mondiale en matière de vaccination contre la COVID-19. Pour les pays de la Région africaine de l'OMS, ces défis ont été exacerbés par une série d'autres crises humanitaires, 38 des 47 pays connaissant un certain niveau de pénurie alimentaire. Les raisons de ces pénuries vont de phénomènes météorologiques extrêmes à des crises politiques ou des conflits, ce qui entrave davantage la riposte à la pandémie.

Sur une note plus positive, depuis le premier cas de COVID-19 signalé en Afrique le 14 février 2020, plusieurs pays du continent ont assumé un rôle de premier plan dans la riposte. En effet, le 4 mars de la même année, par exemple, le Nigeria est devenu le premier pays africain à séquencer le génome du SRAS-CoV-2. Fin 2021, le Botswana et l'Afrique du Sud ont identifié Omicron, la souche des variants de la COVID-19 la plus transmissible à ce jour.

Certes les pays ont eu des difficultés à atteindre les objectifs mondiaux de couverture vaccinale, mais des progrès considérables ont été réalisés dans la vaccination des populations les plus vulnérables d'Afrique. Les pays ont également tiré les premiers enseignements de la pandémie pour améliorer les capacités de tests en laboratoire, la prise en charge des cas et les mesures de santé publique et de sécurité.

Le présent rapport met en évidence les résultats de la riposte à la pandémie obtenus entre le 7 février 2021 et le 31 janvier 2022 dans la Région africaine de l'OMS, conformément au Plan stratégique 2021 de préparation et de riposte.

Pour l'équipe de l'OMS/AFRO, l'accent a été mis, au cours de la deuxième année de la pandémie, sur l'accélération de l'appui technique aux pays pour les aider à combler leurs lacunes opérationnelles, tout en mettant en place des mesures visant à renforcer les systèmes de santé pour faire face à la crise persistante. Au mois d'août 2021, alors que les 47 pays de la Région disposaient de capacités complètes de dépistage par test antigénique et par réaction en chaîne par polymérase (PCR), l'émergence de nouveaux variants a fait basculer l'accent sur l'augmentation des tests génomiques pour cerner un paysage viral en évolution rapide et y faire face, tout en renforçant les capacités de prise en charge des cas.

En formant plus de 500 000 membres du personnel médical et techniciens et en réaffectant un grand nombre de ses propres équipes pour faire face à la situation d'urgence, l'OMS dans la Région africaine a contribué à garantir l'existence d'une quantité suffisante d'oxygène et de matériel médical pour une prise en charge qualifiée des cas, et ce, pour tous les États Membres du continent. Il convient de souligner que le nombre de lits d'unité de soins intensifs (USI) dans la Région a plus que doublé au cours de la seule année 2021, passant de moins d'un à deux pour 100 000 habitants.



OMS/Blink Media - Nana Kofi Acquah

A l'hôpital régional du Grand Accra, prise de la température de Sophia Turkeson avant qu'elle n'entre dans le bâtiment. Pendant la pandémie de COVID-19, l'OMS a apporté un appui au Service de santé du Ghana dans ses efforts visant à continuer à fournir des services médicaux essentiels à la population. Dans leur hôpital régional, des vaccinations sont proposées conjointement avec d'autres services essentiels pour les enfants et les soins sont prodigués aux mères avant, pendant et après la grossesse.

En ce qui concerne la participation communautaire, l'accent a été mis sur l'amélioration de la communication avec les communautés et au sein de celles-ci, tout en assurant la continuité et la cohérence de la formulation de messages de base axés sur la santé publique et les mesures sociales, tels que la distanciation sociale et le lavage des mains, éléments essentiels de la riposte à la pandémie. Nos études ont confirmé que les efforts collectifs de plaidoyer déployés par les partenaires dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 en 2021 ont permis de surmonter l'hésitation à se faire vacciner.

Malgré de multiples urgences sanitaires, certains États Membres particulièrement touchés par des crises humanitaires ont réussi à endiguer la propagation de la COVID-19. Ce succès est dû en grande partie à l'action conjointe de notre famille des Nations Unies et d'autres partenaires sanitaires sur le terrain. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), qui a mobilisé des agents de santé pour soutenir la riposte à la COVID-19 en fournissant des vaccins, en mobilisant les communautés et en luttant contre la désinformation, entre autres activités, constitue un exemple de cette coopération. L'utilisation de l'infrastructure de l'IMEP pour la riposte à l'urgence sanitaire a permis de tirer des leçons essentielles pour l'intégration des ressources de la poliomyélite dans des systèmes de santé plus larges, alors qu'un nombre croissant de pays approchent de leur période de transition et de post-certification pour cette maladie.

Une autre bonne nouvelle est venue du Botswana en décembre 2021. En effet, au plus fort de la COVID-19, il est devenu le premier pays à forte charge de morbidité à avoir obtenu la certification OMS pour avoir franchi une étape importante sur la voie de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH : « ...à savoir ramener le taux de la transmission mère-enfant du VIH à moins de 5 %, fournir des soins prénatals et un traitement antirétroviral à plus de 90 % des femmes enceintes et atteindre un taux de cas de VIH inférieur à 500 pour 100 000 naissances vivantes. »

En effet, cela signifie qu'une nation dans laquelle 20 % de la population vit avec le VIH peut désormais envisager, en toute confiance, d'élever une génération sans sida.

Cette étape importante est le fruit de la collaboration entre les personnes vivant avec le VIH et des actions concertées de multiples partenaires du secteur de la santé. C'est là une réalisation extraordinaire et nous pensons que comprendre la manière dont elle a été accomplie permet de tirer des enseignements pour tous les pays du monde.

Par nécessité, les pays de notre Région ont été mis au défi d'innover pour trouver des solutions et plusieurs activités de recherche et développement appliquées ont été entreprises pour lutter contre la pandémie. Au Sénégal, les chercheurs ont mis au point un test de diagnostic immunologique pour la COVID-19, disponible pour seulement un dollar E.U. tandis que les étudiants en ingénierie du pays ont réalisé un robot médical multifonctionnel pour alléger la charge des agents de santé. Le Kenya a converti des usines existantes pour produire des dizaines de millions de masques tandis que le Ghana utilisait des drones pour acheminer des échantillons des sites de test aux laboratoires. Le Rwanda a également utilisé des drones assemblés localement pour accroître la sensibilisation à la COVID-19, ainsi que des robots pour assurer le dépistage et la surveillance des patients.

Le présent rapport annuel lève le voile sur les progrès importants accomplis en matière de surveillance, de collaboration transfrontalière, de dépistage, de lutte anti-infectieuse, ainsi que de traitement et de continuité des services de santé essentiels pendant les crises. Ces exemples de bonnes pratiques seront d'une valeur inestimable pour relever les nouveaux défis et sous-tendre notre réponse collective à l'avenir. La solidarité continentale dont nous avons fait preuve au cours de cette année très difficile sera cruciale dans notre collaboration pour mettre un terme à la COVID-19 dans la Région africaine.

Je vous souhaite une bonne lecture du présent rapport

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



Abréviations

ACCOS	Étude sur les résultats des soins intensifs liés à la COVID-19 en Afrique	Mds	Ministère de la santé
ACT-A	Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19	O²	Oxygène (à usage médical)
AFNET	Réseau africain d'épidémiologie de terrain	OMS	Organisation mondiale de la Santé
AIRA	Alliance pour la riposte contre l'infodémie en Afrique	OMS-AFR	Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine
ASDI	Agence suédoise de coopération internationale au développement	OMS-CO	Bureau de pays de l'Organisation mondiale de la Santé
AVAT	Fonds africain pour l'acquisition des vaccins	OMS/AFRO	Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique
CADMEF	Conférence africaine des doyens et des facultés de médecine d'expression française	PCR	Réaction en chaîne par polymérase
CCARDS	Comité consultatif africain pour la recherche et le développement sanitaires	RADAR	Rapid ACT-Accelerator Delta Response
CDC-Afrique	Centre africain de contrôle et de prévention des maladies	RCCE	Communication sur les risques et participation communautaire
CEPI	Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies	REPOINGAC	Réseau des plateformes d'ONG d'Afrique centrale
COVAX	Le pilier vaccins de l'Accélérateur-ACT	SIG	Système d'information géographique
ECHO	Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes	SIMR	Surveillance intégrée des maladies et riposte
EPI	Équipements de protection individuelle	SOFA	Évaluation séquentielle de la défaillance d'organes
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture	SPRP	Plan stratégique de préparation et de riposte
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population	SRHR	Santé sexuelle et reproductive et droits associés
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida	SRHS	Services de santé sexuelle et reproductive
Gavi	L'Alliance du Vaccin	SSP	Soins de santé primaires
HSA	Harmonisation pour la Santé en Afrique	SSR	Santé sexuelle et reproductive
ICP	Indicateurs clés de performance	TDR-Ag	Test de diagnostic rapide de détection des antigènes
IMS	Système de gestion des incidents	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
IPC	Lutte anti-infectieuse	UNOCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies
IST	Infection sexuellement transmissible		

Résumé d'orientation

Le présent rapport met en lumière les résultats obtenus dans le cadre de la riposte à la pandémie de COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS, conformément au Plan stratégique de préparation et de riposte (SPRP) à la COVID-19 pour la période allant du 1er février 2021 au 31 janvier 2022.

En 2021, la Région africaine a connu trois vagues du virus COVID-19, avec l'apparition de nouveaux variants, chaque vague atteignant un pic plus élevé que la précédente, sans pour autant entraîner des taux de mortalité plus élevés. Les pays ont dû faire face à de multiples crises humanitaires complexes, à la reprise morose des programmes de santé et des services cliniques, à la lassitude face à la pandémie, à l'épuisement du personnel et à un ralentissement économique. Fin janvier 2022, la Région avait enregistré 7,76 millions de cas et 161 700 décès, avec des différences marquées entre les pays en ce qui concerne les hospitalisations et les taux de létalité, en fonction de la capacité de réaction, de l'incidence des comorbidités, de la résilience des systèmes de santé et des taux de vaccination, entre autres facteurs.

La transmission communautaire était la principale cause de la propagation du virus. La riposte a, par conséquent, continué d'accorder une grande priorité à l'investissement dans la communication sur les risques et à la participation communautaire. Nonobstant quelques progrès enregistrés en 2021, le taux de vaccination est resté stable à 9,96 % pour les personnes ayant reçu la première dose et à 6,31 % pour les personnes complètement vaccinées. Considéré comme faible, ce taux a été attribué à l'incidence erratique des approvisionnements en vaccins, aggravée par l'inégalité vaccinale. En effet, en 2021, en dépit des taux de vaccination en Afrique, 37 pays dans le monde se sont vus attribuer six fois plus de doses de vaccin pour les injections de rappel.

Malgré un déficit d'environ 300 millions de doses de vaccin, 24 des 47 pays de la Région africaine avaient vacciné 40 % de la population à fin janvier 2022. Toutefois, cette situation pourrait bientôt être inversée. En effet, agissant de concert, le mécanisme conjoint AVAT et du Pilier vaccins de l'Accélérateur-ACT (COVAX) devrait permettre d'assurer d'ici la mi-2022 la livraison au continent d'un milliard de doses de vaccin, dont 400 millions résultant des initiatives de finition et conditionnement de façon industrielle en Afrique du Sud.

En réponse aux lacunes de notification concernant la continuité du système de santé et tous les aspects de la réponse, un [centre d'information COVID-19](#) a déjà permis d'améliorer les données probantes destinées à la prise de décision, grâce à des données régionales relatives à la maladie disponibles en plus grand nombre et de meilleure qualité, ainsi qu'à la collecte et à l'analyse d'information et aux produits de diffusion de connaissance. L'analyse menée par ledit centre révèle que de nombreux cas de la maladie sont probablement passés inaperçus, vu le faible nombre de tests effectués dans les zones difficiles à atteindre, même si un nombre accru de dépistages a été effectué dans les zones urbaines pour les voyageurs et les personnes présentant des symptômes.

L'OMS a apporté un appui aux pays pour améliorer les systèmes de gestion des alertes en vue de la détection précoce au niveau des établissements de santé et au niveau communautaire. À cette fin, l'Organisation a mis un accent particulier sur la recherche active des cas et la recherche des contacts. En décembre 2021, la formation à la recherche des contacts était fort demandée en Afrique de l'Ouest et un certain nombre de pays ont sollicité des avis techniques à cet effet.



OMS-Nigéria

La D^{re} Jay Ufere partage du matériel de lutte anti-infectieuse lors d'une activité de sensibilisation communautaire menée à Mpape, à Abuja, le 7 avril 2020.

Calendrier pour la période allant de février 2021 à janvier 2022

X



2021

2022

1. Contexte



L'année 2021 a été marquée par trois vagues de pandémie de COVID-19, chacune plus virulente que la précédente, mais pas nécessairement plus mortelle. La pandémie a confirmé les profondes inégalités des systèmes de santé, marquées notamment par la dépendance continue à l'égard de la production extérieure de vaccins, l'insuffisance de lits dans les unités de soins intensifs (USI) et l'absence d'oxygène à usage médical et d'autres matériels essentiels au traitement du virus aux niveaux mondial, régional et national. Exacerbée par l'imposition de restrictions et d'interdictions de voyage, les confinements et la paralysie commerciale qui en a résulté, la pandémie a entraîné des pertes de productivité estimées à 29 milliards de dollars par mois, paralysant les services de santé en Afrique.

La pandémie a également mis à nu les disparités mondiales en matière de capacités des personnels de santé, le ratio patients/agents de santé variant de moins de 10 médecins pour 10 000 personnes dans les économies moins industrialisées d'Afrique à plus de 90 médecins pour 10 000 personnes en Europe. Enregistrant le taux d'investissement dans les soins de santé le plus faible au niveau mondial, la Région ne compte que deux pays sur 47 qui ont respecté l'engagement pris en 2001 par les Ministres africains des finances de consacrer 15 % de leur budget national aux systèmes de santé. Treize pays ont, pour leur part, dépensé les 60 dollars annuels par habitant requis, ce qui est considéré comme la norme mondiale, les autres ne dépensant que la moitié de cette somme.

Alors que les confinements se poursuivaient depuis 2020, plus tôt dans l'année, les campagnes de vaccination de masse contre des maladies telles que la rougeole, la poliomyélite et la méningite ont été interrompues, laissant des millions d'enfants exposés à un risque accru de maladies mortelles et évitables. Les crises humanitaires simultanées ont également submergé les systèmes de santé

de nombreux pays, entraînant la fermeture d'établissements de santé, déjà surchargés par le redéploiement du personnel soignant dans le cadre de l'effort pour endiguer la COVID-19, ainsi que par les retards accusés dans l'expédition de médicaments et d'appareils essentiels. En outre, de peur de contracter la maladie, un nombre moindre de personnes a cherché à se faire soigner dans les cliniques.

Finalement, comme le nombre de cas et de décès enregistrés était bien plus faible que ce qui avait été prévu en mars 2020, lors de la première vague de la maladie, à la mi-2021, les programmes de santé tels que le VIH, la poliomyélite sauvage et la tuberculose ont lentement repris de la vigueur. En outre, fin novembre 2021, le nombre de lits de soins intensifs avait plus que doublé, passant de 0,8 pour 100 000 à deux (2) lits, contre 100 pour 100 000 lits en Europe. Les systèmes de santé ont également adopté de nouveaux protocoles de prise en charge des cas plus intégrés, basés sur la surveillance communautaire et une combinaison de soins cliniques et à domicile.

La pandémie a attiré l'attention sur les disparités économiques et sociales entre les pays et même au sein des communautés. Le faible déploiement de la vaccination de masse dans la plupart des pays africains, comparativement à d'autres régions du monde, alors même que de nouveaux variants de la COVID-19 apparaissent, était préoccupant. En pleine quatrième vague, moins de 10 % de la population du continent avait été vaccinée, bien que le taux de létalité moyen pour la Région fût relativement faible (2,5 %). Cette situation a également donné lieu à des contradictions et, dans au moins 10 pays, les taux de létalité ont oscillé, dépassant la moyenne régionale à deux chiffres, avant de retomber à la fin du mois de janvier 2022.



OMS – S. Gborie

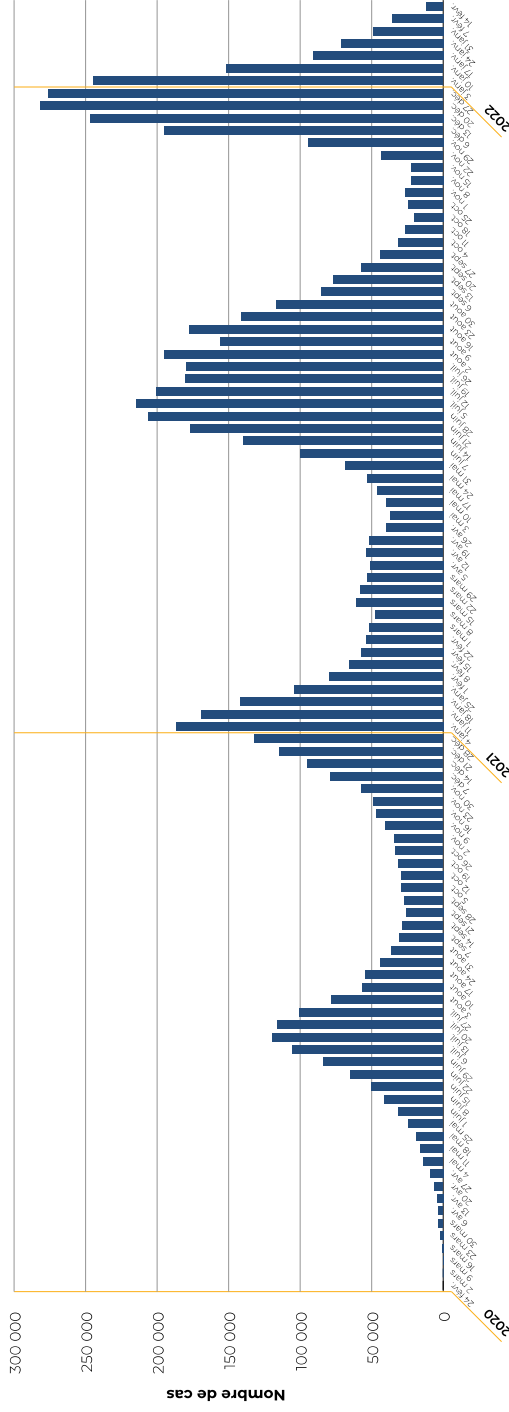
Certaines spéculations ont cours pour expliquer les chiffres plus faibles se rapportant à la COVID-19, enregistrés en Afrique, par rapport à d'autres régions du monde. Il s'agit, notamment, des caractéristiques démographiques (répartition par âge), des différences dans les méthodes d'identification des cas, de la capacité de détection des décès, de la contribution éventuelle d'une immunité préexistante due à d'autres infections virales et du rôle joué par l'aridité et la température dans la transmission. En 2021, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a tenté de donner un sens à ces théories. L'analyse et la recherche à cet effet sont en cours. De même, nos analystes ont tenté de mesurer l'impact de la crise sur d'autres maladies. Il est actuellement trop tôt pour constater une augmentation directe des maladies et des décès dus à d'autres maladies, mais les données et la modélisation laissent penser que les effets d'entraînement de la pandémie persisteront bien longtemps après qu'elle ait pris fin. Cela est particulièrement vrai pour les femmes et les jeunes filles, puisque 30 millions de femmes supplémentaires en Afrique subsaharienne risquent de passer sous le seuil de pauvreté à l'horizon 2030, selon des études sur l'impact de la pandémie.

En Afrique, la perte de confiance dans les systèmes de santé a eu un impact sur le soutien des communautés à la riposte. Cependant, malgré les faiblesses des systèmes de santé dues à l'insuffisance chronique des investissements dans les soins de santé, les pays africains et leurs partenaires ont été contraints de ratisser plus large pour l'achat de vaccins. Ils ont également commencé à produire et à distribuer de l'oxygène à échelle industrielle, à accroître les capacités de soins intensifs et à consolider la surveillance communautaire et les normes de prise en charge des cas, ainsi qu'à améliorer considérablement les analyses en laboratoire et les tests génomiques. Soumis à pression pour reprendre l'activité économique, en 2021, de nombreux pays ont suspendu les mesures de confinement et ouvert leur économie, tout en maintenant des pratiques de prévention telles que le port de masques, les tests obligatoires aux frontières, la mise en quarantaine des personnes infectées et, dans quelques cas, l'exigence de certificats de vaccination obligatoires. La plupart des pays ont également maintenu leur attachement au respect des mesures sociales et de santé publique, telles que le lavage des mains, le contrôle des mouvements transfrontaliers, la distanciation sociale et physique, le triage et l'orientation sur la base des symptômes, qui sont autant de facteurs essentiels à la gestion des épidémies.

Dans le cadre de ce scénario, la riposte de la Région africaine de l'OMS est entrée dans la deuxième année de la pandémie avec un corpus considérable de connaissances, d'enseignements et de recherches appliquées accumulés pendant la première année de la crise. Ces éléments ont servi à renforcer l'approche à l'échelle de l'ensemble de l'Organisation en tant qu'instance régionale de conseil et de coordination, conformément à son mandat consistant à assurer la sécurité sanitaire mondiale. Consciente des implications du virus de la COVID-19 pour les systèmes de santé, qui étaient déjà

au point de rupture, avant même la pandémie, l'OMS/AFRO a continué à promouvoir l'accroissement de la capacité de l'Afrique à effectuer des tests par réaction en chaîne par polymérase (PCR) en temps réel et des diagnostics au moyen de tests génomiques. Son équipe d'intervention d'urgence a travaillé directement avec les États Membres et les partenaires aux niveaux régional et national à améliorer la recherche et la surveillance des contacts, à renforcer l'approvisionnement en oxygène et à former le personnel médical à la prise en charge globale des cas.

Figure 1 : Le graphique d'information sur l'épidémie représente les quatre vagues de la pandémie de SRAS-CoV-2 en Afrique, qui a commencé à sévir à partir de janvier 2020. En février 2021, date à laquelle remonte le présent Plan stratégique de préparation et de riposte (SPRP), la deuxième vague de la pandémie avait déjà commencé à marquer un recul, stagnant légèrement, pour ensuite repartir de plus belle lors des troisième et quatrième vagues.



2. Déployer les ressources de manière responsable et stratégique



2.1 Aperçu



2.2 Vaccination



2.3 Laboratoire – accroissement des capacités, test et identification des variants



2.4 Continuité des services de santé et prise en charge des cas



2.5 Traitement des maladies



2.6 Coopération, communication sur le comportement et les risques et participation communautaire



2.7 Innovation et technologie : sortir des sentiers battus



2.8 Communication et gestion de l'infodémie

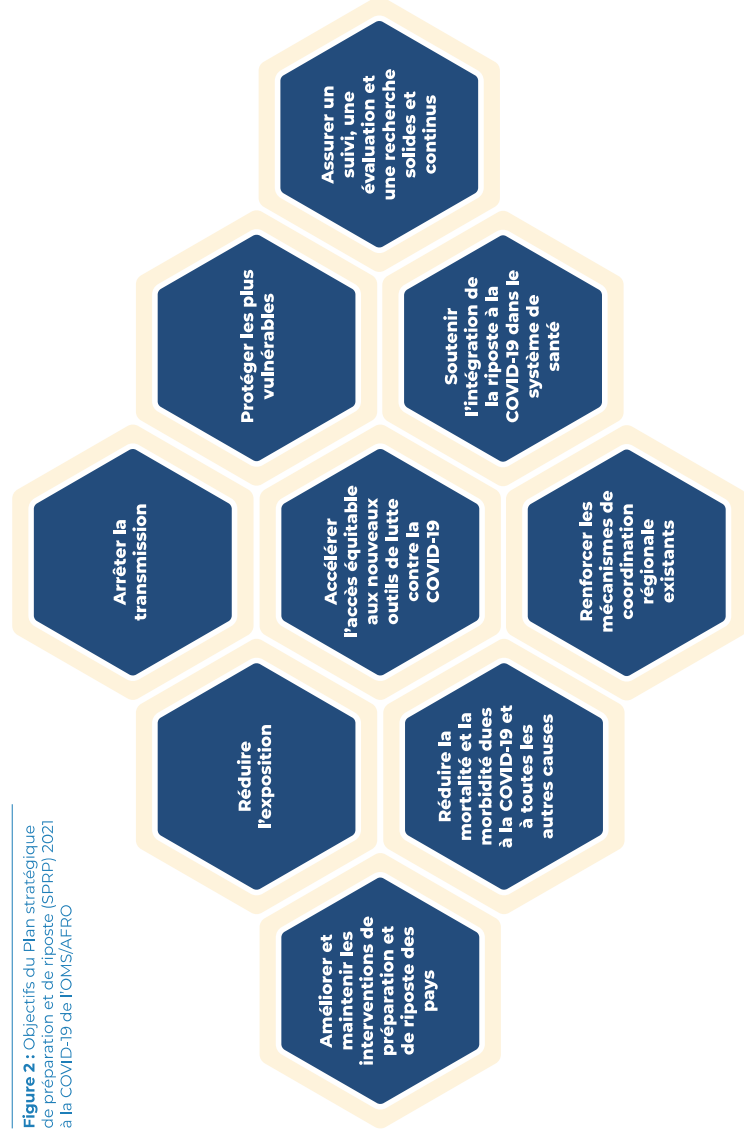


2.9 Soutien opérationnel et logistique

2.1 Aperçu

Le Plan stratégique de préparation et de riposte (SPRP) 2021 à la COVID-19 pour la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/AFRO) a été conçu pour englober tous les aspects de la riposte à la pandémie, sur la base d'une « approche à l'échelle de l'Organisation ». Guidé par une structure de gestion de la coordination et 11 piliers techniques, un réseau d'information lié à sa présence dans 47 bureaux de pays en Afrique, et des partenariats avec d'autres agences des Nations Unies, des entités bilatérales et multilatérales, des banques de développement, des organisations de la société civile, des universités et des entreprises, ce plan a permis d'assurer la continuité et intégré les enseignements tirés de la première année de la pandémie mondiale et des épidémies ou pandémies antérieures.

Figure 2 : Objectifs du Plan stratégique de préparation et de riposte (SPRP) 2021 à la COVID-19 de l'OMS/AFRO



2.2 Vaccination

En janvier 2022, environ 8 % (143 millions) des habitants de la Région africaine de l'OMS avaient été complètement vaccinés, ce qui représente moins de 3 % des vaccinations mondiales contre la COVID-19. La couverture vaccinale complète reste inférieure à 5 % dans 14 des 47 pays de la Région. Nonobstant ce qui précède, la vaccination a évolué progressivement et, en octobre 2021, 46 des 47 pays avaient reçu des vaccins ou avaient commencé à procéder à la vaccination. Quarante-quatre de ces pays ont reçu des doses par l'intermédiaire du mécanisme COVAX. Sujets à des inégalités vaccinales prononcées, 29 des 46 États Membres qui avaient démarré la vaccination ont réalisé un taux de 10 % de vaccination complète, 38 % d'entre eux ayant assuré une vaccination complète d'au moins 25 % de leur population à haut risque. Cinq pays, à savoir le Botswana, Cabo Verde, le Lesotho, Maurice, le Rwanda et les Seychelles, ont réalisé une couverture supérieure à 40 %. Maurice et les Seychelles ayant atteint l'objectif de 70 % fixé pour juin 2022.

En janvier 2022, la Région africaine avait reçu 494 millions de doses de vaccin contre la COVID-19, dont 53 % avaient été administrées et 0,6 % avaient expiré. Cela représentait un déficit de 300 millions de doses, par rapport aux 780 millions de doses nécessaires pour atteindre 50 % de la population de la Région. Les coûts de distribution, de personnel, de logistique et d'équipement s'élevant à cinq dollars pour chaque dollar consacré au vaccin, les partenaires internationaux ont promis, début 2022, de financer l'effort de vaccination de la Région.

Rapport sur la riposte stratégique à la COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS – Du 1^{er} février 2021 au 31 janvier 2022

Expérience du pays – Cabo Verde

Début février 2022, Cabo Verde avait vacciné 54 % de sa population de 555 000 habitants (353 706 personnes, soit 315 984 personnes âgées de 18 ans et plus auxquelles s'ajoutent 37 722 personnes âgées de 12 à 17 ans), au moyen de la première dose. À la même date, 235 709 autres personnes avaient reçu deux doses (269 659 personnes âgées de 18 ans et plus auxquelles s'ajoutent 24 050 personnes âgées de 12 à 17 ans), ce qui a permis au pays de franchir ainsi le cap des 40 %, qui avait été fixé par l'OMS pour fin décembre 2021.

Fortement tributaire à la fois des recettes du tourisme et des chaînes d'approvisionnement mondiales en biens manufacturés, Cabo Verde a été particulièrement touché par la pandémie de COVID-19. Confronté à d'importantes pertes d'emplois, à une montée en flèche de la dette publique et à une forte chute du produit intérieur brut (PIB) de 14 % au cours de la première année de la crise, le pays a décidé d'investir dans la vaccination, redéfinissant les priorités pour protéger son système de santé contre de nouvelles calamités. En concertation avec un réseau d'agents de santé communautaires et en utilisant les bâtiments scolaires comme centres de vaccination, le pays a déployé ses vaccins contre la COVID-19. La clé du succès de la campagne de vaccination a été une forte éthique de santé primaire pour tous, appuyée par un personnel qualifié et totalement dévoué. Les services de santé ont également accordé la priorité au dépistage et à l'orientation des cas symptomatiques, en mettant l'accent sur la participation communautaire et la communication pour le changement de comportement social, selon le Dr Afilindo do Rosário, Ministre cap-verdien de la santé, lors d'une récente réunion avec l'OMS/AFRO. À la mi-2021, la stratégie de Cabo Verde s'est traduite par

une chute du taux de létalité, ainsi que par un taux d'hospitalisation bien plus faible au cours de la quatrième vague de la pandémie.

En mai 2021, l'OMS a fixé un objectif mondial pour les pays, à savoir assurer la vaccination complète de 10 % de leur population à fin septembre, de 40 % à fin décembre et de 70 % à mi-2022. Si la couverture vaccinale de 70 % en 2022 vise à stopper la pandémie, les objectifs intermédiaires de 10 et de 40 % ont, eux, pour but de garantir un rythme équitable de déploiement des vaccins à l'échelle mondiale, ainsi qu'une priorisation appropriée de la vaccination pour les personnes les plus exposées.



OMS-Cabo Verde/Fiavia Sarmedo



OMS / Blink Media – Nana Kofi Acquah

Il est administré à un médecin la première dose du vaccin contre la COVID-19 en mars 2021, à l'Accra Ridge Hospital, dans la capitale ghanéenne. La priorité pour la vaccination a été accordée aux agents de santé, aux personnes âgées et aux personnes souffrant d'affections sous-jacentes, alors même que le déploiement mondial des vaccins COVAX s'est accéléré dans la Région africaine. Le mécanisme COVAX, le Pillier vaccins de l'accélérateur ACT, le dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 est dirigé par la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CPEI), la CoV, l'Alliance du Vaccin et l'OMS, en partenariat avec les fabricants de vaccins des pays développés et en développement, l'UNICEF, la Banque mondiale et d'autres organismes. Cela marque une étape historique vers une distribution équitable des vaccins contre la COVID-19 dans le monde.

Enseignements tirés

Renforcer la résilience pour lutter contre le virus

L'immunisation (naturelle ou induite par un vaccin) réduit les taux de mortalité et d'hospitalisation, mais chaque immunisation est importante pour améliorer la réponse immunitaire globale de l'individu et de la population. L'immunité elle-même n'est pas un état statique, mais quelque chose qui évolue dans le temps en raison des mutations somatiques des cellules immunitaires qui sont stimulées. En effet, qu'il s'agisse de vaccination, d'immunité naturelle acquise en contractant la maladie ou par le biais de rappels, à chaque nouvelle exposition au virus, l'éventail des variations de l'agent pathogène auquel le système immunitaire est capable de répondre s'élargit. L'immunité s'amenuise au fil du temps, mais plus l'exposition préalable au virus est importante, plus les chances de protection contre une maladie grave sont grandes lorsque le système immunitaire de l'hôte est réstimulé par une infection. Le variant Omicron s'est révélé moins virulent en raison d'un changement dans sa pathologie, et non parce que nous avions sou-

dainement développé une immunité suffisante. En effet, le variant Delta précédent, qui a sévi au cours des deuxième et troisième vagues de la pandémie, avait déjà jeté les bases de l'immunisation d'une grande partie de la population. Malgré ces informations, il n'y a pas de pression évolutive vers une virulence plus faible et rien ne garantit que le prochain variant qui apparaîtra partagera la pathologie favorable du variant Omicron. Nous ne pouvons pas compter uniquement sur l'immunité naturelle, ce qui serait risqué, car le virus cause plus de dégâts à l'organisme que le vaccin et peut même stimuler une réponse précoce qui empêche le développement d'une immunité à long terme. Nous devons, tant que faire se peut, continuer à vacciner et à faire des rappels.

Jessie Abbate, PhD,
Equipe épidémie, OMS-AFRO

Vaccins falsifiés

Au cours de l'année, l'OMS/AFRO a déployé des spécialistes et organisé des formations et des ateliers, dans au moins 40 pays, afin de remédier à la faiblesse des systèmes de réglementation et d'enrayer la prolifération des médicaments et des vaccins contrefaits et non conformes aux normes, ainsi que de combattre les informations et le marketing mensongers. À cette fin, les partenaires nationaux ont participé à des exercices de gestion de l'infodémie et ont reçu une formation à l'écoute sociale. Pour dissiper les doutes sur leur qualité, un guide a également été largement diffusé, expliquant l'efficacité et l'innocuité des vaccins de fabrication chinoise, Sinopharm et Sinovac.

2.3 Laboratoire – expansion, tests et identification des variants

L'année 2021 a été marquée par une augmentation de l'utilisation des tests de diagnostic rapide de détection des antigènes (TDR-Ag) pour compléter les tests PCR et renforcer les capacités de dépistage à tous les niveaux du système de santé, y compris dans les zones reculées de la Région africaine. L'inscription sur la liste des utilisations d'urgence des tests de diagnostic rapide basés sur la détection de l'antigène du SRAS-CoV-2 a permis de compléter les tests PCR. Au minimum, 40 millions d'analyses en de laboratoire ont été effectuées au cours du premier semestre 2021, tandis qu'un total de 72 millions de tests ont été effectués pendant la durée de la pandémie. Les tests de diagnostic rapide de détection des antigènes et les tests PCR jouent un rôle majeur dans la détection des cas, l'isolement des patients, la recherche des contacts et la quarantaine, éléments clés pour briser les chaînes de transmission de la COVID-19.

Au cours des six premiers mois de l'année 2021, plusieurs pays ont connu une troisième vague de COVID-19, suivie d'une quatrième vague à la fin de la même année. D'après les données recueillies jusqu'au 30 juin 2021, le dépistage a augmenté pour répondre à la demande induite par cette troisième vague, 16 des 47 pays de la Région ayant réalisé des dépistages dans les limites du seuil de dépistage de 10/10 000 habitants. Bien que le dépistage ait fluctué en janvier 2021, une proportion de 21 à 36 % des pays de la Région avait atteint ce seuil, 50 % d'entre eux affichant des taux de positivité faibles (inférieurs à 5 %).

Au troisième trimestre 2021, les dépistages ont augmenté pour répondre à la demande, avec un minimum de 20 des 47 pays procédant à des dépistages dans la limite du seuil universel de 10 pour 10 000 habitants, plus de 70 % d'entre eux ayant des taux de positivité faibles (inférieurs à 5 %). Cependant, au quatrième trimestre 2021, alors que plusieurs pays connaissaient une quatrième vague de COVID-19, le dépistage a marqué un recul. En effet, au cours de cette période, 40 % des pays n'avaient pas atteint le seuil de dépistage, par rapport au troisième trimestre. Cette situation est probablement due à une lassitude vis-à-vis de la COVID-19, associée à une réduction des activités pendant la période des fêtes. Au cours de la dernière semaine de l'année 2021, plus de 50 % des pays ont enregistré des taux de positivité élevés, attribués au variant Omicron, en plus de l'incidence continue du variant Delta.

Distribution de TDR-Ag et formation y afférente

Des TDR-Ag ont été distribués à :

 **5 provinces**

 **15 districts**

en République démocratique du Congo (RDC), ce qui a permis de réaliser des tests dans des lieux difficiles d'accès où les infrastructures sont limitées.

Afin de promouvoir davantage l'utilisation des TDR-Ag, l'OMS/AFRO a assuré des formations, dans :

 **37 pays** en



3 langues, touchant plus de



800 utilisateurs finaux

Au cours du second semestre de l'année 2021, la formation s'est poursuivie en mettant l'accent sur la formation pratique ou virtuelle par petits groupes afin d'optimiser l'expérience. Alors que l'utilisation des TDR-Ag dans la Région prend de l'ampleur, l'OMS/AFRO, en collaboration avec ses partenaires, continue de travailler avec les décideurs et les parties prenantes pour étendre leur utilisation et permettre un dépistage complet à travers toute l'Afrique.

Trois centres de surveillance génomique implantés en Afrique australe, occidentale et orientale ont été inaugurés en 2021 pour :

- évaluer les capacités, les possibilités et les faiblesses des pays en matière de séquençage génomique au travers de visites et de questionnaires et renforcer les capacités des laboratoires en ressources humaines, effectuer un suivi et une évaluation et apporter un appui technique aux pays ;
- donner aux pays qui ne disposent pas de capacités de séquençage les moyens d'établir, de construire et de renforcer les capacités nationales par des formations en laboratoire humide et en bioinformatique ;
- apporter un appui aux laboratoires du réseau régional africain de laboratoires en leur fournissant des fournitures pour le séquençage ;
- apporter un appui aux pays pour créer des biobanques génétiques et des capacités de gestion des données ;
- aider les pays à élaborer des stratégies de surveillance génomique ; et
- améliorer les capacités à intégrer le dépistage au moyen de tests PCR pour la détection des variants préoccupants du SRAS-Cov-2 dans les stratégies de surveillance des variants de la COVID-19. Les centres travaillent en étroite collaboration avec l'OSL d'AFRO pour répondre aux besoins des pays, tels que les réactifs et les stocks de fournitures.



OMS/AFRO
Le renforcement de l'identification des agents pathogènes et des capacités de séquençage génomique est essentiel pour aider les pays à prévenir et à prépositionner les ressources en prévision des résurgences de la COVID-19.

L'apparition de multiples variants du SRAS-Cov-2 a mis en évidence l'importance de la caractérisation génomique. En ce sens, les tests en laboratoire sont restés significatifs et sept pays sur 10 ont accordé la priorité à l'identification des variants et ont pu renforcer leurs capacités de séquençage. L'OMS/AFRO a assuré une formation technique en novembre 2021 à 12 pays, en collaboration avec le CDC-Afrique. Trente et un techniciens supplémentaires ont suivi une formation à distance et une formation pratique en Mauritanie et en Angola. L'équipe technique de laboratoire de l'OMS/AFRO a effectué des visites de terrain dans neuf pays pour aider

à renforcer les capacités de séquençage, tandis que d'autres pays bénéficiaient d'un soutien à distance. Des lacunes ont été identifiées au niveau des capacités de stockage des données de séquençage génomique des pays, qui manquaient de serveurs fiables et de capacités Internet améliorées. Ces lacunes entravé le partage des données de séquençage sur des plateformes publiques telles que l'Initiative mondiale sur le partage des données relatives à la grippe aviaire (GISAI), un pilier de la collaboration dans le cadre de la lutte contre les pandémies.

Tableau 1 : Capacités de séquençage et formations entreprises dans la Région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre

	Formation conjointe de l'ACDC à l'IPD, Sénégal	Formation conjointe de l'ACDC à l'ACSOB Nigeria	Formation en cours au MIMR de Noguchi Ghana	Formation pratique	Formation virtuelle continue en bioinformatique
Algérie	0	Dix-sept (17) participants, dont cinq de la zone WAMA	Dix (10) participants	0	Cinquante-six (56) participants, dont 10 de la zone WAMA
Cabo Verde*	1	0	0	0	3
Côte d'Ivoire*	2	0	1	0	3
Bénin*	1	1	1	8	3
Burkina Faso	1	0	0	0	2
Gambie	0	0	0	0	2
Chana	0	0	0	0	2
Guinée	1	0	1	0	3
Guinée-Bissau	0	0	0	0	3
Liberia**	0	0	2	0	2
Mali	0	2	0	0	3
Mauritanie*	1	0	1	0	3
Niger**	1	1	0	4	3
Nigéria	0	0	0	0	3
Sénégal	0	0	0	0	5
Sierra Leone	0	0	1	0	2
Togo***	1	0	2	5	4
Total	9	5	10	18	49

*Pays où au minimum une visite de terrain a été effectuée (au 31 décembre 2021) ; WAMA désigne l'Afrique de l'Ouest, la Mauritanie et l'Algérie ;

**Des experts de laboratoire ont été déployés pendant un mois au Liberia et une semaine chacun au Bénin et au Togo.

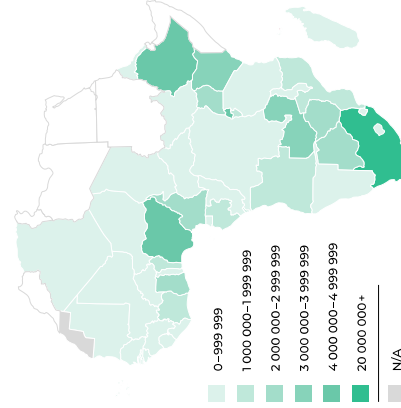
La liste des tests de diagnostic rapide de détection d'antigène à utiliser en urgence en 2020 avait déjà fourni à la Région un dispositif simple et à faible coût, permettant d'intensifier rapidement le dépistage. Malgré la lenteur initiale de leur adoption, une utilisation intensive du dispositif a été enregistrée au cours des deuxième et troisième vagues de la pandémie, multipliant par près de quatre la capacité de dépistage des pays. Cette évolution marque une étape clé dans le prépositionnement des ressources avant d'autres vagues de résurgence. Cependant, dans le contexte des limitations persistantes des capacités de dépistage dans la Région, il a été conseillé aux pays d'adopter les TDR-Ag. L'objectif ainsi visé est

d'accroître et d'étendre les capacités de dépistage et d'intégrer des tests de dépistage par PCR qui pourraient permettre de détecter les variants circulants, en guise d'approche complémentaire au séquençage. En 2021, un appui a été fourni pour améliorer la gestion des données de surveillance des variants, afin de mieux fournir les métadonnées associées nécessaires à l'interprétation des résultats du séquençage. La communication des données de dépistage afin d'appréhender l'impact des TDR-Ag et se faire une idée de leur utilisation dans la Région continue de poser problème, notamment parce que les résultats de dépistage au moyen de TDR-Ag et de tests PCR ne sont pas ventilés.

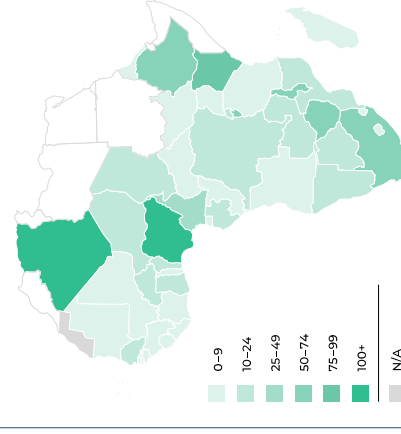
Figure 4 : Point d'information sur le diagnostic – capacité de laboratoires et de dépistage

- ✓ La capacité de dépistage s'est considérablement accrue depuis le début de la pandémie, passant de 43 laboratoires capables de procéder à des tests PCR en juin 2020, à plus de 1 000 laboratoires.
- ✓ Au 13 février 2022, plus de 97 millions de tests avaient été effectués sur le continent, dont 72 millions dans la Région africaine - principalement au moyen de PCR.
- ✓ Quatorze pays font régulièrement rapport sur les tests effectués au moyen des TDR-Ag, avec un total de 7,4 millions de tests représentant 50 % de tous les tests effectués dans ces pays.

Nombre total de tests exécutés



Laboratoires dotés de capacité de test PCR



Perspective – Partenaire national

Préparation et riposte à la COVID-19 en Afrique du Sud : forces, défis et priorités pour 2022 et au-delà

De solides mécanismes de coordination au niveau central ont permis à l'Afrique du Sud de se préparer à la COVID-19 et d'y réagir en 2021, alors même que le tout récent variant préoccupant était découvert par les scientifiques du pays. Grâce à une structure de gestion des incidents (IMS) inspirée du cadre d'intervention d'urgence de l'OMS, la riposte à la COVID-19 s'est appuyée sur une approche pan-gouvernementale, impliquant des experts techniques de chaque département gouvernemental, ainsi que la collaboration avec le secteur privé. Le réseau national de laboratoires de l'Afrique du Sud a permis de détecter le tout dernier variant préoccupant de la COVID-19 (Omicron) en 2021, d'en assurer la surveillance génomique et a fourni des capacités d'analyse continues, ce qui a permis une riposte planifiée et mesurée axée sur la prise en charge des cas. Les mesures politiques et de santé publique ont été guidées par les données et les preuves recueillies sur le terrain, ce qui a permis aux décideurs et à la communauté médicale de formuler des recommandations pendant les phases d'évolution rapide de la pandémie.

Pour que l'Afrique du Sud conserve sa capacité à lutter contre les souches émergentes de COVID-19, il est essentiel de maintenir et d'améliorer les mécanismes de coordination entre le niveau national et le niveau provincial, afin d'éviter la duplication des efforts et de garantir l'alignement des provinces sur les politiques et lignes directrices nationales. Par exemple, bien que le pays dispose d'une importante base de données au niveau national et que les données agrégées soient aisément accessibles, l'accès aux données granulaires est essentiel à la gestion stratégique de la crise, aux prévisions financières et à la mobilisation des ressources. Une des faiblesses observées pendant la quatrième vague de COVID-19 tenait aux déficits de ressources aisément disponibles pour la gestion des crises.

En outre, l'on dénombrait, certes, un nombre considérable d'experts en surveillance, en suivi et en évaluation au niveau national, mais ces capacités étaient réduites aux niveaux périphériques. À cet égard, il est essentiel d'adopter des systèmes de surveillance et de notification standard et de stimuler les programmes de formation et les capacités de suivi et d'évaluation qui font cruellement défaut. De même, au cours des deux dernières années, depuis l'apparition du virus, les tests rapides de détection de la COVID-19 et les laboratoires d'analyse au moyen de la PCR n'ont été soumis à aucun contrôle et, à une assurance qualité pour les mettre en conformité avec les normes internationales. Sur une note distincte mais connexe, la crise appelle à l'adoption d'un système d'information de gestion unique, intégré et fiable pour les établissements afin de guider l'offre et la demande de services. Il est également nécessaire d'accroître le nombre d'enquêteurs et de personnes chargées de retrouver les contacts afin d'améliorer ces services.

La priorité pour 2022 sera de renforcer les mécanismes de coordination. Guidée par un centre fonctionnel d'opérations d'urgence de santé publique au sein du Ministère national de la santé, l'approche stratégique consiste à travailler au niveau local pour rationaliser les systèmes de collecte de données, former le personnel à la préparation et à la riposte, accroître la couverture vaccinale dans son ensemble et mettre en place une production plus locale de vaccins.

Dr Devanand Patrick Moonasar
Préparation et riposte aux situations d'urgence des NPO

Expérience des pays – Nigéria

Renforcement de la capacité de séquençage génomique du Nigéria pour lutter contre la COVID-19

La quatrième vague de COVID-19 a atteint son summum en décembre au Nigéria, avec l'apparition d'Omicron, le variant le plus transmissible et le plus dominant du virus à ce jour. Dans le pays le plus peuplé d'Afrique, qui compte 200 millions d'habitants, au 31 janvier 2022, 15 millions de personnes avaient reçu leur première dose de vaccin et 55 millions la seconde. La première livraison de quatre millions de doses de vaccin Oxford-AstraZeneca contre la COVID-19 de l'initiative COVAX est arrivée en mars 2021 et la vaccination a débuté presque aussitôt.

Outre l'incitation à vacciner les personnes les plus vulnérables, le secteur de la santé nigérien a réagi à l'apparition de variants de plus en plus virulents de la maladie en renforçant ses capacités de séquençage génomique afin d'orienter la prise en charge des cas. Le pays a également fourni des séquences au référentiel mondial des génomes du SRAS-COV-2 géré par l'Initiative mondiale de partage de toutes les données sur la grippe, au sein d'un réseau de cinq laboratoires coordonné par le Laboratoire national de référence du Centre nigérien de contrôle des maladies.

Le renforcement de la capacité de dépistage accru afin de répondre aux besoins d'échantillons constitue un élément important de l'effort continental visant à intensifier le séquençage génomique du SRAS-Cov-2, ainsi que d'autres agents pathogènes tels que la fièvre de Lassa et la fièvre jaune, endémiques au Nigéria. Au cours de la troisième vague de la pandémie, survenue en juillet 2021, lorsque le variant prédominant de la COVID-19 était le variant Delta, une stratégie de surveillance génomique a été adoptée pour séquencer des échantillons chez les voyageurs arrivant dans le pays. À mesure que les variants se propageaient, la première action pour stopper la chaîne de transmission a été l'alerte publique, principalement par le biais des médias et la réalisation de tests de diagnostic rapide. Ces tests ont été introduits dans les lieux publics tels que les écoles, les camps de service de la jeunesse et les bureaux publics.

D'autres mesures visant à protéger les personnes à risque ont consisté à soutenir la lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé et à former les agents de santé.

Le renforcement de la surveillance génomique peut permettre au Nigéria de mieux se préparer aux épidémies.

Ces cinq dernières années, le Centre de contrôle des maladies du Nigéria s'est efforcé de renforcer la capacité du pays à prévenir, à détecter les épidémies de maladies infectieuses, et à y faire face. La préparation et la coordination de la riposte aux épidémies sont assurées par des centres d'opérations d'urgence aux niveaux national et infranational, un système numérisé de surveillance des maladies infectieuses et des programmes de lutte anti-infectieuse, de communication sur les risques et de résistance aux antimicrobiens.

L'amélioration de la préparation aux flambées nécessite également une solide collaboration mondiale. Les plateformes créées par l'OMS, le CDC-Afrique et d'autres partenaires permettent l'apprentissage entre pays, un autre aspect de la gestion des pandémies. Outre la fourniture d'avis techniques au groupe de travail présidentiel (PTF) sur la COVID-19 en 2021, l'OMS a aidé le Nigéria à élaborer une stratégie de dépistage décentralisée et renforcé un réseau de dépistage moléculaire comptant trois laboratoires pour le porter à 142 laboratoires supplémentaires, en plus de la création de produits d'information, de la fourniture de définitions de cas standard, de lignes directrices, de protocoles et de modes opératoires normalisés (MON), et de l'identification et de l'isolement des cas confirmés, y compris des conseils pour l'infection respiratoire aigüe sévère (IRAS).



OMS / Blink Media – Nano Kofi Acquah

2.4 Continuité des services de santé et prise en charge des cas

Malgré les premiers signes de rétablissement des services, tout au long de l'année 2021, la quasi-totalité des pays est restée touchée par la pandémie. Dans la Région africaine, 91 % des pays ont signalé des perturbations dans au moins un service de santé essentiel. Trente-neuf pays de la Région ont répondu aux trois séries de l'enquête mondiale par sondage de l'OMS sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19. Deux cycles ont été organisés en 2021, le troisième couvrant la période allant de juin à novembre, avec des résultats similaires à ceux rapportés au cours du premier trimestre de l'année. Soixante-six services sélectionnés au nombre des domaines ci-après ont été inclus : les soins primaires, les urgences, les soins critiques et opératoires, la réadaptation, les soins palliatifs, les soins contre le cancer, les soins communautaires et services de dépistage pour la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la nutrition, la vaccination, la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies tropicales négligées, les troubles mentaux, neurologiques et ceux liés à la consommation de substances et les soins aux personnes âgées.

Si l'ampleur des perturbations au deuxième trimestre 2021 est restée similaire à celle signalée au premier trimestre de l'année, elles n'ont toutefois pas été aussi graves que celles enregistrées en 2020. Cependant, la plupart des établissements de soins de santé et des plateformes de prestation de services, en particulier les services de premier contact, ont été touchés. Plus de la moitié des pays répondants ont signalé des perturbations ou une accentuation des retards dans les opérations chirurgicales non urgentes, les rendez-vous avec les spécialistes, les soins primaires et les services de réadaptation et de soins palliatifs. Cinq fois plus de pays ont signalé de graves perturbations des services ambulanciers entre le premier et le deuxième trimestre 2021, ce qui confirme que les pays dont les systèmes de santé étaient plus faibles avant la pandémie ont eu tendance à en souffrir davantage.

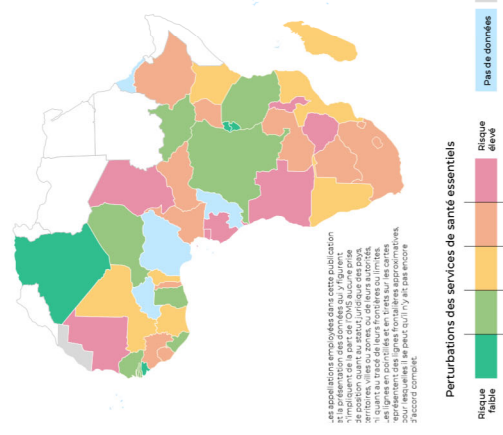
Figure 5 : Deux ans après l'apparition de la pandémie, les perturbations des systèmes de santé persistent

91 % des pays, 39 sur 43

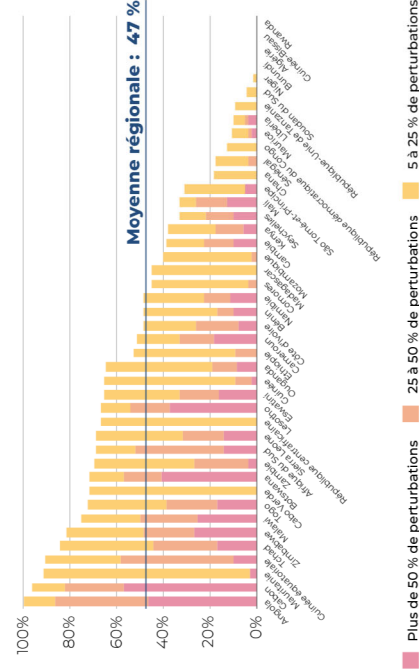
ont fait état d'un certain degré de perturbations dans au moins un des services de santé essentiels (66 services de dépistage)

Les pays ont signalé des perturbations dans

47 % des services de dépistage



Pourcentage de services perturbés par pays
(Nombre de services de dépistage = 66)



Dénominateur : représente les réponses des pays ou territoires qui ont répondu à au moins une section de l'enquête et consenti au partage des données. Les services comprennent 66 services des domaines ci-après : les soins primaires, les urgences, les soins critiques et opératoires, la réadaptation, les soins palliatifs, les soins contre le cancer, les soins communautaires et les services de dépistage pour la santé reproductive et de la mère, les services de premier contact, la nutrition, la vaccination, la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies tropicales négligées, les troubles mentaux, neurologiques et ceux liés à la consommation de substances et de soins aux personnes âgées.

Source: Round 3 Global pulse survey on continuity of essential health services, Nov-Dec 2021 (réflétant la situation au cours des six mois précédents).

L'expérience des épidémies antérieures montre que les perturbations des systèmes de soins de santé entraînent un nombre important de décès indirects. Par exemple, pendant l'épidémie d'Ebola de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest, un nombre accru de décès a été attribué aux perturbations des services de lutte contre le paludisme, la tuberculose (TB), le VIH et de santé maternelle et infantile (SMI) plutôt qu'à l'infection par Ebola elle-même. Les résultats ont montré que les services de santé sont restés interrompus dans 39 pays, même lorsque le nombre d'infections par le virus diminuait. Les enquêtes ont également permis d'obtenir des informations essentielles auprès des informateurs clés des pays sur l'ampleur de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les services de santé essentiels tout au long de la vie, sur les raisons de ces interruptions et sur la manière dont les pays procèdent à des adaptations continues de leurs stratégies et leurs approches pour maintenir la prestation des services.

Dans toute la Région, les perturbations du système de santé ont mis en évidence la possibilité d'apporter des réponses aux dysfonctionnements des services, de les surmonter et de rétablir des services de qualité. S'appuyant sur le concept de « reconstruire en mieux », l'OMS a aidé les pays à élaborer des protocoles de prise en charge des cas centrés sur la prise en charge à domicile pour les soins contre la COVID-19, qui sont fortement liés à 17 pratiques de santé communautaire, telles que l'orientation et la surveillance, qui sont déjà pratiquées dans la Région.

Sur la base de différents niveaux de mise en œuvre de mesures non pharmaceutiques, la réponse rapide en Afrique à la COVID-19 a sauvé des vies. Cependant, les mesures restrictives aux contacts sociaux et à la libre circulation - certaines déjà interrompues lors de la production de ce rapport - ont donc affecté les services de santé non liés au virus pendant une grande partie de l'année. À cela s'ajoute la construction réelle de moyens pour le personnel de santé, les équipements de diagnostic, et les ruptures dans la chaîne de traçabilité, qui ont servi à aggraver la situation des services de santé liés à d'autres pathologies. Alors que le continent réglait la réalité de crises prolongées, d'autres crises ont éclaté, telles que VUE, la typhoïde, la coléra et la pneumonie.

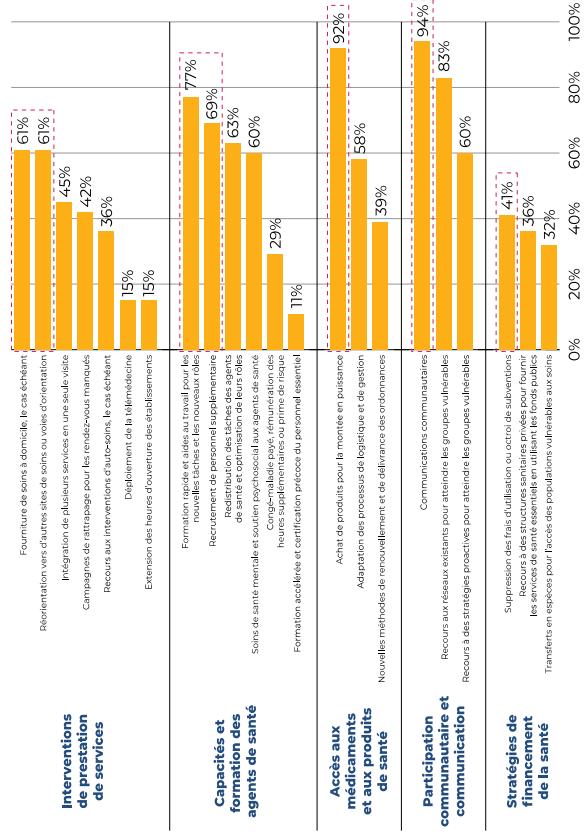
De nouveaux traitements contre la COVID-19 ont été lancés au cours de la première partie de 2021, dont certains sont décrits dans ce rapport. Cependant, avec des prix et une disponibilité en dehors de la capacité d'achat de la plupart des pays de la région, donner une impulsion aux services de santé et à la capacité de gérer les cas, en plus de la vaccination et des mesures de sécurité de la santé publique gardent leur importance stratégique.

Figure 6 : Mesures prises déclarées pour atténuer les conséquences de la pandémie et promouvoir le rétablissement des services

Tous les pays ont déclaré avoir utilisé au moins une stratégie pour régler le problème de la perturbation des services tels que :

- les soins à domicile et les visites de rattrapage ;
- le recrutement et la formation des agents de santé, ainsi que leur accompagnement ;
- l'achat de produits pour la montée en puissance ;
- la communication avec les communautés ; et
- un certain nombre de stratégies de financement.

Pourcentage de pays mettant en œuvre des actions d'atténuation et de relèvement (n=39)



Source : Enquête mondiale de la 3e ronde sur la continuité des services de santé essentiels Nov-Déc 2021 - reflétant les six derniers mois.

La longue durée de la pandémie touche les femmes et les personnes âgées

Pour les femmes, le caractère perturbateur de la pandémie se fera sentir pendant de nombreuses années, puisque 40 % des pays africains font état de persistance de la perturbation des services de santé sexuelle, reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Une étude portant sur 11 pays africains a révélé une hausse de 11 % des décès maternels en 2021. Le nombre réel pourrait cependant être bien plus élevé, car les accouchements à domicile ne sont pas comptabilisés. Les conditions de la crise ont également exacerbé les niveaux de violence sexiste et de grossesses précoces et une femme sur quatre en Afrique aurait, dit-on, connu des conflits plus fréquents à domicile.

Pendant ce temps, la crise de COVID-19 a causé des préjudices économiques considérables, poussant un nombre accru de femmes et de filles dans l'extrême pauvreté. Selon un rapport d'ONU Femmes, 133,5 millions de femmes et de filles âgées de 15 ans et plus vivaient en 2021 avec moins de 1,90 dollar par jour, soit 53 % du total mondial, eu égard aux impacts économiques de la COVID-19. Il peut séculer près d'une décennie avant que les taux de pauvreté actuellement en pleine exacerbation ne retrouvent leur niveau d'avant la pandémie. En outre, les inégalités existantes entre les sexes se sont considérablement creusées. Alors que les femmes constituent 70 % du personnel sanitaire et social, 85 % des groupes de travail nationaux sur la COVID-19 sont dirigés par des hommes. On ne saurait trop insister sur la gravité et la portée des conséquences en résultant. Les interruptions des services de santé exacerbent l'accès déjà limité des femmes aux soins de santé, notamment dans la Région africaine.

La situation des populations vulnérables plus âgées a également été difficile. Une étude de l'OMS/AFRO menée au premier semestre de 2021 a démontré que parmi les populations vieillissant rapidement, l'incidence associée des maladies non transmissibles (MNT) a entravé la riposte. Alors que 22 % des personnes âgées participaient à l'économie avant la pandémie, les modifications des services en ligne et des interactions sociales ont impliqué un accroissement des taux de pauvreté et de l'insécurité alimentaire chez les personnes âgées, bien qu'atténuée dans certains pays par la vaccination directe des franges de populations les plus vulnérables. Du fait des contraintes budgétaires et logistiques et de l'hésitation à se faire vacciner, de nombreuses personnes âgées ne sont toujours pas vaccinées.



OMS Guinée

PARTIE 1 :

Collaboration entre l'OMS/AFRO et la Suède sur la répercussion de la COVID-19 sur la prestation de services de santé essentiels pour la santé sexuelle et reproductive et droits associés, et l'atténuation du risque d'effondrement des systèmes de santé.

Juillet 2020 – décembre 2021

En 2021, de nombreux pays africains ont fait état de perturbations persistantes des services de santé sexuelle et reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. En effet, la prévalence de la contraception chez les femmes mariées en Afrique subsaharienne, qui oscillait autour de 27,9 % avant la crise, a connu un recul poussé, entraînant un nombre encore plus élevé de grossesses non planifiées et d'avortements à risque. D'autres problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive et droits associés (SRHR), tels que la violence sexuelle et sexuelle et les mutilations génitales féminines, se sont également accentués depuis le début de la crise, du fait des confinements et autres changements dans la dynamique familiale, en sus de la fermeture des écoles.

Pour éviter des dommages encore plus importants, l'OMS/AFRO s'est allié à l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (ASDI) à partir de la mi-2020 et tout au long de l'année 2021, pour aider 17 pays à assurer la continuité des services essentiels de santé sexuelle et reproductive dans le contexte de la pandémie. Grâce à une subvention de cinq millions de dollars E.U. de l'ASDI, l'OMS/AFRO a travaillé avec les pays à renforcer leur capacité à maintenir la continuité des programmes essentiels de santé sexuelle et reproductive de haute qualité et à renforcer les systèmes de suivi de leurs progrès.

Dans plusieurs pays, les lignes directrices de l'OMS sur la santé sexuelle et reproductive et les droits associés ont été adoptées et diffusées et des protocoles et outils simplifiés pour la planification familiale, la prévention des avortements à risque, les soins périnataux, les soins post-partum et les services de soins aux nouveau-nés ont été élaborés à l'intention des administrateurs de programmes et des prestataires de services. Pour les jeunes et les adultes sexuellement actifs, l'accès au traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que la prévention et la riposte face aux violences sexuelles et sexistes ont également été relancés dans plusieurs pays. Des informations et des services communautaires, ainsi que la promotion d'interventions d'auto-soins, ont été utilisés pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive (SRHS).

Certaines réalisations nationales résultant du partenariat ASDI-OMS/AFRO sont décrites ici.

Burundi :

167 agents de santé communautaires ont été formés à la distribution communautaire de contraceptifs ; 96 agents de santé ont été formés à la surveillance des décès maternels et périnataux. En outre, 60 pairs éducateurs ont été formés au maintien des services de santé sexuelle et reproductive et droits associés (SRHR) dans le cadre de la COVID-19. Une caravane médicale de pédiatres a été organisée pour faire de la sensibilisation et prendre en charge les pathologies du nouveau-né et de l'enfant dans le contexte de la COVID-19 et plus de 80 nouveau-nés et enfants ont été traités. En outre, un centre d'appel a été mis en place dans un centre de conseil pour jeunes et adolescents.

Burkina Faso :

La situation de la mortalité maternelle et périnatale dans huit régions a été analysée, ce qui a donné lieu à un plan d'action visant à lutter contre les taux élevés de mortalité maternelle dans les régions qui ont été doublement touchées par la COVID-19 et les crises humanitaires.

Cameroun :

Des lignes directrices ont été élaborées pour garantir la continuité des services et la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.

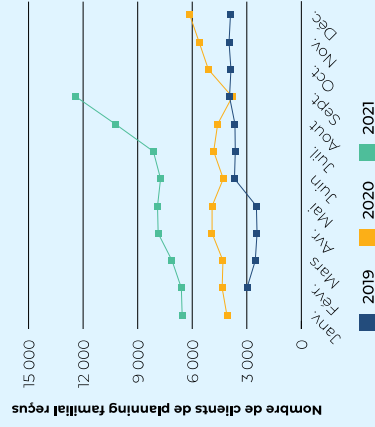
Trente agents de santé ont été formés à la compilation d'indicateurs de santé sexuelle et reproductive (SSR), conformément aux objectifs de suivi et d'évaluation nationaux et régionaux en la matière.

Avec le lancement en octobre 2021 d'un système de gestion des incidents (SGI) pour la surveillance et la riposte aux décès maternels et périnataux, des lignes directrices opérationnelles ont été mises en place pour soutenir les plans d'action sur le sujet.

- Afin d'améliorer la visibilité publique de la santé sexuelle et reproductive et droits associés, la musique, le sport et la culture ont été mis à contribution pour inciter des vedettes locales telles que la chanteuse Indira et le footballeur Aljara à faire du plaidoyer en faveur de la continuité des services essentiels.

Ces efforts combinés ont contribué à accroître au Cameroun le nombre de clients de planning familial reçus aux points de prestation de services, comme le montre le graphique ci-dessous :

Figure 7 : Tendances de fréquentation des services de planning familial aux points de prestation de services au Cameroun



PARTIE 2 :

Collaboration entre l'OMS/AFRO et la Suède sur la répercussion de la COVID-19 sur la prestation de services de santé essentiels pour la santé sexuelle et reproductive et droits associés, et l'atténuation du risque d'effondrement des systèmes de santé.

Juillet 2020 – décembre 2021

République centrafricaine :

140 agents de santé ont reçu une formation aux lignes directrices nationales sur les soins personnels, le partage des tâches et la lutte anti-infectieuse (IPC). En outre, un document de plaidoyer a été élaboré pour l'intégration de la santé sexuelle et reproductive et droits associés dans le plan de riposte humanitaire dans le contexte de la pandémie.

Tchad :

L'accent a été mis sur l'avortement sans risque et les soins post-avortement, avec la formation de 47 formateurs dans les trois districts sanitaires les plus touchés afin de déployer la formation.

République du Congo :

Des équipements pour l'avortement sans risque ont été fournis dans 12 structures sanitaires des départements (régions) du Pool et du Niari ; 50 agents de santé de deux districts ont été formés à la planification familiale et 25 sages-femmes à l'accouchement sans risque dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Une unité dédiée à l'accouchement sans risque des femmes suspectées ou confirmées positives à la COVID-19 a été mise en place à l'hôpital général de Dolisie dans le département de Niari. Grâce à la formation des prestataires de santé à l'équipement de l'unité et à la fourniture d'équipements de protection individuelle (EPI), aucun des prestataires de santé de l'unité n'a été infecté par la COVID-19.

République démocratique du Congo :

Les lignes directrices pour la santé reproductive, la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et la nutrition ont été adaptées à la COVID-19, mises en œuvre et fait l'objet de suivi dans 22 des 24 provinces du pays. Dans sept provinces, des étudiants infirmiers ont formé à l'autosoin pour la planification familiale et la distribution communautaire de contraceptifs, et 112 prestataires de services et 820 agents de distribution communautaire ont été formés à la contraception injectable à base d'acétate de méthoxyprogesterone sous-cutanée (DMPA-SC).

Gabon :

Des équipements de santé sexuelle et reproductive (cinq appareils de stérilisation, cinq aspirateurs manuels, trois aspirateurs électriques, 500 boîtes de 100 gants d'examen non stériles, 10 tensiomètres pour adultes) ont été achetés pour promouvoir la qualité des soins dans les établissements de santé.

Guinée :

45 prestataires de soins de santé ont été formés au planning familial post-partum et aux lignes directrices de l'OMS pour les soins de santé reproductive pendant la pandémie de COVID-19.

Kenya :

21 coordinateurs de la santé reproductive et la planification familiale ont été formés au protocole de service de planification de la procréation et de planning familial et un appui technique a été apporté aux fins de l'élaboration du plan directeur de planification familiale du pays.

Nigéria :

Pour améliorer l'accès aux produits de santé sexuelle et reproductive et droits associés pendant le confinement, un partenariat avec les médias et des pharmacies privées a permis de communiquer sur la disponibilité de services de santé sexuelle et reproductive et droits associés et l'auto-soin ; 21 formateurs de coordinateurs de planification familiale et partenaires ont été formés à la qualité des soins de planification familiale, en ayant recours au manuel de formation national révisé.

Sénégal :

Les prestataires de services de planification familiale post-partum (PPFP) et de DMPA-SC ont participé à quatre sessions de formation de 15 participants chacune, dans huit districts.

Sierra Leone :

100 aspirateurs manuels pour les services d'avortement sans risque et d'autres accessoires de santé sexuelle et reproductive ont été acquis pour améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé. Des lignes directrices cliniques nationales pour la prise en charge des survivants de violences sexuelles et sexistes ont été élaborées et diffusées, en plus des lignes directrices nationales de formation à la lutte anti-infectieuse adaptées à la COVID-19.

Pour accroître la visibilité et la sensibilisation aux questions de santé reproductive et maternelle, en 2021, l'OMS/AFRO a entrepris des campagnes sur les médias sociaux (notamment pour l'autosoin en matière de contraception), touchant au moins 2,1 millions de personnes dans plusieurs pays.

De même, les médias sociaux et l'internet ont été utilisés pour organiser des campagnes au Nigéria et au Cameroun, ce qui s'est traduit par une augmentation notable des plateformes de santé numérique fournissant des produits de planification familiale et d'autres produits de santé sexuelle et reproductive. L'impact de ces campagnes dans les médias traditionnels et sociaux est en cours de mesure, avec des preuves anecdotiques de leur influence chez les jeunes et chez les jeunes adultes.



OMS, Cameroun

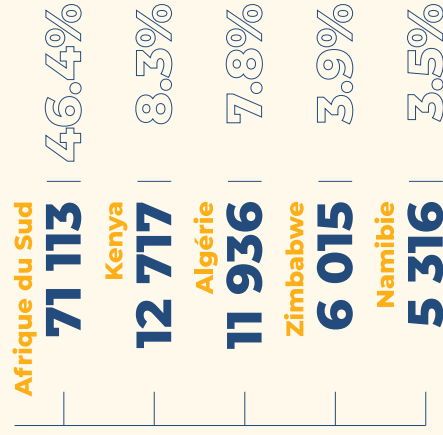
L'affiche s'inscrit dans le cadre d'une campagne entreprise par le Cameroun pour garantir la continuité de la santé sexuelle et reproductive pendant la pandémie de COVID-19. Elle encourage les jeunes femmes et les jeunes filles à se faire administrer le vaccin à deux doses contre le papillomavirus humain pour prévenir le cancer de l'utérus.

Veiller à ce que les agents de santé soient exempts d'infection est primordial dans toute réponse. Les agents de santé sont essentiels dans la prise en charge clinique des patients et en tant que garants de mesures appropriées de contrôle des infections.

Mais en 2021, un total de

 **153 229** cas d'infection

parmi les agents de santé ont été signalés dans 46 pays de la Région, ce qui représente 2,4 % de l'ensemble des cas.



De nombreux agents de santé ont été contaminés parce qu'ils ressentaient un faux sentiment de sécurité lors de la vaccination et ont cessé de maintenir des niveaux élevés de mesures de prévention de la santé publique.

Enseignements tirés

L'intensification de la lutte contre le VIH contribue à la stratégie de lutte contre la COVID-19

De nombreux programmes de santé ont connu des revers considérables et une quasi-paralysie pendant la pandémie de COVID-19. Cependant, à partir de 2021, les pays ont repris et intensifié les services de santé et la vaccination de routine. Plusieurs enseignements tirés de l'intensification de services tels que le VIH ont été très pertinents pour la conception et la mise en œuvre d'une stratégie de « dépistage et traitement » pour la lutte contre la COVID-19.

Tout d'abord, l'engagement politique est essentiel pour créer un environnement propice à l'élaboration d'une politique, de lignes directrices opérationnelles et de protocoles appropriés, conformes aux données scientifiques probantes et aux lignes directrices internationales.

Deuxièmement, il est extrêmement important d'impliquer les communautés. Nous avons appris que pour atteindre les populations les plus durablement touchées par le VIH, il importe de comprendre leurs besoins et leurs préférences. Au fil de l'évolution des programmes de lutte contre le VIH, il est devenu évident qu'il n'y a pas d'approche universelle et que les services doivent être adaptés en fonction des préférences des clients, afin qu'ils soient acceptables et accessibles. Par exemple, les programmes offrent désormais un large éventail d'options de dépistage du VIH, avec des services de point de soins largement disponibles dans les établissements de santé, au sein de la communauté et à domicile, fournis sur des sites mobiles et fixes, intégrés à d'autres services, à différents jours de la semaine et à différentes heures de la journée, et incluant l'autodépistage. En outre, nous avons constaté que l'amélioration du lien entre le dépistage et le traitement, y compris la fourniture d'un

traitement contre le VIH sur le lieu du dépistage, améliore l'initiation du traitement. Cette même approche pour fournir des services de dépistage et de traitement centrés sur la personne devrait être utilisée pour la COVID-19.

L'engagement communautaire est également important pour susciter une demande de services. En travaillant en partenariat avec diverses populations, en écoutant leurs préoccupations et en leur fournissant des informations claires et précises, les prestataires peuvent vaincre le scepticisme, dissiper les mythes et inspirer confiance au sein des communautés touchées. Comme ce fut le cas pour le VIH, la création d'une demande de services sera essentielle pour garantir un taux élevé de dépistage et de traitement de la COVID-19.

Troisièmement, il est nécessaire de renforcer tous les piliers du système de santé, de rationaliser les systèmes de chaîne d'approvisionnement, en procédant de laboratoire et en médicaments, en investissant dans la prévision, l'achat et la distribution, afin d'éviter les ruptures de stock, et de recourir à la délégation des tâches pour remédier aux contraintes de ressources humaines. L'objectif ainsi visé est de faire en sorte que les services de base, tels que le conseil et le soutien à l'observance, la délivrance des médicaments et la recherche des contacts, soient assurés par des corps professionnels de niveau subalterne et des travailleurs non spécialisés, afin que les professionnels plus spécialisés puissent se concentrer sur les soins aux personnes gravement malades qui ont besoin de services de niveau supérieur. En outre, les prestataires doivent être formés, encadrés et recevoir des aides professionnelles faciles à suivre qui décrivent les étapes de l'administration des tests COVID-19, de

la classification des risques que présentent les clients et de l'évaluation de leur admissibilité au traitement. Il est également nécessaire de renforcer les capacités et les infrastructures de laboratoires et de développer des systèmes de gestion des informations sanitaires qui collectent et intègrent les données sur la COVID-19 émanant de différentes sources, afin de fournir les informations nécessaires à la planification et à la gestion des services de santé et de garantir la prestation des services de dépistage et de traitement aux personnes idonees, au bon moment et au bon endroit.

En jetant un regard rétrospectif sur les deux dernières décennies, nous constatons que dans les pays où il y a eu un engagement politique, une participation communautaire et un renforcement des systèmes de santé, des progrès considérables ont été réalisés dans l'intensification du dépistage et du traitement du VIH pour juguler l'épidémie. Nous sommes optimistes quant au fait que l'investissement considérable réalisé dans la riposte au VIH peut désormais être mis à profit pour intensifier les services de dépistage et de traitement de la COVID-19 dans la Région africaine.

Andrea Howard, MD, PhD
ICAP à l'Université de Columbia

L'ICAP de l'Université de Columbia, partenaire de l'OMS/AFRO, conçoit et met en œuvre depuis près de deux décennies des programmes de prévention de soins et de traitement du VIH en collaboration avec les ministères de la santé et les partenaires locaux dans les pays les plus gravement touchés par l'épidémie de VIH.

2.5 Traitement des maladies

Au cours du second semestre 2021 de nouveaux traitements thérapeutiques de la COVID-19, dont certains sont décrits ici, sont apparus. Cependant, le coût de ces traitements a souvent été hors de la portée de la plupart des pays de la Région. Le renforcement des systèmes de santé et l'amélioration des capacités de prise en charge des cas, en plus de la vaccination et des mesures de santé publique et de sécurité de base, restent les stratégies les plus importantes pour la Région.

Onze traitements médicamenteux sont approuvés par l'Organisation mondiale de la Santé. L'accès multimodal et au cas par cas aux traitements a déjà permis une amélioration significative des soins et va du traitement pré-exposition au soutien multi-organique chez les patients en état critique. Cependant, le traitement pharmacologique n'est pas considéré comme un traitement à part entière et nécessite la présence d'une oxygénothérapie, d'une ventilation mécanique, d'un soutien multi-organique et de soins infirmiers pour les patients en état critique.

La mortalité des patients gravement malades atteints de COVID-19 est relativement plus élevée dans les pays africains que dans les autres régions. Cette situation est attribuée à une présentation tardive, à l'insuffisance des ressources et des capacités de soins intensifs et aux comorbidités associées. Plus récemment, la combinaison de l'accès aux soins intensifs, de la vaccination et de la poursuite de l'application des mesures de santé publique, telles que la distanciation sociale, le lavage des mains, la détection et le traitement précoces, a permis de réduire le taux de létalité dans la Région de 2,5 % à 2,1 % au cours de l'année écoulée. Il reste cependant beaucoup encore à faire.

L'augmentation du nombre de lits de soins intensifs dans la Région, passant de 0,8 à deux pour 100 000 habitants, revêt une grande importance pour la riposte. Neuf pays présentent actuellement la plus forte proportion de lits d'unité de soins intensifs, soit plus de deux pour 100 000 habitants. Ce sont l'Afrique du Sud, Cabo Verde, le Congo, Eswatini, le Gabon, la Guinée équatoriale, Maurice, la Namibie et Seychelles. La mortalité élevée est également largement associée à l'absence d'autres indicateurs tels que la capacité limitée de prise en charge des patients atteints de maladies graves ou critiques, l'acheminement tardif des patients à l'hôpital, l'absence de détection précoce des symptômes graves, la présence de comorbidités, le vieillissement et le manque de personnel formé dans les hôpitaux et les centres de santé. Pour résoudre ces problèmes, en 2021, l'OMS/AFRO a étendu son système de collecte de données en vue d'améliorer les enquêtes et les analyses et plus de 90 000 agents de santé ont été formés à l'oxygénothérapie et à la prise en charge des patients gravement malades.

Comblent les lacunes en matière de disponibilité des thérapies

L'inégalité d'accès aux thérapies reste élevée en Afrique. Par exemple, les pays de la Région ont eu un accès limité aux médicaments thérapeutiques contre la COVID-19, tant du fait du manque de disponibilité sur le marché mondial que des prix élevés. Ces facteurs ont ralenti les progrès des pays dans la mise à jour des lignes directrices nationales de traitement pour inclure ces médicaments.

Pour combler les lacunes en matière de disponibilité, l'OMS a élaboré une stratégie fondée sur :



1. **des webinaires pour présenter les médicaments destinés aux États Membres et en discuter** : les pays ont été ciblés en fonction de leur population, du nombre de patients en état grave et critique, des facteurs de risque, du taux de couverture vaccinale, des critères d'équité, du taux de vaccination, du nombre de cas et d'autres questions logistiques ;



2. **plaidoyer auprès des sociétés pharmaceutiques par le biais du partenariat ACT pour assurer une distribution équitable de 25 000 doses de tocilizumab** au Bénin, au Botswana, à Cabo Verde, à Eswatini, au Ghana, au Kenya, au Lesotho, au Liberia, à Madagascar, au Mali, au Mozambique, à la Namibie, au Rwanda, à São Tomé-et-Principe, au Soudan du Sud, à la République-Unie de Tanzanie, au Togo, à l'Ouganda et au Zimbabwe ;



3. **collaboration avec le Fonds mondial pour l'achat de médicaments** : chaque dose coûtant 160 dollars E.U., le Fonds mondial est un partenaire essentiel pour l'achat de médicaments ;



4. **formation du personnel de santé à l'utilisation et à l'administration des médicaments** : dans le cadre de la formation à la prise en charge des cas, les agents de santé ont été informés sur les phases de la maladie et la méthode d'identification des besoins thérapeutiques dans chaque catégorie – allant de légère à sévère (voir l'encadré sur les traitements disponibles).

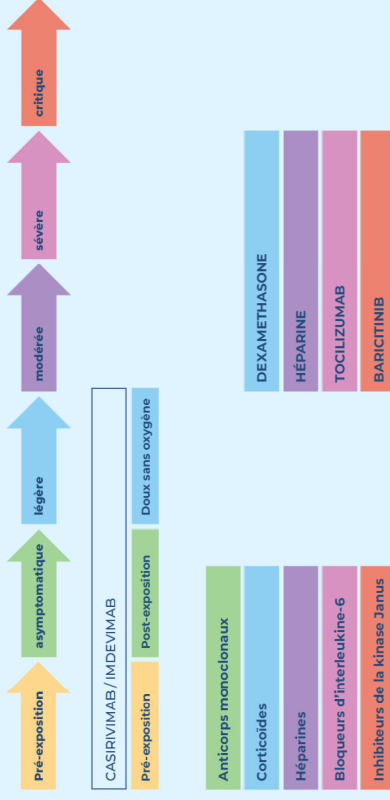
À ce jour, environ 25 des 47 États Membres ont exprimé leur intérêt pour le tocilizumab, en mettant à jour leurs lignes directrices de traitement. Très récemment, le Rwanda a commencé à utiliser le baricitinib et le Ministère de la santé du Zimbabwe a entamé des discussions avec l'UNICEF pour se procurer du molnupiravir. Le projet d'allocation de traitements implique l'achat de médicaments avec le partenariat ACT, Médicaments et produits de santé (MHP), le Programme d'urgence de l'Organisation mondiale de la Santé (WHE), le Fonds mondial et l'UNICEF. Le Ghana, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie ont déjà acheté du tocilizumab par le biais du partenariat ACT. Cela a été possible grâce à un accord avec le géant pharmaceutique Roche, qui a offert à l'Accélérateur ACT un approvisionnement en tocilizumab (25 000 fioles qui seront disponibles au cours du premier trimestre de l'année, avec des fournitures supplémentaires qui seront disponibles plus tard dans le courant de l'année de façon trimestrielle) au prix avantageux de 181 dollars par fiole. Lorsqu'il est utilisé en complément des corticostéroïdes systémiques, le tocilizumab réduit de moitié, soit 50 %, la durée d'hospitalisation et la mortalité. Le baricitinib est une alternative au tocilizumab et est utilisé chez les patients en état grave et critique, tandis que le casirivimab et l'imdevimab sont utilisés chez les patients à haut risque pour prévenir les hospitalisations. En décembre 2021, le Rwanda a reçu 14 000 comprimés de quatre milligrammes de baricitinib dans le cadre d'un don de Direct Relief, une agence humanitaire.

Outre ces nouveaux médicaments, le principal moyen de traitement des troubles respiratoires associés à la COVID-19 est l'oxygène. Bien que la priorité ait été accordée à l'amélioration de l'achat et de la fourniture d'oxygène aux pays, des problèmes subsistent en ce qui concerne les capacités nationales de production, le stockage et les équipements.

Trajectoire thérapeutique actuellement recommandée

Stratégie contrôlée de la numération, de la charge virale circulante et du taux de létalité et établir sur la base du vaccin çao, l'isolement et une variété de traitements d'efficacité prouvée dans la diminution de la mortalité attribuable à l'infection à la COVID-19. Les traitements vont de ceux appliqués pendant la phase de pré- au traitement préventif pour les personnes non vaccinées ou les patients séronégatifs, au traitement dans les derniers stades d'un patient.

Figure 8 : Trajectoire thérapeutique



Optimisation de la prise en charge des cas

Les capacités de prise en charge des cas et de soins intensifs ont été renforcées au cours de la période considérée. Alors que l'OMS/AFRO avait suivi une stratégie concertée en cours pour préparer des fournitures d'oxygène et renforcer les capacités de prise en charge des cas et de soins intensifs dans le cadre du traitement de la COVID-19, l'Étude sur les résultats des soins intensifs liés à la COVID-19 en Afrique (ACCCOS), achevée en juillet 2021, a passé en revue les pays connaissant une résurgence et devrait guider la poursuite de la riposte.

Prise en charge des patients et résultats cliniques des patients atteints d'une infection par la COVID-19 admis dans des unités africaines de soins intensifs ou de soins de haut niveau



Étude de cohorte observationnelle prospective
64 hôpitaux | 10 pays africains | 3 140 patients

Taux de mortalité de **48,2 %** chez les patients gravement malades atteints de COVID-19 en Afrique



L'insuffisance des ressources en soins intensifs a entraîné un accroissement de la mortalité



Les facteurs de risque associés à la mortalité sont, notamment,



- le VIH/sida,
- le diabète,
- les hépatites chroniques,
- les maladies rénales,
- le vieillissement,
- la gravité des symptômes des organes au moment de l'admission.

La corticothérapie était associée à la survie.



Le sexe féminin n'était pas associé à la mortalité ou à la survie.



L'évaluation séquentielle de la défaillance d'organes (SOFA) pourrait être utilisée comme outil de triage pour les patients atteints de symptômes à faibles ressources.



11 à 23 décès supplémentaires pour 100 patients moyenne mondiale.

Étude sur les résultats des soins intensifs liés à la COVID-19 en Afrique (ACCCOS). Lancet 2021; 397: 1885-94



OMS - Andre Rugema
Vaccination d'une femme contre la COVID-19 à Kigali, au Rwanda

2.6 Coopération, communication sur le comportement et les risques et participation communautaire

Communication sur les risques et participation communautaire

En 2021, l'équipe de IOMS/AFRO chargée de la communication sur les risques et de la participation communautaire (RCCE) a travaillé avec les agents de santé communautaires nationaux dans le cadre de divers projets, tels que le plaidoyer auprès des dirigeants et des personnes influentes au sein des communautés.

Dans le cadre d'un projet de surveillance communautaire des TDR-Ag dans six pays pilotes, des agents de santé communautaires ont été déployés pour effectuer la recherche des contacts et sensibiliser les populations aux mesures sociales et de santé publique, y compris l'adoption du vaccin. Les membres de la communauté et les agents de santé ont également diffusé, tout au long de l'année, des centaines de messages de prévention par le canal de stations de radio communautaires telles que Radio Lumière et Anêho (Togo), Radio Mbari (Cameroun), Racou FMI (République démocratique du Congo), et Radio Sol I Mansi (Guinée-Bissau), combattant ainsi la désinformation par des informations scientifiques et factuelles.

En 2021, IOMS/AFRO a également mené des enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques, afin de mieux comprendre les défis liés à l'élargissement des connaissances sur la COVID-19 et à l'adhésion aux campagnes de vaccination. Trente-deux études sociales ont été menées dans 17 pays, débouchant sur 170 recommandations. Pour stimuler les activités de RCCE, une cartographie des parties prenantes a été entreprise dans plusieurs pays, identifiant les personnes influentes, les partenaires et les communautés, les chefs traditionnels, les organisations de femmes et de jeunes et les associations d'agents de santé.

Tableau 2 : Tendances mensuelle des mesures de protection contre la COVID-19 signalées par les participants à l'enquête en 2021

Pays	Indicateur de mesure de protection	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Algérie	% de personnes portant des masques	68,6	59,1	52,2	48,4	52,4	46,6	57,1	72,2	66,0	53,5	49,2	50,3
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	67,5	62,5	59,8	56,7	55,6	45,6	58,6	71,1	56,7	46,6	44,6	46,4
	% de personnes qui usent des masques	88,7	92,7	87,7	88,7	91,3	89,1	87,4	86,1	87,2	86,1	83,1	86,4
Angola	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	80,6	79,0	72,8	76,0	75,6	58,3	57,4	55,9	52,2	50,4	48,5	50,1
	% de personnes portant des masques	78,0	86,1	84,7	83,8	78,4	82,7	75,1	77,6	81,3	82,7	79,8	78,2
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	71,8	71,3	72,6	71,9	69,6	58,6	65,1	58,1	64,3	58,5	60,8	51,9
Burkina Faso	% de personnes qui usent des masques	72,6	67,7	66,5	58,6	72,6	54,7	57,2	50,2	50,0	54,1	58,2	58,0
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	69,4	66,3	62,2	55,3	45,5	42,6	45,1	42,6	39,1	48,1	38,2	46,8
	% de personnes portant des masques	72,9	69,3	62,2	62,9	61,5	59,6	59,7	63,6	62,5	59,5	59,9	60,4
Côte d'Ivoire	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	63,8	67,6	67,8	61,6	59,4	53,4	51,1	52,3	51,5	51,6	44,7	48,8
	% de personnes qui usent des masques	44,7	54,4	64,7	63,6	63,6	58,5	53,7	53,0	54,5	57,3	54,0	42,8
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	58,3	57,8	66,2	66,1	61,5	52,7	52,8	50,9	51,1	53,2	48,3	47,1
République démocratique du Congo	% de personnes portant des masques	72,6	75,6	67,4	63,4	57,4	71,0	81,8	84,2	80,9	76,8	65,5	65,5
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	72,5	65,1	68,1	59,6	57,8	62,7	66,9	67,1	65,0	62,9	51,6	53,2
	% de personnes qui usent des masques	73,5	74,5	77,2	85,0	82,9	78,0	71,9	69,4	72,7	67,4	67,6	68,7
Éthiopie	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	62,3	61,7	65,1	66,3	57,9	52,6	45,5	40,9	46,0	41,1	39,2	41,5
	% de personnes portant des masques	75,0	89,1	87,5	83,2	77,9	77,4	73,4	78,3	77,2	73,9	69,4	67,9
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	71,8	79,9	76,5	73,4	66,5	58,4	56,9	60,6	56,9	52,6	51,7	50,9
Ghana	% de personnes qui usent des masques	61,9	72,8	83,9	81,6	78,5	74,4	64,6	71,8	67,7	59,0	64,7	54,2
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	66,4	70,5	76,8	77,1	73,0	59,3	55,3	66,0	60,8	47,6	54,5	51,0
	% de personnes portant des masques	85,5	84,1	84,0	87,4	86,4	84,7	85,4	87,2	86,0	84,1	80,9	78,1
Kenya	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	77,1	74,0	76,6	82,5	75,4	66,5	67,5	66,5	64,0	59,8	55,0	53,1
	% de personnes qui usent des masques	85,8	87,5	86,1	93,1	93,0	91,8	87,9	80,7	84,4	77,3	71,6	79,0
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	70,3	74,5	73,6	77,3	74,7	60,8	55,3	49,0	48,9	41,0	40,7	47,2
Madagascar	% de personnes portant des masques	77,3	74,1	76,6	67,9	68,1	67,0	59,3	61,9	60,5	59,4	55,9	49,2
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	70,3	73,4	70,9	68,7	60,9	56,7	52,4	51,6	45,0	51,8	43,3	44,5
	% de personnes qui usent des masques	64,0	57,1	38,0	38,5	53,2	41,4	44,8	57,5	47,6	40,8	46,3	37,1
Mauritanie	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	64,5	57,4	52,1	53,8	54,8	37,5	37,6	48,7	41,2	41,3	37,1	35,6
	% de personnes portant des masques	86,8	91,5	90,5	93,3	89,0	89,7	90,0	91,1	90,9	90,7	90,7	88,9
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	66,3	88,7	87,3	84,8	77,2	64,9	72,6	72,2	66,9	63,8	63,0	62,3
Nigeria	% de personnes qui usent des masques	66,0	74,6	71,0	61,6	58,1	55,6	55,0	56,2	55,5	53,0	54,1	58,2
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	66,3	66,8	64,6	62,7	57,3	51,6	51,0	52,9	51,8	47,9	48,3	48,8
	% de personnes portant des masques	83,3	89,6	81,5	76,2	72,5	67,5	70,5	80,8	74,2	65,3	55,9	56,6
Sénégal	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	74,1	78,2	73,1	63,7	63,7	48,8	61,1	66,3	61,2	52,3	45,7	39,4
	% de personnes qui usent des masques	92,4	93,7	93,3	92,3	91,2	89,8	89,8	89,3	89,3	89,7	86,2	87,0
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	87,2	83,0	79,0	77,9	72,0	68,5	73,3	66,3	58,4	53,1	50,5	56,7
Ouganda	% de personnes portant des masques	78,0	81,8	63,9	68,3	69,9	90,7	64,3	75,5	71,8	57,8	40,1	67,7
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	78,5	71,0	58,5	68,7	70,3	79,9	88,2	71,1	45,8	45,8	8,2	22,5
	% de personnes qui usent des masques	15,7	37,3	41,7	28,1	28,2	31,6	44,1	59,5	49,2	37,4	33,7	34,0
République-Unie de Tanzanie	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	80,3	87,3	82,3	74,5	72,8	64,5	70,5	68,5	60,1	57,1	59,4	83,4
	% de personnes portant des masques	75,3	62,8	73,2	65,9	59,9	62,4	60,7	43,1	40,3	37,5	50,0	78,3
	% de personnes déclarant pratiquer la distanciation sociale (répétitions)	75,3	62,8	73,2	65,9	59,9	62,4	60,7	43,1	40,3	37,5	50,0	78,3

La communication sur les risques et la participation communautaire (RCCE) : un changement de cap

La communication sur les risques et la participation communautaire continuent d'être une priorité de l'OMS/AFRO dans sa stratégie de lutte contre la COVID-19. La RCCE implique l'engagement de partenaires, notamment la société civile, les dirigeants communautaires, les comités de santé, les groupes religieux et communautaires, les organisations professionnelles, les chefs traditionnels (rois et notables), les guérisseurs traditionnels, les gardiens ou personnes influentes de la communauté et les organisations non gouvernementales.

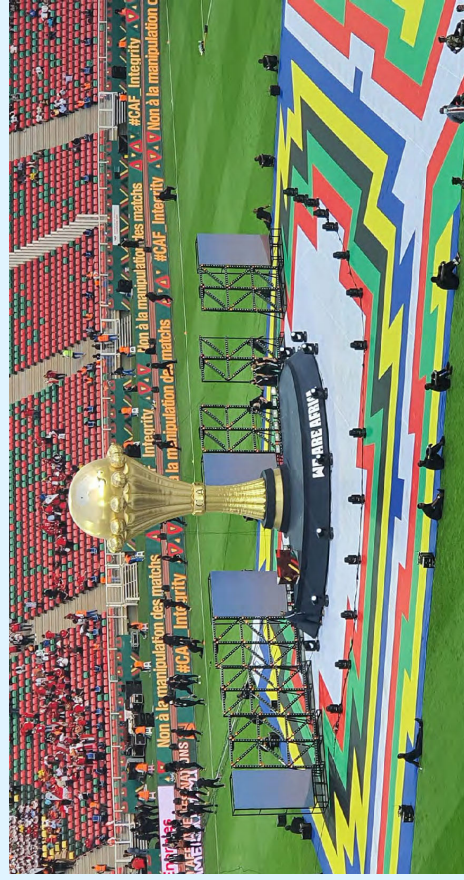
La communication sur les risques en situation d'urgence implique que l'on fasse un état des lieux, c'est-à-dire que l'on identifie le niveau de connaissance des communautés et leurs croyances socio-religieuses. Les méthodologies développées pour ce domaine de communication sont similaires à celles des études socio-anthropologiques : questionnaires fermés, entretiens semi-structurés, études de cas, entretiens de groupe, séances d'observation et d'écoute. L'utilisation de ce type de méthode permet de mieux comprendre les communautés avec lesquelles nous essayons de collaborer. Les résultats des diagnostics sont utilisés pour élaborer des plans stratégiques et des plans d'activités visant à répondre aux besoins des communautés.



OMS Tchad
Toucher les communautés au Tchad par des messages de protection contre la COVID-19

La COVID-19 et la Coupe d'Afrique des Nations

- Une coopération entre l'OMS et les autorités sanitaires et sportives a aidé le Cameroun à planifier la Coupe d'Afrique des Nations (CAN) de 2021. Déjà retardé de deux ans, cet important événement sportif a falli être reporté une troisième fois du fait de la pandémie de COVID-19. Heureusement, un plan sanitaire sur mesure pour les jeux a permis à la CAN de se tenir, ce qui a donné un formidable coup de fouet au moral du continent. Des mesures sanitaires strictes ont été adoptées pendant les jeux, notamment, le port de masque en permanence, ainsi que la présentation d'un certificat de vaccination pour entrer dans les stades. Ce deuxième point a constitué le plus grand défi, étant donné qu'avec un taux global de vaccination contre la COVID-19 inférieur à 10 %, le Cameroun n'avait pas reçu suffisamment de doses pour couvrir le grand nombre de fans de football. Dans la perspective de la compétition, un certain nombre de mesures ont été prises :
- cent dix-neuf (119) postes de vaccination ont été installés près des stades de football ;
 - de même, une vaste campagne de vaccination a été menée à travers le pays ;
 - des sessions spéciales de sensibilisation des communautés ont été organisées, afin d'éviter les attroupements pendant les jeux ;
 - un accroissement du nombre de tests a été enregistré et le séquençage génomique a été introduit et encouragé et des capacités de dépistage au moyen de tests PCR ont été installées dans les dix régions du Cameroun ; et
 - une surveillance transfrontalière plus stricte a été mise en place, en plus du suivi et des orientations de cas.



Ministère de la santé, Cameroun

Perspective du partenariat national

COVID-19 – la quatrième vague, vivre une autre année avec la pandémie et la voie à suivre

La quatrième vague de COVID-19 a atteint la Guinée-Bissau quelques mois après son apparition en Afrique australe. Nous avons observé l'apparition du variant Omicron avec appréhension, principalement parce que réserver de nouveaux lits d'hôpitaux dédiés aux patients atteints de la COVID-19 risquait de provoquer un effondrement total de notre système de santé déjà fragile. À ce jour, nous avons réussi à garder la situation sous contrôle, notamment, grâce à notre équipe à effectif limité, mais profondément dévouée de praticiens de la santé et au soutien de partenaires bilatéraux et multilatéraux, ainsi que d'organisations communautaires régionales, telles que l'Organisation mondiale de la Santé (l'UNICEF, l'OOAS/CEDEAO, l'UEMOA, la Banque mondiale, la Banque africaine de développement, le Fonds de développement de la Banque islamique, la Chine, le Sénégal, l'Inde, Israël, le Portugal, des organisations non gouvernementales locales et le secteur privé. Fort des crises sanitaires précédentes, nous avons acquis à présent une solide expérience de la surveillance et du contrôle aux frontières, ainsi que de la communication et du plaidoyer dans le domaine de la santé publique, deux instruments clés de la gestion d'une pandémie.

Notre laboratoire national, qui s'est considérablement amélioré depuis 2015, moment de la crise de la maladie à virus Ebola, et le laboratoire de l'Institut Jean Piaget ici à Bissau, se sont associés à l'Institut Pasteur du Sénégal pour administrer des tests PCR à toute personne présentant des symptômes, ainsi qu'aux voyageurs. Au début de la pandémie, nous avons conclu des partenariats inestimables avec nos fournisseurs de services de téléphonie mobile et nos entreprises technologiques, qui ont transmis gratuitement les résultats des tests et les messages de prévention par téléphone mobile, réduisant ainsi considérablement notre dépendance à l'égard d'une paperasserie fastidieuse. En outre, au cours du dernier semestre, nous avons réussi à accroître notre disponibilité d'oxygène, en produisant de l'oxygène dans le pays et en nous procurant les bombes au Sénégal voisin. Sur le front de la vaccination, avec le soutien du mécanisme COVAX, de la Chine, du Portugal, des États-Unis et d'autres partenaires bilatéraux, nous avons à ce jour vacciné 38 % de notre population cible. Bien que ce chiffre soit faible, nous avons

réussi à maintenir un taux de létalité bas, à 1,5 %. Cependant, comme chaque vie perdue face à la COVID-19 est une vie de trop, cela n'est clairement pas suffisant, et nous continuons à plaider pour un approvisionnement plus régulier en vaccins. Il importe de noter que, bien que nos systèmes soient en place pour la vaccination, un temps considérable s'écoule entre les expéditions de vaccins.

L'année 2021 a été difficile pour la Guinée-Bissau. En effet, pendant plusieurs mois, notre système de santé surchargé a souffert d'une profonde paralysie due à des grèves de travail, leurs réclames de meilleurs salaires et conditions de travail. En manque chronique de leadership, de ressources humaines qualifiées, d'infrastructures, d'équipements, de compétences et d'organisation, notre système de santé est contraint quotidiennement d'établir des priorités et de faire des choix dramatiques entre les vies à sauver. Des défis multiples et apparemment insurmontables ont également un effet sur le moral du personnel, lequel moral est une condition préalable au professionnalisme, au travail d'équipe et à l'efficacité.

L'apparition de la COVID-19, bien que terrible et inquiétante, offre à la Guinée-Bissau une possibilité de renforcer ses systèmes de santé. En renforçant les mécanismes de coordination, la collaboration institutionnelle, l'esprit d'équipe et les partenariats à tous les niveaux, nous pouvons, avec l'engagement réel des donateurs et des partenaires dans la riposte à la COVID-19, stimuler notre prestation globale de soins de santé. En tant que médecin et spécialiste de la santé internationale, mon engagement envers mon équipe sur le terrain est incontestable. Je suis fier de nos médecins, de notre personnel infirmier, de nos techniciens de laboratoire, de nos agents de nettoyage et de tous les bénévoles qui ont travaillé sans relâche, dans une précarité considérable, à garantir l'esprit de cordialité et l'attention portée aux soins aux patients, ce qui représente le meilleur de la profession médicale et de notre culture.

Plácido Cardoso

Haut commissaire par intérim de la lutte contre la COVID-19 en Guinée-Bissau

Expérience de pays – Zimbabwe

Prévention de la COVID-19 – lavage des mains au Zimbabwe

Le lavage général des mains s'est amélioré depuis le début de la pandémie de COVID-19 au Zimbabwe, même si l'accès à l'eau potable reste un défi pour certains. Les experts de la santé ont constamment rappelé à la population de prendre ses distances, de porter un masque, d'éviter les foules et de se laver régulièrement les mains au savon et à l'eau afin de juguler la propagation de la COVID-19. En l'absence d'eau et de savon, les gens ont été invités à utiliser des désinfectants pour mains à base d'alcool.

Le lavage des mains a toujours été promu, comme la première ligne de défense contre des maladies telles que le choléra, la typhoïde et autres maladies diarrhéiques, mais la fourniture de points de lavage des mains n'avait pas constitué une priorité jusqu'à ce que survienne la crise de la COVID-19. Désormais, il existe des points de lavage des mains à tous les points d'entrée des établissements de santé, les agents de santé se relayant pour fournir des désinfectants pour les mains comme deuxième option.

« Le comportement a beaucoup changé, surtout depuis le début de la troisième vague (juillet 2021), lorsque nous avons eu certains membres du personnel infectés et isolés. Le personnel est maintenant conscient de l'importance du lavage des mains, même si des améliorations sont encore possibles. Les solutions de désinfection des mains à l'alcool sont également utilisées fréquemment après chaque intervention ou à l'entrée et à la sortie des différentes pièces de la clinique », a déclaré Try Kambumbi, soeur responsable du centre de santé rural de Nhawa à Rushinga, Mashonaland, province centrale.

Si la disponibilité de points de lavage dans diverses institutions a facilité le respect des lignes directrices sur la COVID-19, leur pérennisation est sujette à caution.

« L'adoption du lavage des mains s'est améliorée dans la communauté, mais pas autant que souhaité. Cela est dû au fait que certaines personnes continuent de penser que la maladie ne les touchera pas. Certaines personnes, dont les proches ont été dépistés positifs à la COVID-19, nous ont aidés dans l'éducation communautaire. Le lavage des mains est important », a déclaré un agent de santé villageois qui a préféré garder l'anonymat.

Avant l'avènement de la pandémie de COVID-19, l'OMS, en collaboration avec d'autres partenaires tels que l'UNICEF, avait aidé le gouvernement du Zimbabwe à sensibiliser à l'importance de l'hygiène des mains. Dans le cadre du pilier lutte anti-infectieuse, l'OMS continue de prodiguer des conseils techniques pour promouvoir un changement de comportement au sein des communautés et dans les établissements de santé et les résultats commencent à se faire sentir.

Vivian Mugarisi
Chargé de programme, Bureau de pays
de l'OMS au Zimbabwe



OMS Zimbabwe – Vivian Mugarisi

2.7 Innovation et technologie : Sortir des sentiers battus

La COVID-19 a donné aux pays du monde entier l'occasion d'innover dans tous les domaines des soins et de la prestation de services de santé, allant de la surveillance à la prise en charge en passant par le suivi et l'évaluation. Au cours de l'année écoulée, l'OMS/AFRO a apporté un appui aux pays en ayant recours à la télédétection hybride intégrée et à la gestion de l'information pour cartographier la variation dans l'espace de la surveillance en vue du contrôle et de la gestion des pandémies, de manière à vérifier l'incidence de la maladie au sein des groupes sociaux et dans les zones géographiques, à quantifier les besoins en approvisionnement et à évaluer les distances et les délais de distribution. En tant que coordnatrice des politiques pour la santé mondiale, l'OMS a encouragé les pays à mettre en œuvre des stratégies conjointes pour la surveillance et le contrôle des épidémies, les engageant, en partenariat avec la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), le Réseau africain d'épidémiologie de terrain (AFENET) et le CDC Atlantà, à établir virtuellement un dialogue cohérent.

La surveillance transfrontalière constitue un élément clé de la gestion des maladies dans le contexte africain, principalement parce que les migrations transfrontalières traditionnelles ont lieu dans le cadre de mouvements culturels ou saisonniers de population, qui ne traversent pas nécessairement les frontières nationales ou officielles. Grâce à l'expérience récente de la maladie à virus Ebola, le dialogue renforcé entre les pays de la Région en 2021 a permis de renforcer les informations et les messages, et d'harmoniser les pratiques, telles que l'acceptation des tests PCR ou antigéniques, les procédures et les pratiques pour les agents aux points d'entrée, la recherche des contacts et l'information des points focaux. En outre, l'OMS a collaboré avec des organisations telles que l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) pour faire en sorte que les groupes de transhumance – la migration saisonnière des communautés d'éleveurs – soient mobilisés autour des mesures de santé et de sécurité tant humaines qu'animales, afin d'éviter un effet de contagion de l'homme à l'animal qui pourrait compromettre davantage la sécurité alimentaire.



OMS - D. Elernbot

Contrôle des passagers à l'aéroport international de Mayo-Brazzaville, République du Congo

Percées technologiques

Une base de données de mille nouvelles technologies créées pour les pays ou par eux, adoptées depuis le début de la pandémie a été complétée et diffusée par l'OMS/AFRO dans l'optique d'encourager davantage les pays à intégrer les innovations dans l'administration des vaccins et de stimuler la demande. Au nombre des technologies répertoriées dans la base de données au Sénégal, des chercheurs ont mis au point un test de diagnostic immunitaire pour la COVID-19, disponible pour seulement un dollar. E.U. et des étudiants en ingénierie ont construit un robot médical multifonctionnel pour alléger la charge des agents de santé. Le Kenya a converti des usines existantes pour produire des masques, avec pour objectif d'en produire plusieurs dizaines de millions. Le Rwanda a utilisé des drones assemblés localement pour accroître la sensibilisation grâce à des émissions publiques en vol et des robots pour dépister et surveiller les patients atteints de la COVID-19.

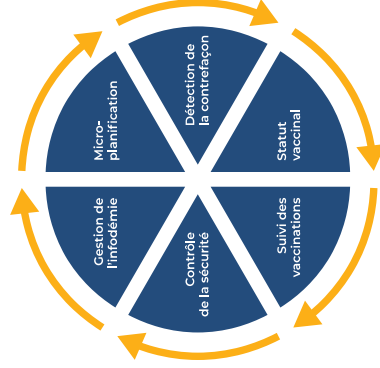
Pour les technologies liées à l'inoculation, les recommandations de l'OMS/AFRO ont accordé la priorité à six catégories, à savoir : la microplanification, la détection des contrefeçons, le statut vaccinal, le suivi de la vaccination, le contrôle de l'innocuité et la gestion de l'infodémie. Vaxiglobals, par exemple, collabore avec des laboratoires au Zimbabwe et en Zambie, ainsi qu'avec des compagnies aériennes et des entreprises technologiques, pour concevoir un système de vérification numérique sûr et approuvé du statut vaccinal des voyageurs. Après la vaccination, il est délivré au patient un certificat numérique comportant un code QR, vérifiable instantanément par les autorités frontalières. Cette technologie a depuis lors été utilisée au Zimbabwe pour authentifier les certificats de test COVID-19. Une autre innovation a été développée par la société Zipline pour faciliter la livraison de sang, de vaccins et d'autres équipements médicaux à l'aide de drones dans des zones reculées et d'autres endroits difficiles d'accès au Rwanda et au Nigéria. A ce jour, Zipline a été utilisée pour livrer plus d'un million de vaccins de routine au Nigéria.

Pour optimiser des stocks limités, il est nécessaire d'innover en créant des canaux de distribution et d'administration rapides et efficaces pour la livraison des vaccins. A cet égard, plusieurs pays d'Afrique ont déjà commencé à intégrer des technologies et des solutions numériques dans le cadre de leurs mécanismes d'administration des vaccins. Maurice, par exemple, utilise la plateforme du système d'information sanitaire de district (DHIS2) pour collecter des données, notamment pour les manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI) suite à la vaccination contre la COVID-19. De même, au Ghana, le module e-tracker de la plateforme DHIS2 est utilisé pour la saisie des données et le suivi de la vaccination. En outre, une application numérique appelée Med-Safety6 est utilisée pour signaler les manifestations post-vaccinales indésirables. Au Rwanda, la capacité de chaîne du froid a été renforcée au moyen de congélateurs réglés à -70 degrés Celsius pour stocker les vaccins et de dispositifs innovants de stockage passif Arktek® pour le transport des vaccins. L'Angola a mis en place un système numérique de pré-enregistrement pour les personnes ciblées, afin de documenter la vaccination et d'envoyer des rappels de seconde dose.



OMS / Blnk Media - Nana Kofi Acquah
Dennis Mensah récupère des échantillons de COVID-19 au laboratoire de recherches avancées de Noguchi à Accra, où ils seront analysés. Les échantillons ont été livrés par un drone attaché à un Zipline.
L'OMS aide le Ghana à accroître sa capacité de dépistage de la COVID-19. Celle-ci a considérablement augmenté avec l'introduction de technologies telles que le largage d'échantillons par drone.

Figure 9 : Catégories d'innovation pour la fourniture de vaccins contre la COVID-19



S'attaquer aux nouveaux variants – le défi que pose la COVID-19

Le variant Omicron a surpris la communauté de lutte contre la COVID-19 à plusieurs égards, notamment parce qu'il n'est pas issu d'un progéniteur du variant Delta, mais plutôt d'une souche beaucoup plus ancienne datant d'un stade antérieur de l'épidémie. L'imprévisibilité de la mutation du virus met à mal la capacité des scientifiques à déterminer d'où et quand émergera le prochain variant. Nous savons également que, même si elle est actuellement considérée comme rare, la transmission vers des sources animales domestiques et à partir de celle-ci est également possible, ce qui appelle à la vigilance dans la surveillance à l'échelle de toutes les communautés. Si le variant Omicron s'est propagé bien plus rapidement que le variant Delta et contenait un grand nombre de mutations, ce qui lui a permis d'échapper à une grande partie de l'immunité antérieure, il a entraîné des taux de létalité beaucoup plus faibles. Si l'accroissement de la transmissibilité et l'évasion immunitaire permettent aux nouveaux variants de se propager rapidement, il n'y a toujours pas d'avantage palpable à réduire la dangerosité du virus. Il n'y a donc aucune raison de s'attendre à ce que le prochain variant qui apparaîtra présente cette caractéristique. En fait, plus un variant stimule l'immunité dans la population, plus il est probable qu'un virus substantiellement différent ait l'avantage de se transmettre pour émerger. Ainsi, les protocoles de sécurité doivent-ils être maintenus, tout comme les campagnes de vaccination en cours, afin de limiter la propagation de la COVID-19 chez les populations vulnérables.

Resolve to save lives – Comment l'expérience antérieure peut créer l'innovation

Pour améliorer le dépistage communautaire de la COVID-19 dans la Région africaine, l'OMS/AFRO a lancé en octobre 2021 une initiative dans huit pays. Cette initiative devrait toucher quelque sept millions de personnes sur une période de 12 mois au Burundi, en Côte d'Ivoire, en Guinée-Bissau, au Mozambique, en République démocratique du Congo, au Sénégal et en Zambie. Le programme vise à accroître de 40 % la capacité de dépistage dans chaque pays participant, en veillant à ce qu'il atteigne le seuil recommandé par l'OMS de 10 tests effectués pour 10 000 personnes par semaine. Jusqu'au lancement de ce programme, 20 des 47 pays de la Région n'avaient pas atteint ce seuil et seulement 14,2 % des infections par la COVID-19 – soit une infection sur sept – était détectée.

L'idée est d'interrompre la transmission de la maladie par une recherche active de cas en déployant des équipes dans les communautés locales pour rechercher les contacts possibles des personnes qui ont été dépistées positives à la COVID-19 et leur proposer des tests de diagnostic rapide de détection des antigènes. Pour mettre en œuvre cette initiative, l'OMS a décaissé 1,8 million de dollars E.U. au profit des pays. Lancée pour l'éradication de la variole dans la seconde moitié du XXe siècle et utilisée lors des récentes flambées de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest et en République démocratique du Congo, la « stratégie des anneaux » cible les personnes vivant dans un cercle de 100 mètres de rayon autour de chaque nouveau cas confirmé, afin d'empêcher la propagation de la maladie. Il est prévu que chaque foyer situé dans un rayon de 100 mètres du « cercle » reçoive des kits d'hygiène contenant des masques

et des désinfectants pour les mains. Le cas de toute personne dont le test est positif fera l'objet d'une évaluation en fonction de la gravité de son état afin de déterminer la nécessité ou non de soins à domicile ou en milieu hospitalier.

L'analyse de l'OMS a utilisé le calculateur COVID-19 mis au point par « Resolve to Save Lives », qui établit une estimation des infections sur la base du nombre de cas et de décès signalés et d'un taux de létalité de l'infection fondé sur des études en population. Le calculateur a révélé que, au 10 octobre 2021, le nombre cumulé d'infections par la COVID-19 était estimé à 59 millions en Afrique, soit sept fois plus que les huit millions de cas signalés. Dès le début de la pandémie, la détection de la COVID-19 en Afrique a porté principalement sur les personnes se présentant dans les établissements de santé avec des symptômes, en plus de dépister les voyageurs internationaux entrant et sortant. Il en a résulté, ce qui a conduit à une sous-déclaration à grande échelle, étant donné le pourcentage élevé de cas asymptomatiques.

Depuis le début de la pandémie, les pays africains ont effectué plus de 70 millions de tests COVID-19, ce qui porte sur seulement une fraction des 1,3 milliard d'habitants qui abrite le continent. En revanche, les États-Unis, qui comptent environ un tiers de cette population, auraient effectué plus de 550 millions de tests tandis que le Royaume-Uni, qui compte moins de 10 % de la population africaine, en aurait effectué plus de 280 millions.

Briseur de mythe : Données contradictoires sur l'hésitation à se faire vacciner en Afrique

Alors que les pays africains accélèrent le déploiement des vaccins contre la COVID-19 (coronavirus), la question se pose de savoir si l'Afrique aussi résistera à la vaccination. Le vaccin contre la COVID-19 a été rejeté par de nombreuses personnes en Europe occidentale et aux États-Unis, par exemple. À ce jour, cependant, les faibles taux de vaccination en Afrique ont été causés par la lenteur du déploiement du vaccin, les contraintes d'approvisionnement, les problèmes structurels et les obstacles logistiques, avec un bilan mitigé en ce qui concerne l'hésitation à se faire vacciner. Certes, l'on peut s'y attendre sur un continent de 1,3 milliard d'habitants aussi diversifié aux plans culturel et socio-économique que l'Afrique, mais le problème est peut-être bien plus complexe qu'il n'y paraît.

De façon générale, l'hésitation à se faire vacciner a été attribuée à des doutes quant à l'innocuité et à l'efficacité des vaccins et à des informations erronées sur la COVID-19. Il s'agit de questions essentielles liées à la désinformation sur la maladie, constatée dès le début de la crise, et que l'OMS/AFRO s'emploie à dissiper. Un exemple de désinformation était que certains pays européens suspendaient le déploiement du vaccin d'Astrazeneca pour des raisons d'innocuité, ce qui a amené plusieurs pays africains à refuser complètement ces vaccins.

La religion est l'une des raisons qui sous-tendent l'abandon d'un vaccin. Une récente enquête Creopoll menée dans six pays africains montre que les croyances religieuses sont un facteur déterminant dans le rejet d'un vaccin. Près de 90 % des personnes interrogées au Niger et au Libéria ont déclaré que la prière était plus efficace que le vaccin.

Mais, les perceptions entourant la COVID-19 ne sont pas figées. Par exemple, entre novembre 2020 et avril 2021, les sondages réalisés par les partenariats ont montré un accroissement de l'hésitation à se faire vacciner au Nigeria, au Kenya, en Afrique du Sud, en Côte d'Ivoire et en République démocratique du Congo. Au Mozambique, l'hésitation à se faire vacciner a marqué un recul fin 2020, pour ensuite

repartir de plus bel au début de l'année 2021. Des études sur l'hésitation à se faire vacciner au Sénégal ont montré une relation étroite entre la mortalité associée au virus et la volonté de se faire vacciner. En effet, plus le nombre de décès directement liés à la COVID-19 était élevé, plus les personnes se portaient volontaires pour se protéger au moyen du vaccin.



OMS / Booming - Carlos Cesar

Un agent de santé administre le vaccin contre la COVID-19 dans un centre de vaccination du centre commercial Paz Flor à Luanda, Angola. Le 20 mai 2021

2.8 Communication et gestion de l'infodémie

Dans les domaines de la communication et de la gestion de l'infodémie, l'OMS/AFRO a collaboré en 2021 avec des partenaires du secteur des médias, des acteurs non étatiques, des gouvernements et des donateurs multilatéraux et bilatéraux. Le principe sous-jacent sous-tendant la communication a été que les organismes de santé publique communiquent tôt, de manière stratégique et avec insistance pour enrayer la propagation du virus, tout en bénéficiant à cet effet d'un soutien fort des acteurs de la santé communautaire. Il est tout aussi important de souligner que des communautés éduquées et responsabilisées jouent un rôle essentiel dans la prévention de la transmission de la COVID-19 et que les agents de santé communautaires constituent une passerelle pour parvenir à la bonne santé.

En collaboration avec l'UNICEF, AFENET, la société civile et les agences nationales de santé publique, l'OMS/AFRO a renforcé les capacités de recherche des contacts dans les rangs des agents de santé communautaires et des personnes influentes, en élargissant et en responsabilisant les rôles, pour y intégrer l'orientation des contacts symptomatiques vers des sites d'isolement désignés. Dans le cadre de son partenariat avec le secteur de la santé communautaire, l'OMS a facilité l'acquisition de formulaires de déclaration et de suivi, de stylos, de thermomètres numériques et de solutions de friction à base d'alcool. Plusieurs enquêtes et sessions de formation importantes ont été entreprises pour étayer les communications d'urgence sur les risques et comprendre les facteurs d'adhésion à la vaccination et aux mesures de santé publique et de sécurité.



INASA-CB/ Abilio Cò

La Guinée-Bissau a perçu depuis longtemps la nécessité de s'engager auprès de la population pour garantir l'adhésion aux mesures de santé publique et aux mesures sociales. Partie d'une communication officielle pour la division du changement social et comportemental de l'Institut national de la santé (INASA). Une équipe d'anthropologues médicaux, d'infirmières et d'agents de santé communautaires a parcouru le pays en 2021, effectuant plus de 100 visites dans les communautés les plus reculées du pays pour discuter de la COVID-19 et de ses implications.

Gestion de l'infodémie

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a jugé les mots clés et d'autres indicateurs par le biais d'outils de surveillance des médias et des médias sociaux pour guider une stratégie plus large d'amélioration de la qualité des informations relatives aux questions clés liées à la COVID-19, à savoir les effets secondaires des vaccins, l'utilisation de masques faciaux, de médicaments non approuvés, entre autres.

L'Alliance pour la riposte contre l'infodémie en Afrique (AIRA) a œuvré avec ses membres à fournir un soutien à la gestion de l'infodémie, en formant 120 personnes à l'écoute des médias sociaux et en aidant à mettre en place des équipes de gestion de l'infodémie dans 20 pays de la Région africaine. À partir de décembre 2020 et tout au long de l'année 2021, l'OMS/AFRO a publié, par l'intermédiaire de l'AIRA, un rapport d'écoute sociale une fois par semaine, enregistrant l'adhésion progressive de six pays au projet. Composée de 14 membres issus d'organisations gouvernementales et intergouvernementales de premier plan, d'organismes impliqués dans les secteurs des mega-données, de l'intelligence artificielle et de l'innovation et d'organisations de vérification des faits basées en Afrique, l'AIRA continue de consolider et d'innover les connaissances et les capacités de l'OMS en matière de

gestion de l'infodémie. En mars 2021, l'Alliance a lancé Viral Facts Africa, un centre de contenu social destiné à produire et à distribuer des productions numériques pour lutter contre la désinformation sanitaire en ligne. Viral Facts Africa a produit plus de 260 pièces différentes de contenu numérique, diffusées dans 34 pays en plusieurs langues, générant plus de 111 millions de vues et plus de 3,3 millions d'interactions. D'après le rapport sur les tendances de l'écoute sociale et d'autres données, la production vidéo multilingue de l'AIRA (85 vidéos en anglais, 62 en français, huit en portugais et trois en swahili et d'autres éléments de contenu) a touché au moins 100 millions de personnes, ce qui représente une portée mensuelle moyenne d'environ 16,5 millions et un taux d'engagement de 45 %.


L'OMS/AFRO a également organisé des formations à l'intention des professionnels de la communication dans 10 pays, avec un effet multiplicateur et huit pays ont été dotés de systèmes de gestion de l'infodémie. Sur le plan académique, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a mené deux études qualitatives, en partenariat avec deux universités d'Afrique australe et d'Afrique de l'Est visant à mesurer l'impact de contenus infodémiques spécifiques.


L'Alliance pour la riposte contre l'infodémie en Afrique a œuvré avec ses membres à fournir un soutien à la gestion de l'infodémie :


 **120 personnes ont été formées** à l'écoute des médias sociaux


 **20 pays** ont mis en place des équipes de gestion de l'infodémie

En mars, l'AIRA a fondé Viral Facts Africa, un centre de contenu social destiné à produire et à distribuer des productions numériques pour lutter contre la désinformation sanitaire en ligne

 **260 contenus** numériques produits dans

 **34 pays** dans plusieurs langues

 **177 millions de vues**

 **3,3 millions d'interactions**

 **100 millions de personnes** touchées par les productions vidéo multilingues de l'AIRA

85 en anglais
62 en français
8 en portugais
3 en swahili

 **16,5 millions de personnes** atteintes par mois

 **45%** de taux d'engagement

Infodémie

Le mot composé « infodémie » (combinaison de « information » et de « épidémie ») reflète l'effet démesuré que les nouvelles technologies de l'information ont eu sur la communication contemporaine ayant trait aux questions de santé. Bien que ce mot combiné soit relativement nouveau, l'association entre épidémies et désinformation ne l'est pas et a été observée lors d'autres épidémies récentes. Ainsi, dès le début de la pandémie de COVID-19, la maladie a été étiquetée au moyen d'informations publiques fausses, mal documentées ou incomplètes, contribuant ainsi à créer une confusion considérable chez les décideurs tout comme au sein du grand public.

Communications

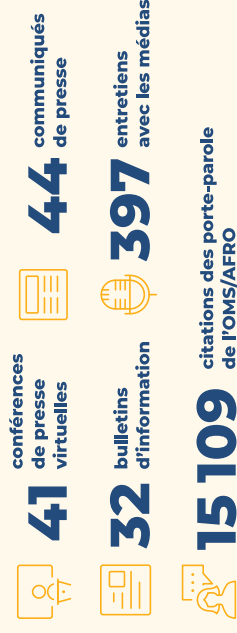
En 2021, les inégalités vaccinales ont suscité l'intérêt du monde et de la Région pour la situation de la COVID-19 en Afrique, avec une sensibilisation et un plaidoyer pressants par le biais des médias de masse conventionnels et des médias sociaux, exerçant une pression supplémentaire sur les dirigeants mondiaux pour qu'ils engagent des ressources, des fournitures, des équipements et du personnel médicaux.

La stratégie de communication de l'OMS/AFRO répondait directement à la vocation de l'Organisation en tant que porteuse de la voix des autorités sanitaires du continent, en vue de permettre l'autodétermination de chacun de ses 47 États Membres dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID-19 et au-delà.

Les relations de l'OMS/AFRO avec les médias ont soutenu la riposte en plaidant pour des questions clés telles que l'équité vaccinale et des activités de riposte importantes telles que le déploiement de tests de diagnostic rapide. Quarante-sept conférences de presse virtuelles, auxquelles ont participé les dirigeants de l'OMS et des invités issus d'institutions partenaires, ont été organisées en 2021. Le Bureau régional a également publié 44 communiqués de presse et organisé 397 entretiens avec des médias portant spécifiquement sur la COVID-19, ce qui a donné lieu à 15 109 citations de la part des porte-paroles du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, soit plus du double de la précédente référence mensuelle de 600 citations.

En publiant 32 bulletins d'information présentant les éléments clés de la riposte, notamment les meilleures pratiques et des entretiens avec des experts, l'OMS/AFRO a élargi son champ d'action aux ministères de la santé, aux agences des Nations Unies et aux donateurs. D'après une enquête menée plus tard dans l'année, 26 Ministres de la santé et 70 agents des ministères de la santé ont ouvert régulièrement les bulletins d'information.

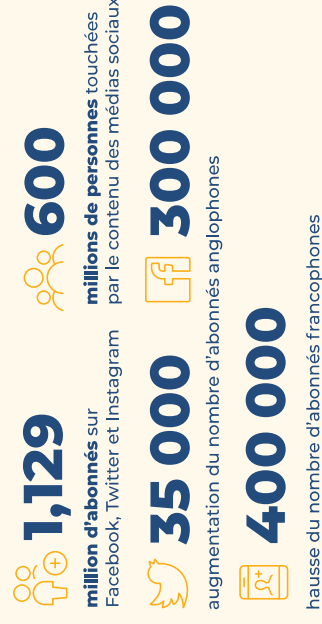
Les plateformes de médias sociaux de l'OMS/AFRO – Facebook, Twitter et Instagram – ont été régulièrement consultées en 2021 par 1,129 million d'abonnés contre 600 000 précédemment. Les plateformes ont promu des campagnes et des post réguliers en faveur de pratiques saines par rapport à la COVID-19 telles que le port de masque, le lavage des mains et la vaccination. Le contenu a atteint au minimum 600 millions de personnes, avec un taux d'engagement de 48 %. Les nombres d'abonnés anglophones sur Twitter et Facebook ont augmenté de 35 000 et de 300 000, respectivement, au cours du premier semestre de l'année, tandis que les abonnés francophones atteignaient 400 000.



En publiant 32 bulletins d'information présentant les éléments clés de la riposte, notamment les meilleures pratiques et des entretiens avec des experts, l'OMS/AFRO a élargi son champ d'action aux ministères de la santé, aux agences des Nations Unies et aux donateurs.



ont régulièrement ouvert les bulletins d'information, selon une enquête réalisée à la fin de l'année.



2.9 Soutien opérationnel et logistique dans le cadre de la lutte contre la COVID-19

Après des difficultés initiales enregistrées au premier semestre, à partir de la mi-août, des progrès considérables ont été réalisés en matière d'approvisionnement et de soutien opérationnel dans le cadre de la lutte contre la COVID-19. Les équipements de protection individuelle (EPI) sont restés, en 2021, les articles les plus commandés comparativement aux autres groupes de produits. Et, malgré le besoin d'oxygénothérapie exprimé par les États Membres, seule une petite quantité d'équipements biomédicaux a été commandée. Le renforcement des capacités de logistique et d'approvisionnement au sein des ministères de la santé a également été une priorité et l'OMS/AFRO a organisé 30 sessions de formation sur l'approvisionnement médical afin de réduire les ruptures de service et de stock.

Tableau 3 : Répartition des fournitures de l'OSL OMS/AFRO

Article	Statut		Expédition en cours de préparation
	En cours d'achat	Livré	
Test PCR	3 867 876	13 392 488	49 164
Test GeneExpert	687 464	2 096 820	18 200
TDR	17 044 725	32 077 225	43 250
Kit de prélèvement d'échantillons	85 000	7 404 270	520 200
Composante EPI		105 634 005	1 158 660
Concentrateur d'oxygène		5 581	1 090
Oxymètre de pouls		15 656	781
Respirateur		416	3
Moniteur		1 516	171

Rapport sur la riposte stratégique à la COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS – Du 1^{er} février 2021 au 31 janvier 2022

Fournitures de produits de lutte contre la COVID-19 expédiées à **47 pays**

Valeur totale **510,6 millions** de dollars É.U.

ÉQUIPEMENT BIOMÉDICAL

Concentrateurs d'oxygène

5 581 expédiés à expédier

Ventilateurs pour patients

416 expédiés à expédier

Moniteurs de patients

1 516 expédiés à expédier

ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

105.6M expédiés à expédier

1.1M à expédier

KITS DE TESTS DE LABORATOIRE

47.5M expédiés à expédier

21.6M à expédier

les kits de prélèvement d'échantillons

7.4M expédiés à expédier

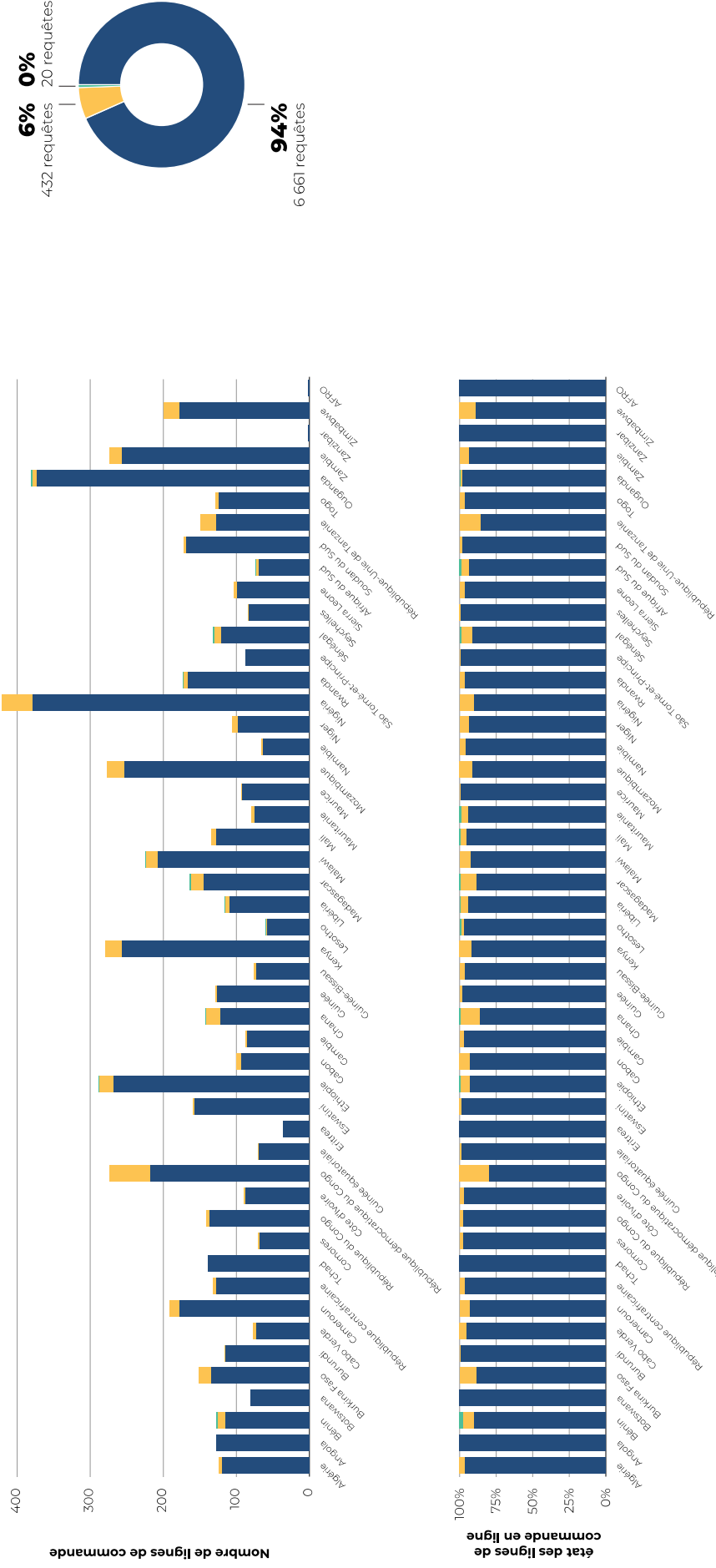
605K à expédier

TDR **32M** expédiés

GeneXpert **2M** expédiés

Tests PCR **13.5M** expédiés

Figure 10-12 : Détails concernant les livraisons par pays (pour tous groupes de produits confondus)



3. Mobilisation des ressources et partenariats

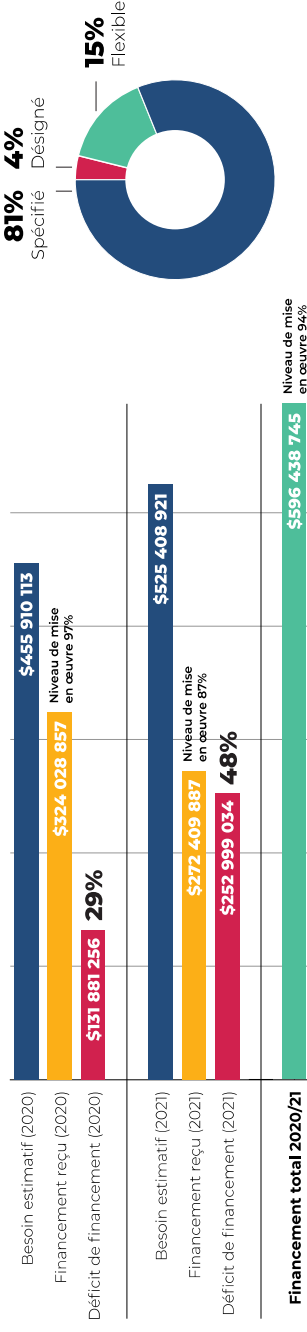


La mobilisation des ressources s'est concentrée, au cours de l'année, sur le financement de la riposte dans sa globalité, l'obtention de fonds pour la production d'oxygène et Tachat, la distribution et l'entretien d'équipement, l'achat de vaccins, la préparation et le déploiement, l'amélioration de la prise en charge des cas et des capacités de soins critiques, l'extension des tests PCR et anti-géniques, la surveillance génomique, la participation communautaire, la recherche et l'innovation et la gestion de l'information. L'approvisionnement en vaccins a certes été assuré, mais la couverture du coût du déploiement de la vaccination, estimé à cinq dollars pour chaque dollar dépensé pour une dose de vaccin, elle, pose en revanche problème.

Recettes et dépenses

La riposte de la Région africaine de l'OMS à la COVID-19 en 2021, conçue pour diriger, coordonner et soutenir les pays dans la lutte contre la pandémie, a été renforcée par une contribution de 52 % des 80 % prévus sur un budget annuel total proposé de 525,4 millions de dollars É.U. En sus des offres des États Membres, pour les plans d'action nationaux et les plans stratégiques de préparation et de riposte, à fin janvier 2022, le financement total engagé pour le Plan stratégique de préparation et de riposte 2021 s'élevait à 272,47 millions de dollars É.U.

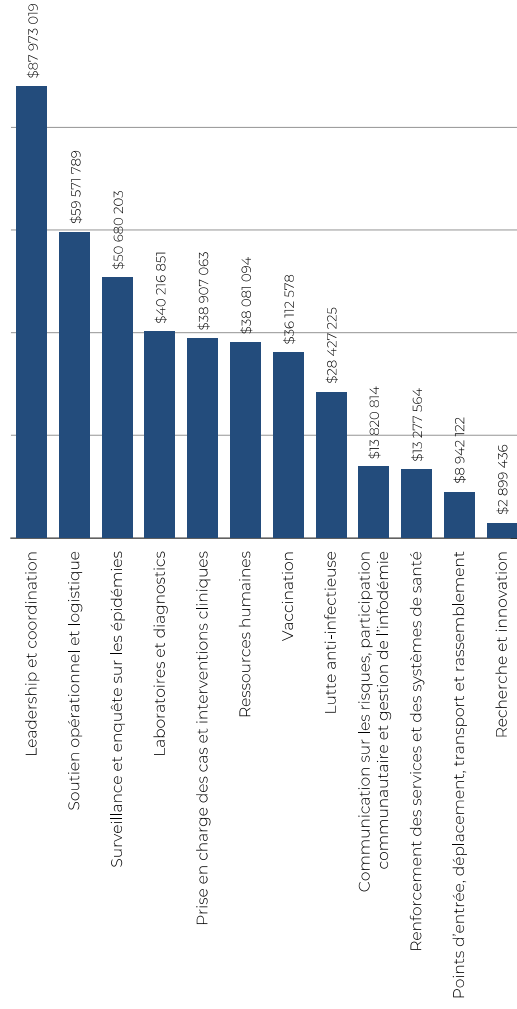
Figure 15-16 : Aperçu du financement (au 31 janvier 2022)



Au cours de l'année écoulée, l'OMS/AFRO a redéfini les priorités de ses plans de travail, en fournissant des avis techniques sur l'accroissement des capacités de production d'oxygène, l'achat et la distribution de matériel médical, d'équipement de protection individuelle, de produits de diagnostic et de traitement. Le Bureau régional a pris des mesures importantes pour soutenir un déploiement plus dynamique des vaccins, en renforçant les capacités de

prise en charge des cas et de soins intensifs, et en développant le dépistage par tests PCR et tests antigéniques, la surveillance, la participation communautaire, la recherche et l'innovation et la gestion de l'information. Au 31 janvier 2022, un total de 94 % des dépenses avait été réalisé. Les domaines cibles d'intervention et de mise en œuvre alignés sur les fonds affectés se déclinent comme ci-après :

Figure 17 : Domaines d'intervention ou de mise en œuvre spécifiques ciblés (au 31 janvier 2022)



OMS / Booming – Carlos Cesar
 Dr Djamila Cabral, Représentante de l'OMS en Angola. Déploiement de COVID-19 en Angola, mai 2021

La garantie d'un financement prévisible et à long terme est essentielle pour assurer un soutien continu aux États Membres. L'épidémie de COVID-19 et d'autres épidémies récurrentes ont confirmé le constat selon lequel l'intensification du soutien financier améliore la préparation et les capacités de riposte et renforce également la résilience des systèmes de santé. De même, une approche programmatique intégrée à multiples facettes, avec des partenariats renforcés aux niveaux national et régional, permet d'éliminer les doubles emplois et de parvenir à l'efficacité opérationnelle et financière. Pour obtenir le soutien de tels partenariats, en 2021, l'OMS/AURO a organisé des réunions bilatérales et de direction de haut niveau avec 19 partenaires clés afin d'identifier plusieurs activités concertées pour la riposte à la COVID-19.

Suite à ces consultations, les relations avec les partenaires traditionnels et nouveaux ont été renforcées, se traduisant par une augmentation des contributions bilatérales de l'Allemagne, de la Belgique, du Canada, du Danemark, des États-Unis d'Amérique, de la France, de l'Irlande, du Japon, de la Norvège et de la Suisse. En outre, l'OMS/AURO a fait participer 192 acteurs non étatiques (organisations non gouvernementales, entités du secteur privé, fondations philanthropiques et établissements universitaires) à son travail programmatique, ce qui a permis d'accroître l'impact des interventions au niveau des pays et d'améliorer la synchronisation des partenariats avec les priorités gouvernementales. L'inclusion d'acteurs non étatiques et d'organisations de la société civile signifie que l'on met davantage l'accent sur la vérification diligente et l'évaluation des risques pour s'assurer de l'intégrité des organisations. Les 47 bureaux de pays de l'OMS ont tous reçu une formation sur le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et pour l'atténuation des risques.

Point d'information sur la collaboration avec les organisations de la société civile (OSC) partenaires

- Activités en cours en matière de lutte anti-infectieuse ou de la prise en charge des cas, RCCE, vaccination et coordination aux niveaux régional, national et local.
- Les activités de riposte à la COVID-19 s'intensifient dans tous les pays ciblés avec des actions inclusives, globales et innovantes.
- Un engagement fort des OSC.
- Cartographie des réseaux régionaux d'OSC actifs dans le domaine de la santé
- Nouveaux réseaux identifiés : impulser une collaboration avec les OSC dans l'initiative



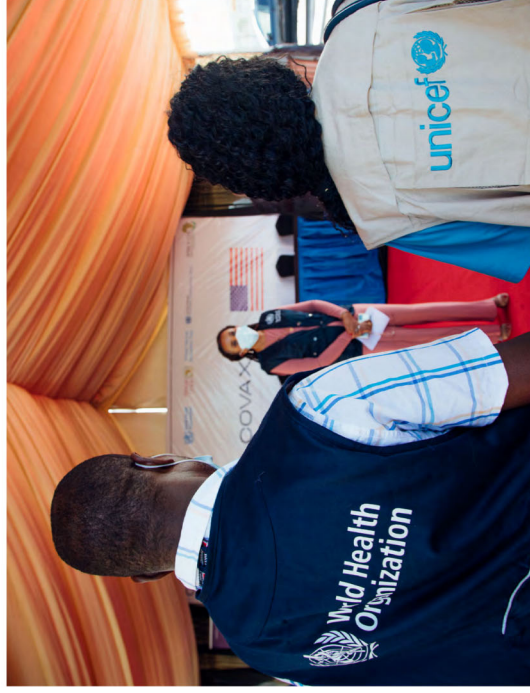
RCCE relative à la COVID-19 dans des villages isolés, Sénégal, juillet 2021



Lutte anti-infectieuse contre la COVID-19 dans les camps de réfugiés pour l'Organisation de la jeunesse africaine (OAJ), Kenya.



Vaccination contre la COVID-19 à Bulawayo, Zimbabwe au moyen du DOT, juin 2021



OMS - Daniel Mwirikale
Dr Tigist Keesela Mengestu, Représentante de l'OMS, La République-Unie de Tanzanie reçoit la première expédition de COVAX - Conférence de presse organisée le 24 juillet 2021 à Tadraport International Julius Nyerere.

Tableau 4 : Contributions reçues des partenaires (au 31 janvier 2022)

Type d'organisation	Donateur	Contribution (en dollars E-U)	Contribution (en %)
État membre	Allemagne	63 864 081	62%
	Ministère des affaires étrangères, du commerce et du développement (DFATD), Canada	49 049 675	
	Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)	19 718 342	
	Ministère des affaires étrangères, Danemark	6 620 391	
	Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE), France	8 328 231	
	Ministère des affaires étrangères, Irlande	3 639 157	
	Ministère des affaires étrangères, Pays-Bas	5 171 900	
	Service public fédéral des Affaires étrangères, du Commerce extérieur et de la Coopération au Développement, Belgique	2 575 000	
	Ministère norvégien des affaires étrangères	2 394 636	
	Agence norvégienne de coopération pour le développement (NORAD)	2 115 037	
	Comores	1 356 625	
	Ministère des affaires étrangères, Japon	1 315 026	
	Gouvernement de l'île de Man	1 118 881	
	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), Allemagne	743 243	
	Mauritanie	533 169	
Irish Aid	291 375		
Lesotho	162 912		
Cameroun	125 418		
Ministère des affaires étrangères, Thaïlande	74 166		
Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement (FCDO), Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	41 302		
Ministère de la coopération au développement et des affaires humanitaires, Luxembourg	25 882		
	169 264 449		
Organisations intergouvernementales	Gavi, l'Alliance du vaccin	31 865 877	17%
	Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes (ECHO)	13 259 650	
	Direction générale de la coopération internationale et du développement (DEVCO)	1 194 743	
		46 320 270	

Type d'organisation	Donateur	Contribution (en dollars E-U)	Contribution (en %)		
Agences de l'Organisation des Nations Unies (ONU)	Fonds fiduciaire multi-partenaires du PNUD (MPTF)	8 661 001	9%		
	Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)	8 649 603			
	Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (UNOCHA)	4 436 845			
	Organisation internationale pour les migrations (OIM)	1 023 190			
	Mission des Nations Unies au Soudan du Sud	402 190			
	Fonds international de secours à l'enfance des Nations Unies	246 423			
	De l'ONU à l'ONU	139 697			
	Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)	111 400			
		23 672 349			
	Autres sources, y compris le fonds de solidarité	Contributions fixées		14 109 569	6%
Divers Fonds commun pour la lutte contre le COVID-19		693 130			
Divers [recherche de contacts]		605 000			
Fonds de solidarité pour la riposte		681 212			
UNITAID		275 520			
Divers [société civile]		212 988			
		16 543 419			
Institutions multilatérales de financement du développement		Banque africaine de développement (BAD)	11 086 981	5%	
		Banque islamique de développement (BID)	1 344 633		
		Banque mondiale	1 106 717		
	Association internationale de développement (IDA)	400 000			
		13 938 351			
Acteurs non étatiques	Stratégies vitales	1 174 500	1%		
	Fondation Bill & Melinda Gates	746 252			
	Fondation pour des outils diagnostiques nouveaux et novateurs (FIND)	245 726			
	Groupes de travail sur la santé mondiale	219 000			
	Centre d'aide humanitaire et de secours du Roi Salman (KSRelief)	165 000			
	VEOLIA Fondation Rockefeller	112 591 8 000			
	2 671 069				
Total général		272 409 887	100%		

L'OMS/AFRO a organisé 16 consultations de partenaires pour présenter, coordonner et accroître l'engagement, entourant les efforts visant à atténuer les effets de la COVID-19 sur la santé publique et ses impacts socio-économiques aux niveaux national et infranational. Les ordres du jour des réunions comportaient un point d'information régulier sur le déploiement du vaccin dans la Région africaine, ainsi que de nouveaux projets axés sur la surveillance génomique, la participation communautaire et la coordination des partenaires. L'OMS s'engage à respecter les éléments essentiels d'un financement durable, prévisible et à long terme pour favoriser l'équité, dans lequel un financement souple contribue à renforcer la responsabilisation et la transparence.

L'OMS/AFRO a travaillé avec les pays pour faciliter les demandes à adresser à un portefeuille dédié à la COVID-19 d'un montant de 1,5 milliard de dollars créé par le Fonds mondial pour le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose. À cette fin, l'équipe de Brazzaville, avec ses collègues des 47 bureaux de pays et des centres sous-régionaux de Dakar, de Libreville, de Harare, de Nairobi et de Ouagadougou, a mené des interventions à grande échelle (formation, orientation) et sur mesure (sensibilisation individuelle, examen des demandes, financement) à l'intention des partenaires gouvernementaux. L'OMS a également travaillé avec le Fonds mondial à adapter les critères programmatiques et à élargir les guichets de soumission. La forte coordination entre l'OMS/AFRO et le Fonds mondial a permis d'avoir des soumissions plus solides concernant la surveillance, les stratégies nationales de dépistage, le système d'approvisionnement de bout en bout et le renforcement des systèmes de santé, dont certains éléments avaient été absents, sous-représentés ou non conformes aux lignes directrices de l'OMS.

Au cours de l'année, la capacité de riposte a été directement proportionnelle à la disponibilité des biens et services, c'est-à-dire à la difficulté d'accès à un approvisionnement fiable en oxygène ou à l'indisponibilité de personnel qualifié, à l'infrastructure de base limitée pour l'installation de centres de traitement de la COVID-19, parmi tant d'autres. L'OMS est reconnaissante à ses partenaires et contributeurs pour leur soutien continu. Nous sommes déterminés à faire en sorte que nos ressources financières soient utilisées de manière efficace, efficace et responsable, en faisant en sorte que chaque centime compte.

Partenaires bien informés



16

SÉANCES D'INFORMATION DES PARTENAIRES



Secteur privé



Fondations



ONG



Organisations multilatérales



Organisations bilatérales

Les séances d'information pour les partenaires ont contribué à :

- ✓ Engagements accrus et renforcés aux niveaux de la Région et des pays avec les partenaires, notamment les acteurs non étatiques
- ✓ Meilleure synchronisation des partenaires en réponse aux priorités des gouvernements
- ✓ Éviter la duplication des rôles et des efforts, en particulier chez les principaux partenaires régionaux
- ✓ Fournir aux partenaires des informations sanitaires essentielles et stratégiques pour guider les interventions aux niveaux de la Région régionale et des pays

Tableau 5 : Fonds mondial – 2021 Dispositif de riposte à la COVID-19 (MRC19) – progrès régionaux

Situation	#Pays	Pays
Approuvé	20	Bénin, Burundi, Tchad, République démocratique du Congo, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Mozambique, plusieurs pays - Afrique australe (MOSASWA), Nigeria, Rwanda, Sénégal, Togo, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.
Financement total	30	Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Lesotho, Malawi, Multi-pays Afrique de l'Est (ICAD), plusieurs pays - Afrique australe (Ebi, Afrique du Sud, Namibie, Niger, Nigeria, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Zambie)

Tableau 6 : Progression régionale du dispositif de riposte à la COVID-19 (CIRM) du Fonds mondial (CF)-2021, financement approuvé

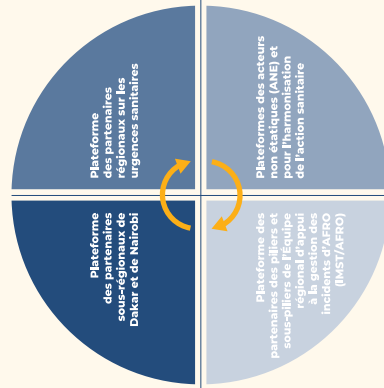
Projet couvrant un ou plusieurs pays	Financement total sollicité (US\$)	Financement total approuvé (US\$)
Algérie	-	-
Angola	21 770 443	20 650 086
Bénin	31 649 750	8 180 868
Bostwana	8 529 095	8 529 095
Burkina Faso*	66 671 556	53 355 922
Burundi	37 498 249	30 010 418
Cabo Verde	2 385 049	2 385 041
Cameroun	77 761 389	-
République centrafricaine	40 579 474	-
Tchad	39 449 556	5 053 986
Comores	2 370 973	-
République démocratique du Congo	216 495 468	23 217 173
République du Congo	18 038 474	-
Côte d'Ivoire	76 595 204	55 089 231
Érythrée	-	-
Eswatini	13 351 497	9 580 620
Éthiopie	206 756 967	111 137 969
Gabon	1 508 320	1 757 862
Gambie	14 264 520	10 810 517
Ghana	86 255 687	56 674 028
Guinée	40 867 230	-
Guinée-Bissau	10 528 492	14 057 307
Kenya	151 441 145	102 271 605
Lesotho	17 716 054	17 716 054
Libéria	23 313 524	15 542 349
Madagascar	22 231 746	6 806 346

*Sur la base des données les plus récentes, certains montants sont estimés

Projet couvrant un ou plusieurs pays	Financement total sollicité (US\$)	Financement total approuvé (US\$)
Malawi	154 353 979	102 555 604
Mali	53 511 905	5 021 028
Mauritanie	9 796 246	-
Maurice	-	-
Mozambique	230 223 946	7 832 808
Projet multipays - Communauté de santé de l'Afrique orientale, centrale et australe (ECSA-HC)	935 865	-
Projet multipays - ICAO, Afrique de l'Est	1 537 800	1 537 800
Projet multipays - Afrique australe	2 100 000	2 100 000
Projet multipays - Afrique australe MOSASWA	937 837	254 235
Projet multipays - tuberculose WC NTP/SRL Afrique	981 623	-
Namibie	11 417 844	11 417 844
Niger	26 782 881	26 782 881
Nigeria	286 465 240	222 649 418
Rwanda	57 048 406	47 540 338
Sao Tomé-et-Principe	-	-
Sénégal	22 139 666	19 197 432
Sierra Leone	37 795 162	31 351 255
Afrique du Sud	161 029 987	-
Soudan du Sud	36 584 302	25 219 418
Togo	35 290 282	27 258 633
Ouganda	464 784 007	126 862 493
République-Unie de Tanzanie	242 298 226	112 916 548
Zambie	131 776 665	77 750 701
Zimbabwe	158 379 346	37 126 648
Total	3 354 201 077	1 647 922 425

Contexte et résumé des partenaires engagés dans la riposte à la COVID-19

- Réunions mensuelles avec les partenaires techniques (troisième semaine du mois)
- Information et partage des connaissances
- Soutien direct aux pays



- Réunions mensuelles avec les partenaires techniques ayant une couverture régionale (première semaine de chaque mois), y compris les OSC partenaires.
- Echanges sur les problèmes programmatiques critiques posés par les urgences sanitaires, y compris la COVID-19.
- Réunions trimestrielles avec les acteurs non étatiques
- Réunions mensuelles et ad hoc avec les directeurs régionaux
- Partage d'informations sur les questions de santé publique pour la plateforme des ANE.
- Plateforme de prise de décision concernant l'harmonisation de l'action sanitaire

- Réunions hebdomadaires initiales avec certains partenaires spécifiques travaillant dans les piliers.
- Partage et échange d'informations sur la façon dont relever les défis techniques identifiés



Escritório Regional da OMS para a África
Formateurs du pilier « prise en charge des cas » avec le CDC-Atlanta et le Ministère de la santé et des services sociaux.

4. Suivi et évaluation

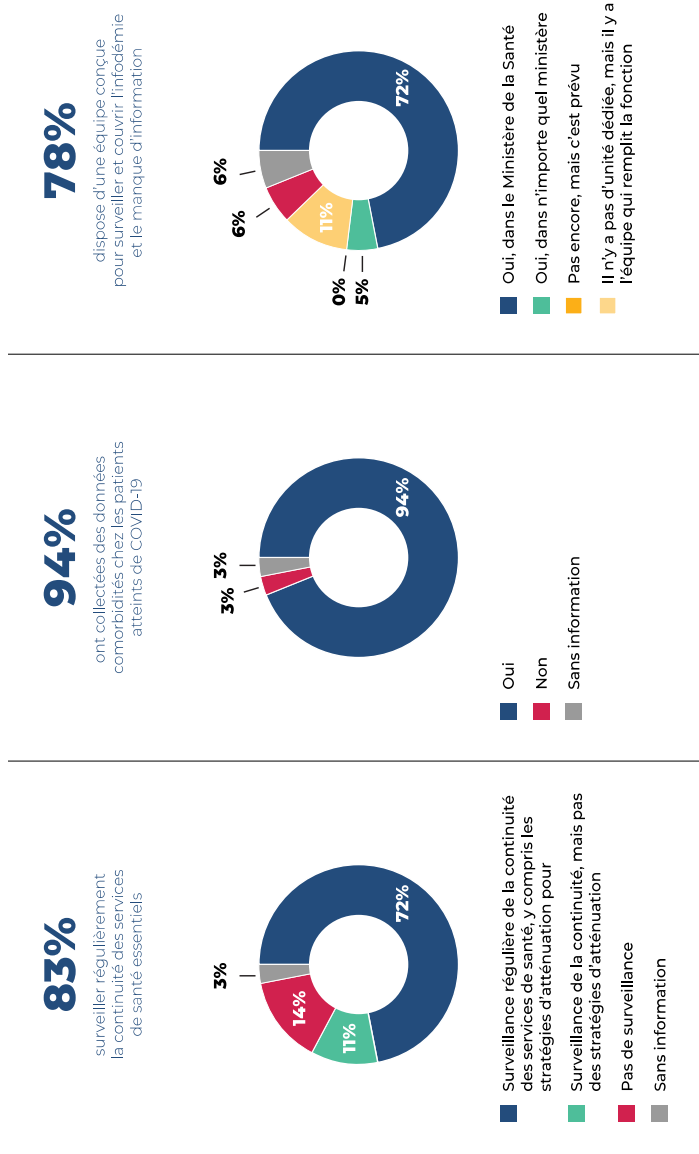


Pendant une pandémie, on utilise plusieurs méthodologies simultanément pour permettre aux décideurs de prendre des décisions visant à préserver le bien-être de la population et de suivre la trajectoire de l'épidémie. En tant que spécialiste mondiale de la gestion de la santé publique, l'équipe de l'OMS s'emploie à aider les pays à recueillir et à analyser les indicateurs de riposte à la pandémie au niveau mondial et national. Recueillis et examinés par rapport aux actions ou aux processus, ces indicateurs montrent les progrès accomplis et révèlent les lacunes, tout en améliorant la responsabilisation et la transparence.

Le suivi continu de la riposte à la COVID-19 en 2021 a été sous-tendu par 28 indicateurs clés de performance (ICP) révisés aux niveaux national et régional par semaine (sept ICP), par mois (13 ICP), trimestre (six ICP), par semestre (un ICP) et par année (un ICP). Trois indicateurs clés de performance supplémentaires liés à la gestion de l'infodémie ont été suivis au niveau régional. Alors que la communication régulière des indicateurs clés de performance continuait de poser problème, entre les mois de novembre 2021 et de janvier 2022, une équipe dédiée au suivi et à l'évaluation a pris contact avec tous les bureaux de pays et élaboré une stratégie pour recueillir les données générées par les partenaires. Pour améliorer le traitement et l'analyse des données, la plateforme de suivi et d'évaluation de l'OMS/AFRO a été migrée sur le logiciel d'information sanitaire de district 2 (DHIS2) – la plateforme de données du système d'information de gestion sanitaire à code source ouvert la plus utilisée par les pays de la Région. Ce changement a été effectué pour faciliter les interactions et l'interopérabilité avec les systèmes nationaux. La nouvelle plateforme de suivi et d'évaluation, dont le déploiement est prévu en 2022 dans les bureaux de pays de l'OMS, est conçue pour faciliter l'établissement de rapports sur la riposte et bien d'autres activités.

Le cadre de suivi et d'évaluation du Plan stratégique de préparation et de riposte à la COVID-19 a rendu compte de tous les piliers d'intervention en utilisant des indicateurs clés comme traceurs de la riposte. Les approches à « l'échelle de l'Organisation » et « tenant compte de toutes les dimensions de la riposte » ont gagné en importance étant donné le nombre de crises politiques, environnementales et socio-économiques rapportées, lesquelles crises ont eu une incidence sur les capacités de riposte des pays.

FIGURE 18 : Suivi des services de santé essentiels au niveau national



5. Se serrer les coudes pour mettre fin à la pandémie



Le soutien financier, matériel et technique inestimable apporté par les partenaires ces deux dernières années a permis à la Région africaine de mettre en place une riposte multidimensionnelle sans précédent à la pandémie. Cependant, en 2021, les dons de vaccins ont été faits surtout de façon ad hoc et à court terme, sans parler de la courte durée de conservation de ces vaccins. Il était donc difficile pour les pays de planifier des campagnes de vaccination et d'accroître leur capacité d'absorption.

Les actions menées en 2021 montrent toutefois que la pandémie pourrait bientôt prendre fin, à condition que les pays fassent front commun. Plusieurs défis restent cependant à relever. Au nombre de ceux-ci figurent la nécessité d'accroître la vaccination, la reprise de la dynamique économique face au quasi-effondrement des chaînes d'approvisionnement et de la production et, dans un scénario de crises multiples, l'adoption d'une approche globale pour renforcer la résilience et parvenir au développement durable – en renforçant les systèmes de santé, en responsabilisant les communautés et en les impliquant, ainsi qu'en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.

Difficiles dans le meilleur des cas, les problèmes de gestion et de qualité des données aux niveaux infranational et national ont entravé les évaluations rapides de l'évolution de la situation et les mesures à prendre en conséquence. En outre, un nombre inconnu d'agents de santé et de santé communautaire ont été infectés, ce qui a entravé la riposte.

Malgré l'accroissement des achats de bouteilles d'oxygène et de concentrateurs, la production d'oxygène à usage médical et la capacité en la matière n'ont pas, en 2021, totalement répondu à la demande induite par la pandémie. La livraison d'équipements et de fournitures s'est accélérée à la fin de l'année, laissant aux systèmes de santé le soin de résoudre les problèmes d'entreposage et autres problèmes logistiques. Ces problèmes ont été exacerbés par le nombre limité de personnel spécialisé dans les achats médicaux, nécessaire pour prévoir les besoins en fournitures afin d'éviter la surabondance ou les ruptures de stock. Pour combler cette lacune, les spécialistes des achats de la Région ont suivi une formation virtuelle sur l'achat de ventilateurs, la gestion des capacités en lits et la prise en charge des cas. Une formation a également été dispensée à un demi-million d'agents de santé sur les lignes directrices de la lutte anti-infectieuse axée sur les précautions standard et les précautions liées à la transmission, ainsi que sur le soutien aux points de soins.

La communication sur les risques et la participation communautaire ont joué un rôle clé dans la lutte contre la désinformation entourant la pandémie dans la plupart des États Membres. Une collaboration entre l'OMS et le CDC-Afrique a permis de combattre la désinformation autour de la COVID-19, touchant des millions de personnes à travers l'Afrique, et des rapports hebdomadaires sur les tendances infodémiques de la COVID-19 ont été partagés par les ministères de la santé. Ces ministères ont diffusé des rapports hebdomadaires sur les tendances de l'infodémie relative à la COVID-19. L'initiative a fait appel à des vérifications de faits sur la santé, à des explications, à la déconstruction de mythes et à des messages de sensibilisation à la désinformation, qui ont été partagés sur les plateformes de médias sociaux. Certaines initiatives ont attiré plus d'un demi-million d'abonnés, ce qui reflète la dynamique d'une approche à l'échelle de la Région de la riposte à une situation d'urgence sanitaire.

En 2021 également, avec l'apparition du variant Omicron, les épidémies africaines ont accusé un coup supplémentaire, lorsque d'importants partenaires commerciaux au sein de la Région et à l'extérieur de celle-ci ont imposé des restrictions aux voyages, fermant les frontières à des groupes spécifiques de voyageurs et suspendant les vols. La plupart des États Membres appliquaient déjà une approche axée sur les risques liés aux voyages, le dépistage aux points de franchissement des frontières terrestres, la communication des résultats des tests, la mise en quarantaine et l'auto-mise en quarantaine des voyageurs. Mais, la flambée d'Omicron, combinée au variant Delta, a contraint les pays à renforcer le dépistage systématique aux points d'entrée. Avec ces mesures en place, en janvier 2022, 40 des 47 pays ont ouvert sans difficulté leurs frontières internationales à toutes les catégories de voyageurs, à condition qu'ils présentent un test PCR et un TDR négatifs à l'arrivée et qu'ils soient ensuite obligatoirement placés en autoquarantaine ou en quarantaine. Sept États Membres ont également exigé la vaccination pour les voyages intérieurs.

En 2021, les efforts déployés par l'OMS/AFRO dans le cadre de la COVID-19 ont reposé sur une approche à l'échelle de l'Organisation. En d'autres termes, notre équipe sur le terrain a travaillé avec les pays pour identifier les possibilités qu'offre la crise de COVID-19 de renforcer les systèmes de santé dans le cadre de stratégies nationales transversales de la santé, reflétant également les besoins régionaux.

- Progress Report on the Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP) for COVID-19 in the WHO African Region – 1 February to 31 July 2021**
<https://www.afro.who.int/COVID-19-SPRP-2021-Progress-Report>
- Progress Report on the Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP) for COVID-19 in the WHO African Region – 1 February 2021 – 31 January 2022 (Update of 16 April 2021)**
https://www.afro.who.int/sites/default/files/2021-04/WHO%20AFR%20Covid-19%202021%20SRP_Final_16042021.pdf
- Monitoring and Evaluation Framework for the Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP) for COVID-19 in the WHO African Region – Draft updated on 5 June 2020**
<https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/who-ncov-me-framework-web.pdf>
- Africa's Unequal Pandemic – Aoyagi, Chiye. International Monetary Fund. July 2021.**
<https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2021/07/african-unequal-pandemic-chiye-aoyagi.htm>
- Putting gender equality at the centre of social protection strategies in sub-Saharan Africa : How far have we come? – Cookson, Tara, Sandoval, Rita, Staab, Silke, and Tabbush, Constanza. Policy Paper. 2021.**
<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2021/12/policy-brief-putting-gender-equality-at-the-centre-of-social-protection-strategies-in-sub-saharan-africa>
- Critical role of community health workers in COVID-19 Vaccine rollout – Position paper. Africa CDC. 26 July 2021.**
<https://africacdc.org/download/the-critical-role-of-community-health-workers-in-covid-19-vaccine-roll-out/>
- Two years of COVID-19 in Africa : lessons for the world. Africa urgently needs to guarantee its own health security – Happi, Christian and Nkengasong, John. Comment. Nature. Vol 601. 6 January 2022. Pp 22-24**
<https://www.nature.com/articles/d41586-021-03821-8>
- COVID-19 : Endemic doesn't mean harmless. – Katzourakis, Aris. A personal take on science and society, Worldview. Nature. Vol. 601. 27 January 2022. Pp. 485**
<https://www.nature.com/articles/d41586-022-00155-x>
- The Underestimated Toll of the COVID-19 Pandemic on the African Continent. – Moeti, Matshidiso, Dr. Regional Director, WHO Regional Office for Africa – Regional Expert. Mo Ibrahim Foundation. Analysis. Insights from the IIAG – COVID-19 in Africa : A challenging road to recovery. December 2021.**
<https://reliefweb.int/report/world/insights-iiag-covid-19-africa-challenging-road-recovery>
- Higher SARS-CoV-2 seroprevalence in workers with lower socioeconomic status in Cape Town, South Africa. – Shaw JA, Meiring M, Cummins T, Chegou NN, Claassen C, Du Plessis N, et al. (2021) PLoS ONE 16(2) : e0247852.**
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247852>
- COVID-19 : Why Africa's pandemic is different. – Senthilingam M. bmj 2021;375 :m2512.**
<https://www.bmj.com/content/375/bmj.m2512>
- UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. OCHA. COVID-19 : Interactive map.**
https://data.humdata.org/visualization/covid19-humanitarian-operations/?gal&gclid=CjwKCAjpeRBhAJEiwaY3nDlCOLW8b8qzIMhZZYOJm9WlIhtret0twGA7RH1rWZv30-3FmAY76xoCFPEQAVD_BwE
- Six in seven COVID-19 infections go undetected in Africa – WHO | Regional Office for Africa. 2021.**
<https://www.afro.who.int/news/six-seven-covid-19-infections-go-undetected-africa>
- Social and behavioural insights COVID-19 data collection tool for Africa – WHO | Regional Office for Africa. 2021.**
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343557/9789290234524-eng.pdf>

