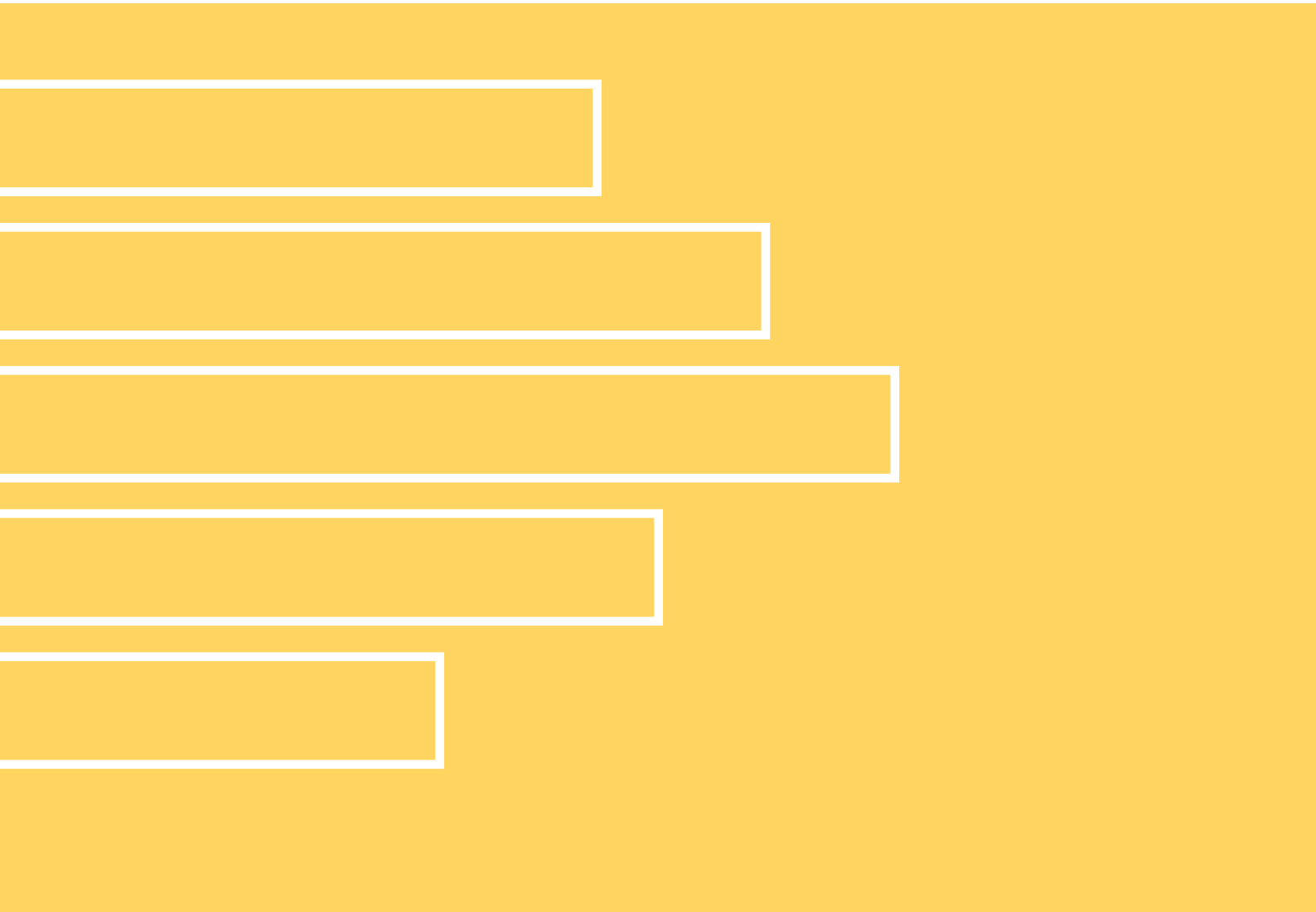


AHOP INSIGHTS

Coordonner l'action : enseignements tirés de la première riposte à la COVID-19 dans cinq pays africains

Décembre 2021



Coordonner l'action : enseignements tirés de la première riposte à la COVID-19 dans cinq pays africains.

ISBN : 978-929031341-0

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

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

Citation suggérée

Coordonner l'action : enseignements tirés de la première riposte à la COVID-19 dans cinq pays africains. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2021. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Catalogage à la source

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

Ventes, droits et licences

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

Matériel attribué à des tiers

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

Clause générale de non responsabilité

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

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

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

Conception et impression : Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, République du Congo

About AHOP

La plateforme de l'Observatoire africain de la santé sur les systèmes et politiques de santé (AHOP) est un partenariat régional qui promeut l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles. L'AHOP est hébergée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique par l'intermédiaire de [l'Observatoire africain de la santé intégré](#). Il s'agit d'un réseau de centres d'excellence issus de tout le continent, qui tire parti des collaborations nationales et régionales existantes. Les centres nationaux partenaires actuels sont le College of Health Sciences, l'Université d'Addis Abeba (Éthiopie), le KEMRI Wellcome Trust (Kenya), le Health Policy Research Group, l'Université du Nigéria, la School of Public Health, l'Université du Rwanda, et l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal). Par ailleurs, un consortium de partenaires techniques comprenant l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, la London School of Economics and Political Science et la Fondation Bill & Melinda Gates apporte un soutien à l'AHOP.

Visitez le site web de l'AHOP à l'adresse <https://ahop.aho.afro.who.int>

AHOP Insights:

La série AHOP Insights s'appuie sur les réflexions des partenaires de l'AHOP et sur le corpus plus large de données factuelles. Nous explorons les thèmes importants pour la région africaine, en procédant souvent à des comparaisons pour approfondir les questions et apprendre d'approches diverses. La série vise à capturer les expériences, les solutions et les concepts actuels relatifs aux systèmes de santé et à l'environnement politique en constante évolution.

Contributors:

Assefa Abegaz, Prince Agwu, Tesfamariam Aklilu, Atalay Alem, Getnet Alemu, Serge Bataliack, Dorothy Chisare, Lesong Conteh, Rokhaya Diop, Mam Coumda Diouf, Charles Ebikeme, Fadil Elobeid, Enyi Etiaba, Abebaw Fekadu, Naod Firdu, Fatuma Guleid, Collins Kamanzi, Lucy Kenya, Humphrey Karamagi, Beth Kreling, Cheikh Loucoubar, Damen Hailemariam, Rose Nadege Mbaye, Alex Njeru, Jacinta Nzinga, Obinna Onwujekwe, Adane Petros, Amadou Sall, Abiy Seifu, Aminata Seydi, Katie Shuford, Hamidou Thiam, Benjamin Tsofa, Aline Umubyeyi, Benjamin Uzochukwu, Dawit Wondimagegn, Helen Yifter et Mohamed Abass Yugo.

Des collègues de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et de la Fondation Bill & Melinda Gates ont effectué un premier examen du présent document.

Acronymes et sigles

AFTCOR	Groupe de travail africain sur la COVID-19
AHOP	Plateforme de l'Observatoire africain de la santé sur les systèmes et politiques de santé
CAE	Communauté d'Afrique de l'Est
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> des États-Unis d'Amérique
CDC-Afrique	Centre africain de contrôle et de prévention des maladies
CEA	Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique
CER	Communauté économique régionale
CNGE	Comité national de gestion des épidémies (Sénégal)
COUSP	Centre d'opérations d'urgence de santé publique (Sénégal, Éthiopie)
DFID	Département du Royaume-Uni pour le développement international
EPHI	Institut éthiopien de santé publique
IPD	Institut Pasteur de Dakar (Sénégal)
MINSAS	Ministère de la santé et de l'action sociale (Sénégal)
MoH	Ministère de la santé
NCDC	<i>Nigeria Centre for Disease Control</i>
NDRMC	Commission nationale de gestion des risques de catastrophe (Éthiopie)
NEPRCC	Comité national de coordination de la préparation et de la riposte aux épidémies (Rwanda)
NERC	Commission nationale de riposte d'urgence au coronavirus (Kenya)
NPHCDA	Agence nationale de développement des soins de santé primaires (Nigéria)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PTF COVID-19	Groupe de travail présidentiel pour la lutte contre la COVID-19 (Nigeria)
RBC	Centre biomédical du Rwanda
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

Contents

- 6** Introduction
- 7** Comment la riposte à la COVID-19 a-t-elle été coordonnée ?
- 20** Coordination régionale : passé et présent
- 22** Thèmes transversaux : que pouvons-nous apprendre des expériences de l'AHOP ?
- 24** Et maintenant ?

Messages clés

Dès le tout début de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), les cinq pays de l'AHOP, à savoir l'Éthiopie, le Kenya, le Nigéria, le Rwanda et le Sénégal, ont reconnu que la riposte à la pandémie devait aller au-delà du secteur de la santé. À ce titre, des efforts ont été faits pour intégrer l'action sanitaire aux interventions menées dans des secteurs tels que l'éducation, l'économie, le commerce et la culture.

Les gouvernements des pays de l'AHOP ont réagi vigoureusement à la pandémie de COVID-19, en mettant en place des groupes de travail, des postes de commandement et des comités de coordination assumant des rôles et des responsabilités spécifiques. Cela signifie que les ministères de la santé n'ont pas cherché à assumer unilatéralement la charge ou la responsabilité des résultats sanitaires de la pandémie, et qu'ils ont pu s'appuyer sur une expertise, des ressources et des capacités issues de divers horizons.

De nouvelles structures ont rassemblé des parties prenantes issues des pouvoirs publics et au-delà. Ces actions multisectorielles et multipartites de riposte ont accru la flexibilité, l'inclusivité et la portée des interventions, mais elles se sont aussi heurtées à des difficultés telles que le double emploi et le manque d'interactivité entre les parties prenantes – du niveau national au niveau infranational, ou entre les activités du secteur public et celles du secteur privé.

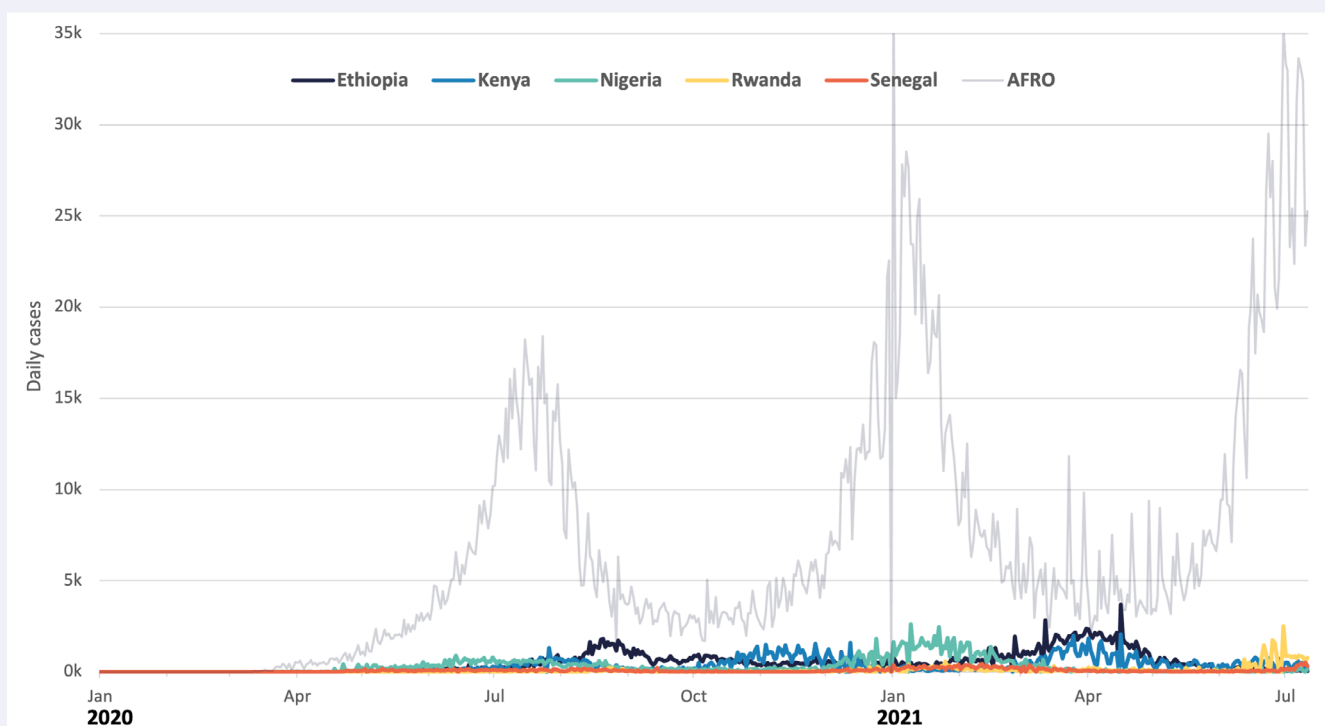
Les structures spécialisées et les ripostes multisectorielles ont souvent été impulsées par les plus hautes autorités. Reste à savoir si ces structures resteront efficaces à moyen et long termes, dans un contexte marqué par la promotion des stratégies de vaccination.

Il est possible d'institutionnaliser une approche multisectorielle et multipartite pour l'avenir des systèmes de santé.

Début 2020, les pays du monde entier ont été contraints d'agir rapidement et de s'organiser en réponse au virus du SARS-CoV-2 nouvellement identifié, qui se trouve être le virus vecteur de la COVID-19.

Plus d'un an et demi après, cinq centres nationaux de la Plateforme de l'Observatoire africain de la santé sur les systèmes et les politiques de santé (AHOP), basés en **Éthiopie**, au **Kenya**, au **Nigéria**, au **Rwanda** et au **Sénégal**, se penchent sur la façon dont leurs interventions nationales ont été coordonnées et dans quelle mesure ces actions de riposte ont évolué alors que la COVID-19 continue de représenter une grave menace pour la santé (Figure 1). Des réflexions menées au niveau régional et des idées transversales sont partagées.

Fig. 1. Cas confirmés quotidiens de COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS (de janvier 2020 à juillet 2021)



Source : Tableau de bord du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Disponible à l'adresse (<https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/0c9b3a8b68d0437a8cf28581e9c063a9>, consulté le 2 août 2021)

Éthiopie

Dès l'apparition de la pandémie de COVID-19, le gouvernement éthiopien a pris la tête de la coordination des activités de riposte aux niveaux national et local.

Au niveau national, la riposte a été coordonnée par la Commission nationale de gestion des risques de catastrophe (NDRMC), qui se trouve être un comité interministériel qui a tenu sa première session en mars 2020. Une supervision et un suivi supplémentaires ont été assurés par le Premier Ministre.

La commission a été mise en place spécifiquement pour coordonner la lutte contre la pandémie et formuler des mesures législatives d'urgence. Elle n'avait pas aucun lien direct avec les établissements de soins de santé primaires.

En sa qualité de membre de la NDRMC, le Ministère de la santé a proposé des orientations techniques devant régir les activités intersectorielles de riposte à l'échelle nationale. Tout comme le Ministère de la santé, le Ministère de la paix a été chargé de gérer et de faire fonctionner les centres de quarantaine. Plusieurs équipes dépendaient du Ministre de la santé, notamment un groupe de travail spécial, un directeur de la riposte, un groupe de réflexion scientifique, l'Institut éthiopien de santé publique (EPI) et

“

La riposte éthiopienne à la COVID-19 est un exemple d'élaboration de politiques consultatives dans un pays où la culture d'élaboration des politiques reste essentiellement verticale.

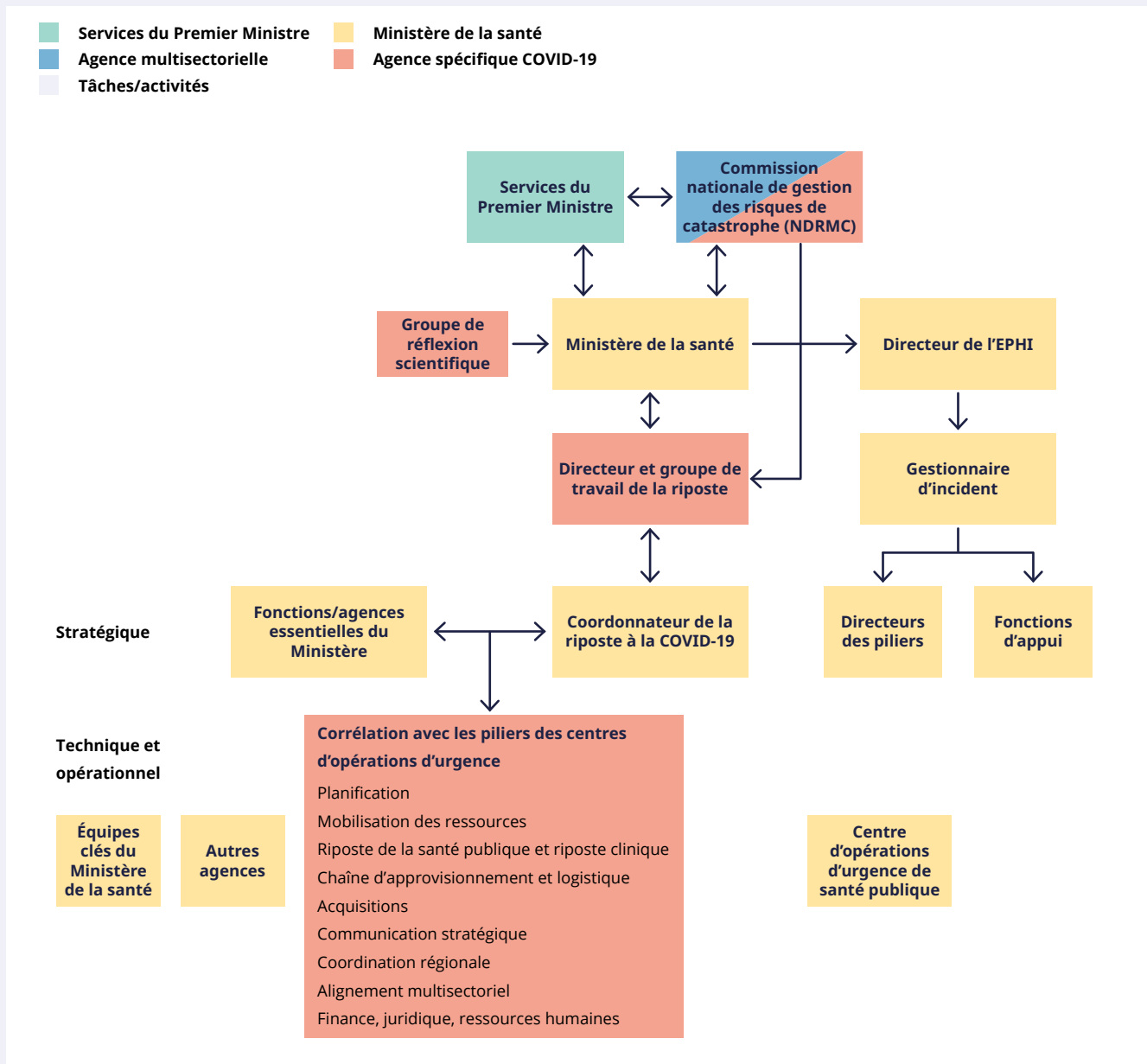
le centre d'opérations d'urgence de santé publique (COUSP). Toutes ces parties prenantes ont participé à l'action de riposte, avec des responsabilités spécifiques mais des rôles et fonctions qui se chevauchent.

Certaines des structures et équipes venaient d'être créées avec pour mission de soutenir les activités de lutte contre la COVID-19, tandis que d'autres existaient avant la pandémie. Les mécanismes permettant de coordonner et de rationaliser leur travail ou de distinguer les fonctions nouvelles des fonctions qui existaient déjà restent mal définis. De même, les rôles et les modalités de partenariat ne sont pas clairement définies pour les autres acteurs clés de la santé que sont notamment les institutions du système des Nations Unies, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Département du Royaume-Uni pour le développement international (DFID), l'Union européenne et d'autres donateurs, ainsi que les partenaires de mise en œuvre, les universités et le secteur privé, et aucun d'entre eux n'est visible dans les cadres de mise en œuvre de la riposte à la COVID-19 (Figure 2).

Dans les premiers jours, la mise en œuvre de la riposte à la pandémie en Éthiopie semblait verticale et faisait fi de certaines parties prenantes importantes au-delà des pouvoirs publics. Comme dans de nombreux pays de la région, l'approche adoptée a drainé vers les activités de riposte à la pandémie des ressources consacrées au fonctionnement du système de santé et aux services essentiels, compromettant ainsi la continuité des soins de santé courants. Après la phase initiale de l'épidémie, des efforts ont été

déployés pour tirer des enseignements des activités de mise en œuvre entreprises jusqu'à présent, en vue d'améliorer les interventions futures. Des membres de la NDRMC a amorcé une série de visites et de consultations avec les acteurs de terrain pour comprendre les difficultés rencontrées et réviser les approches en connaissance de cause. Ce processus de consultation, couplé au plaidoyer informel mené via les médias, a donné lieu à de nouvelles dispositions pour l'ouverture de centres privés de traitement de la COVID-19 et l'expansion des centres de dépistage. Il s'agit d'un exemple rare d'élaboration concertée de politiques dans un pays où la culture d'élaboration des politiques reste fondamentalement verticale.

Fig. 2. Vue d'ensemble de la riposte éthiopienne à la COVID-19

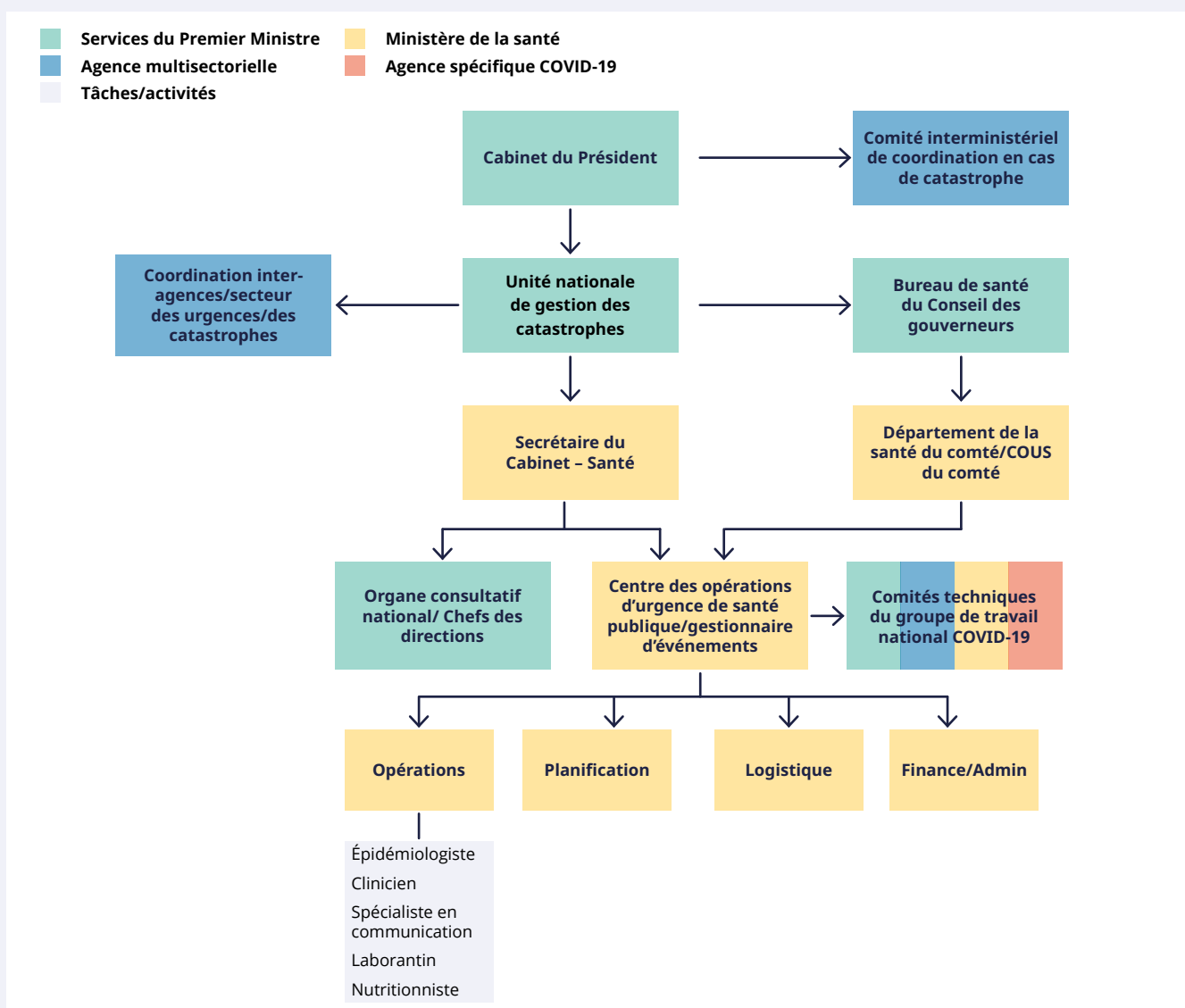


Source : Exposé présenté par la Dre Lia Tadesse, Ministre éthiopienne de la santé

Le Kenya a adopté une approche « pangouvernementale » de coordination des activités de riposte à la COVID-19 (Figure 3).

En janvier 2020, afin de faciliter la prise de décision, le gouvernement a publié son plan d'urgence national 2019 contre le nouveau coronavirus,¹ lequel plan fournissait des orientations sur la capacité opérationnelle et la riposte et présentait dans le détail les rôles et responsabilités des organismes publics. Le 28 février 2020, le Président de la République a pris un décret portant institution de la Commission nationale de riposte d'urgence au coronavirus (NERC). La NERC a été créée après la dissolution du Comité interministériel de coordination des catastrophes. Elle est composée de fonctionnaires issus de plusieurs ministères et est présidée par le Ministre de la santé. La NERC reste responsable de la coordination de la préparation et de la riposte à la COVID-19 au Kenya.

Fig. 3. Vue d'ensemble de la riposte à la COVID-19 au Kenya



Sources : Décret N°2 de 2020 portant création du Comité national d'intervention d'urgence sur le coronavirus; émis par la Présidence de la République, le 28 février 2020. Disponible à l'adresse (https://www.health.go.ke/wp-content/uploads/2020/06/Executive-Order-No-2-of-2020_National-Emergency-Response-Committee-on-Coronavirus-28.2.20.pdf, consulté le 2 août 2021)

Banque mondiale. Kenya COVID-19 Emergency Response Project (P173820) Disponible à l'adresse (<http://documents.worldbank.org/curated/en/146211585062143296/pdf/Project-Information-Documents-KENYA-COVID-19-EMERGENCY-RESPONSE-PROJECT-P173820.pdf>, consulté le 2 août 2021)

ThinkWell Strategic Purchasing for Primary Health Care. 2020. "COVID 19 Summary Update for Kenya." Washington, DC: ThinkWell.

Alors que la NERC assure la supervision générale du plan d'urgence, le Comité technique du groupe de travail spécial national COVID-19 dirige la mise en œuvre. Le groupe de travail spécial est dirigé conjointement par la Présidence et le Ministère de la santé et comprend des membres du Ministère de la santé, d'autres agences gouvernementales, des Nations Unies, d'autres partenaires de développement, des ONG et des organisations de la société civile, ainsi que du secteur privé qui est représenté par la Kenya Private Sector Health Association et par la Kenya Healthcare Federation.



Le Kenya a rapidement reconnu la nécessité d'utiliser les données de routine à la fois pour répondre à la pandémie et pour éclairer la prise de décision

Le groupe de travail spécial avait pour mission d'examiner l'évolution de la menace liée à l'épidémie de COVID-19, [et] de coordonner et de mobiliser des conseils techniques et des ressources financières pour le Ministère de la santé et d'autres ministères sur les mesures appropriées à prendre. Le groupe de travail a été subdivisé en différents sous-comités, notamment la mobilisation des ressources, les opérations d'urgence en matière de santé publique, les médias, les communications et les centres d'appels, la prise en charge des cas et le renforcement des capacités des agents de santé, les laboratoires pour la manipulation et l'analyse des échantillons,

la capacité opérationnelle des établissements de santé, les ressources humaines pour la santé, la santé mentale et le soutien psychologique. Inévitablement, au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie, l'essentiel de la planification d'urgence, de la coordination et de la riposte a été confié au groupe de travail spécial, tandis que la NERC a conservé le mandat d'élaboration des politiques de haut niveau.² Au niveau régional, la Communauté d'Afrique de l'Est (CAE) a lancé un plan d'intervention COVID-19 axé sur le renforcement de la capacité régionale à soutenir les États partenaires en matière de surveillance, de suivi et de coordination de la préparation et de la riposte à la pandémie, de recherche et développement et de mobilisation des ressources.³ Cependant, les efforts de coordination dans la sous-région ont été entravés par les différentes approches adoptées par les pays de la CAE.

La mise en œuvre et la coordination des points d'action du groupe de travail spécial ont été réalisées au sein de la structure départementale du Ministère de la santé, qui comprenait le bureau du directeur général et le centre des opérations d'urgence de santé publique. En raison de la structure de gouvernance décentralisée du Kenya, la coordination avec les gouvernements des comtés était essentielle à la riposte à la pandémie. Sur le plan opérationnel, le Ministère de la santé a fourni des rapports quotidiens de situation par l'intermédiaire du ministre, des secrétaires généraux et du directeur général. Ces efforts ont évolué pour atteindre deux objectifs principaux, à savoir : la cohérence des messages et de la communication avec le grand public et les partenaires ; et la mise en place d'un mécanisme permettant d'intégrer des données probantes dans le processus de prise de décisions concernant la riposte. Grâce à cette démarche, les décideurs techniques ont été protégés contre les pressions politiques associées à la riposte à la COVID-19.

La Présidence a également créé un groupe de travail spécial chargée de mobiliser des fonds en faveur de la riposte au coronavirus. Ce groupe de travail est constitué de membres issus du secteur privé, du secteur du développement et du secteur public. Le gouvernement central et les gouvernements

des comtés par l'intermédiaire du Conseil des gouverneurs a organisé le Sommet virtuel de riposte à la pandémie qui a lancé le groupe de travail spécial chargé de mobiliser des fonds. Cette stratégie reposait sur cinq piliers : la stimulation de l'activité du secteur privé, les réformes politiques, législatives et institutionnelles, le renforcement de la préparation et de la riposte des gouvernements de comté aux pandémies et aux catastrophes, l'amélioration de la capacité des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour la continuité des activités et l'investissement dans le développement des ressources humaines. La stratégie COVID-19 de réingénierie et de relance socioéconomique des comtés s'est aussi appuyée sur les thèmes communs du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Ces thèmes mettent l'accent sur la protection des services et des systèmes de santé, le renforcement de la protection sociale, la protection de l'emploi et l'appui aux secteurs productifs les plus vulnérables, la cohésion et la résilience des communautés, ainsi que des stratégies plus « vertes » et plus « bleues », tout en tirant parti des innovations et de la technologie.

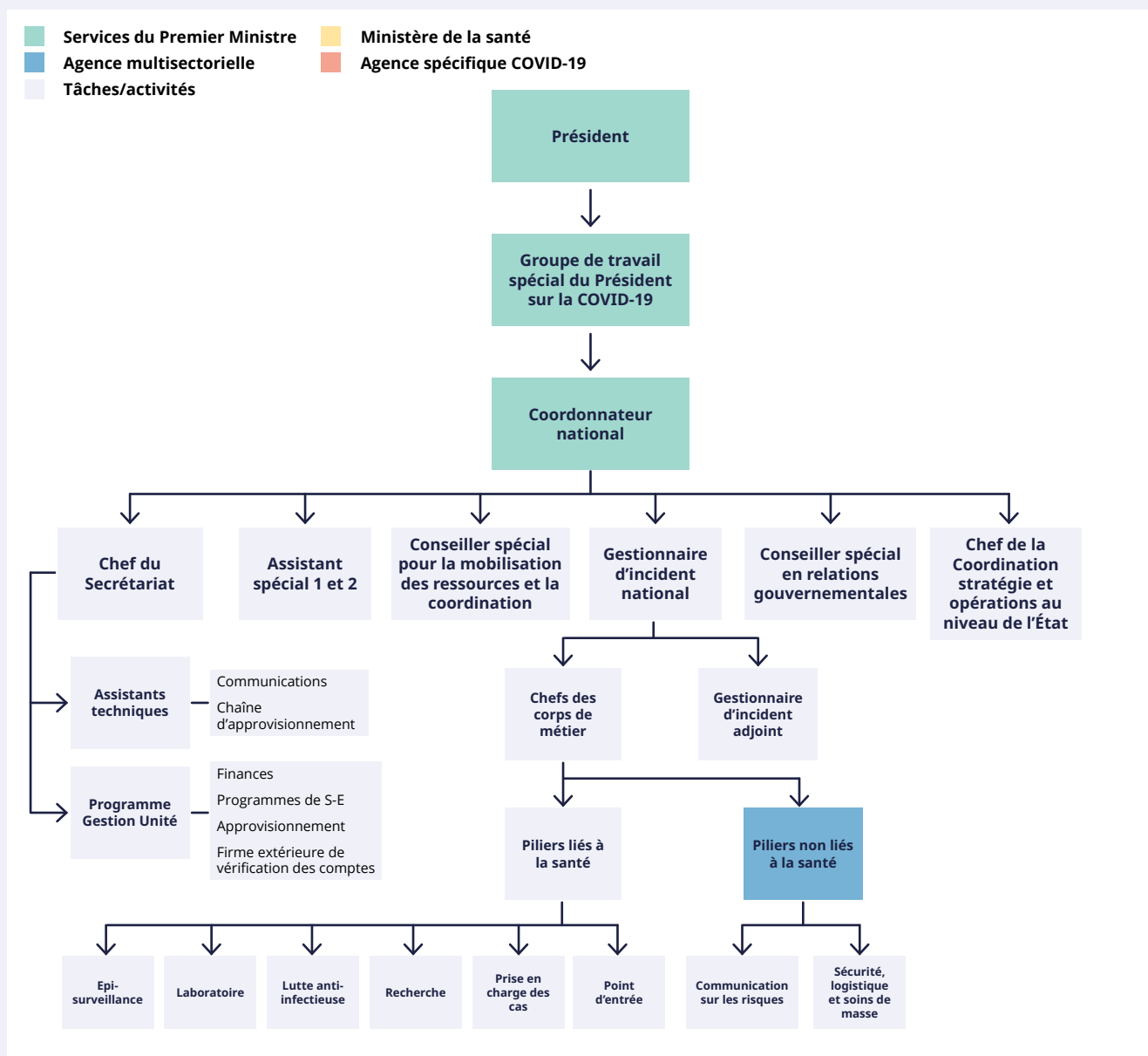
Les activités de coordination nationale semblent avoir fonctionné comme prévu, jusqu'à un certain point. La clarté autour des rôles et responsabilités des différentes parties prenantes a parfois fait défaut (par exemple les rôles des partenaires techniques et de développement, des donateurs ou encore des entreprises). Les rôles et responsabilités des acteurs au niveau infranational ont varié pour ce qui est de la riposte à la crise et de la prise de directives à partir du niveau national. Le gouvernement central n'a pas de contrôle direct sur ce que les comtés cherchent à entreprendre, ni sur les mécanismes de coordination des partenariats entre comtés. Certains comtés réussissent mieux que d'autres à innover et à réagir à la crise, d'où les appels à renforcer la coordination intergouvernementale dans tous les comtés. La mise en synergie des activités du secteur privé et du secteur public et le partage des informations ont également été un défi, malgré la participation du secteur privé à la NERC.⁴

L'expérience acquise à ce jour au Kenya indique la nécessité d'une communication plus efficace et plus transparente, couplée à une meilleure collaboration des entités publiques (les modes de fonctionnement actuels étant souvent contingents, fragmentés et sélectifs) et à une meilleure coordination entre les structures de gouvernance aux niveaux infranational et national. Il est nécessaire par ailleurs de continuer à mettre l'accent sur les données courantes et à les utiliser à la fois aux fins de riposte à la pandémie et comme levier pour éclairer la prise de décision et mettre en évidence les lacunes du système de santé. L'utilité des plateformes numériques et des autres plateformes virtuelles pour la collecte, la participation et la diffusion des données a également été mise en évidence par l'expérience récente, ce qui souligne l'intérêt de renforcer et de soutenir les activités au-delà de la pandémie. Enfin, selon toute vraisemblance, l'approche pangouvernementale ne devrait pas s'arrêter à la pandémie, elle continuera à orienter utilement les collaborations multisectorielles.

La pandémie de COVID-19 a nécessité une riposte multisectorielle, au-delà du Ministère de la santé qui est traditionnellement chargé de combler les besoins sanitaires au Nigéria.

Le Groupe de travail présidentiel pour la lutte contre la COVID-19 (PTF COVID-19) a été créée le 9 mars 2020 par le Président Muhammadu Buhari. Ensemble, le groupe de travail sur la COVID-19 et le Ministère de la santé ont dirigé la coordination des activités de lutte contre la COVID-19 dans tout le pays (Figure 4). Les membres du groupe de travail sur la COVID-19 sont le Secrétaire du gouvernement fédéral, un directeur national nommé du Comité, le directeur général du Nigeria Centre for Disease Control (NCDC), les Ministres de la santé, de l'intérieur, des affaires humanitaires et de la gestion des catastrophes/ services sociaux, de l'information, de l'éducation et de l'environnement, le directeur général des Services des États et le Représentant par intérim de l'OMS.⁵

Fig. 4. Équipe nationale de riposte multisectorielle COVID-19 au Nigéria



Remarque : Le 31 mars 2021, le groupe de travail sur la COVID-19 établi par le Président a été dissoute et transformé en Comité de pilotage présidentiel (PSC) sur la COVID-19.

Source : Plan national de riposte multisectorielle à la pandémie de COVID-19 Version # : 1 Date de publication : 18 mai 2020.

Le mandat du groupe de travail était le suivant : soutenir le Centre national des opérations d'urgence du NCDC et d'autres ministères et organismes publics concernés ; coordonner les réponses politiques et programmatiques efficaces ainsi que la capacité opérationnelle au niveau fédéral et des états fédérés ; établir des partenariats et guider les projets conçus par les états fédérés pour les actions visant à enrayer la progression du virus ; encourager la participation du public ; engager et maintenir des relations bilatérales et multilatérales avec les organisations et organismes internationaux ; et donner des conseils sur le financement et l'utilisation des autres ressources nécessaires.

Le groupe de travail sur la COVID-19 a informé quotidiennement les représentants des médias et les citoyens nigériens des efforts déployés pour contenir le virus, et a tenté de répondre à leurs préoccupations et à leurs questions. Le NCDC a fait un point quotidien sur les progrès réalisés dans la mise en place de laboratoires de dépistage et de centres de traitement dans tout le pays. Les rapports du NCDC et des groupes de travail au niveau des états fédérés ont aidé le groupe de travail sur la

COVID-19 à informer régulièrement les Nigériens sur l'évolution de la maladie. Les fausses informations et la désinformation ont rendu essentielle la coordination d'une communication claire. Les activités de communication ont été menées par le NCDC, le Ministère de l'information, l'Agence nationale d'orientation et les médias grand public.

Les ripostes étaient variées dans les 36 états fédérés du Nigeria et sur le territoire de la capitale. Les actions des états fédérés n'étaient pas toutes alignées sur celles du gouvernement fédéral. Certains ont minimisé la gravité de la menace et, dans certains cas, ont délibérément fait de fausses déclarations sur les cas de COVID-19.⁶

La nature autonome du système des états fédérés au Nigeria fait que la coordination a toujours posé

problème au niveau du gouvernement fédéral. En mai 2020, le gouvernement fédéral a commencé à enquêter sur les dépenses des états fédérés concernant l'épidémie de coronavirus.⁷ Le gouvernement fédéral lui-même a été accusé de corruption et de ne pas suffisamment rendre compte de ses activités, ce qui a amené les organisations de la société civile (OSC) à remettre en question sa volonté de demander des comptes aux états fédérés.

La méfiance du public à l'égard du gouvernement n'a pas diminué au cours de la pandémie, car beaucoup voient dans la COVID-19 une occasion pour le gouvernement et les hauts fonctionnaires de détourner des fonds publics. L'accumulation présumée de palliatifs donnés par le secteur privé a donné lieu à des pillages frénétiques de biens lors des manifestations END-SARS. Cette méfiance est largement ancrée dans le scepticisme généralisé à l'égard de la COVID-19 dans tout le pays.⁸

Même à mesure que la pandémie progressait, il n'y a pas eu de tentatives coordonnées pour réorganiser les soins de santé primaires. Au lieu de cela, le gouvernement fédéral a réduit de près de 50 % le Basic Healthcare Provision Fund (celui-ci étant le fonds de soins de santé primaires du pays) tout en révisant les allocations budgétaires pour les adapter aux réalités économiques posées par la COVID-19 et la chute des prix du pétrole.⁹ Les agents de santé se sont mis en grève à cause du manque d'équipements de protection individuelle, des mauvaises conditions de travail, de l'insuffisance des prestations sociales et de l'absence de compensation pour les risques encourus. Des centaines d'agents de santé ont été infectés

“

Les réponses des états fédérés à travers le Nigeria ont été variées et ne sont pas toujours alignées sur celles du gouvernement fédéral.

et ont perdu la vie en travaillant sur la ligne de front. De nombreux membres de la profession ont choisi d'émigrer.

L'impact de la COVID-19 et des ripostes ciblées a été variable selon les secteurs du système de santé. Les services psychosociaux (psychologues, conseillers, travailleurs sociaux) ont été oubliés dans les interventions coordonnées face à la pandémie. Des organisations non gouvernementales, des organismes internationaux (UNICEF, Programme alimentaire mondial) et des associations professionnelles comme l'Association nigériane de psychologie et l'Association des travailleurs sociaux médicaux du Nigéria ont été impliqués dans les efforts visant à combler le fossé et à atténuer les incidences psychosociales de la pandémie.¹⁰

Bien que le groupe de travail sur la COVID-19 établi par le Président Buhari regroupe toujours les informations provenant du NCDC et des différents groupes spéciaux créés pour lutter contre la COVID-19 dans les états fédérés, des études récentes indiquent que les interventions et la communication sur les risques ont été largement verticales et non inclusives, avec une participation limitée du public.¹¹ Le 17 janvier 2021, le directeur général du NCDC a reconnu sur Twitter qu'il y a encore beaucoup à faire pour mettre en place une sécurité sanitaire infranationale résiliente et durable.¹²

Pour améliorer le respect des règles de sécurité, le président a promulgué en janvier 2021 le Règlement 2021 sur la protection de la santé contre la maladie à coronavirus (COVID-19),¹³ mais son impact est pour l'instant limité. Les protocoles de sécurité sont bafoués de manière flagrante dans les espaces publics. Des rapports indiquent que des dispositifs de lavage de main ont été abandonnés et ne sont pas fonctionnels, le non-respect des mesures de distanciation sociale et l'usage des masques juste pour traverser des postes de contrôle.¹⁴ Le nombre des centres de dépistage a été porté à environ 144 dans tout le pays, mais l'équité en matière de dépistage n'a pas été respectée. Un manque de responsabilité similaire a caractérisé l'affectation des ressources, le système de suivi des ressources du groupe de travail sur la COVID-19 n'étant plus fonctionnel.

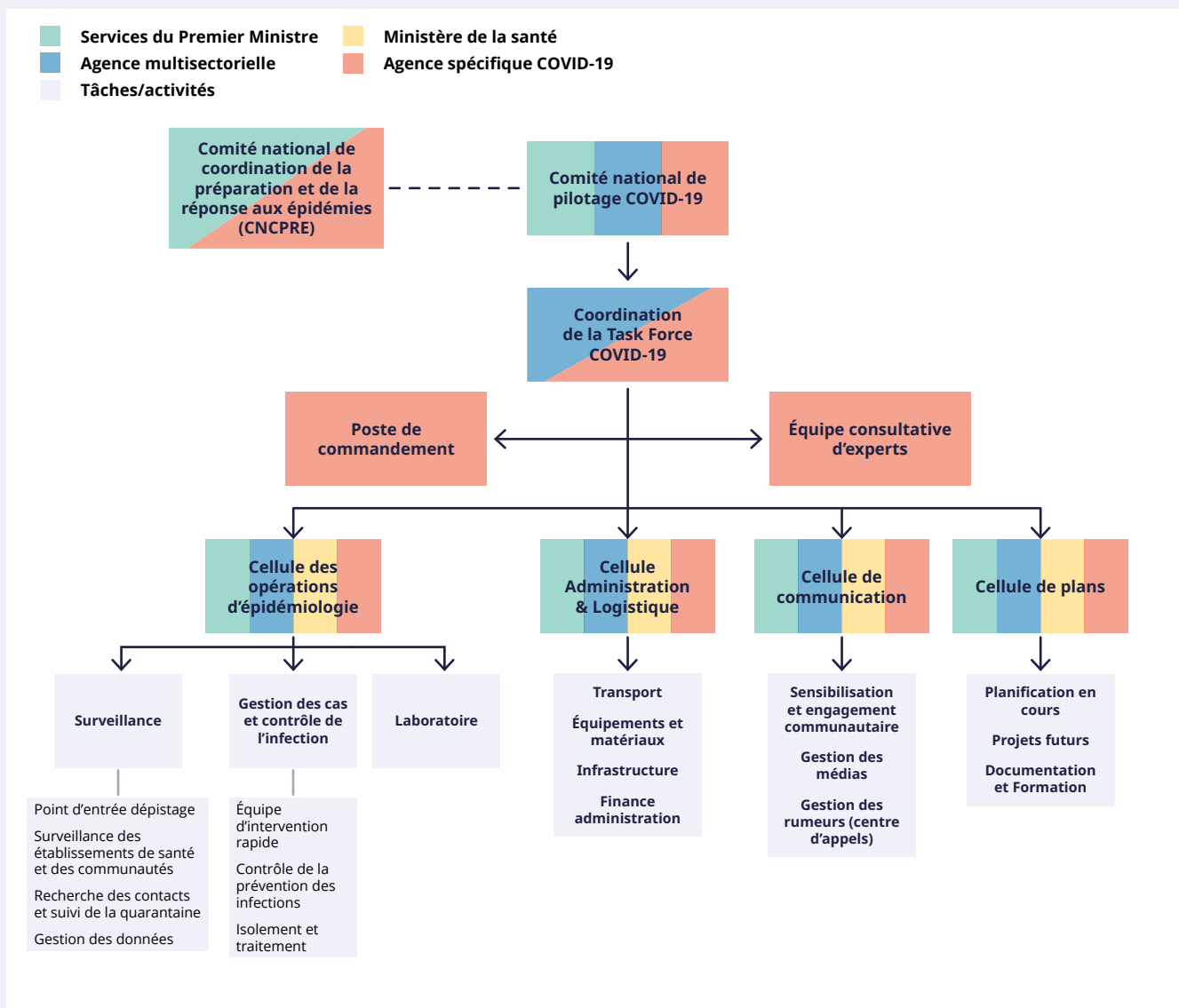
Reconnaissant la nature non déterminée de la durée de la pandémie actuelle, le groupe de travail sur la COVID-19 a été dissout lorsque son mandat actuel est arrivé à expiration le 31 mars 2021, et remplacé par le Comité directeur présidentiel (PSC) sur la lutte contre la COVID-19. Ce comité a pratiquement la même composition que son prédécesseur, avec une structure technique et administrative limitée, et un mandat qui court jusqu'au 31 décembre 2021.

L'Agence nationale de développement des soins de santé primaires (NPHCDA) coordonne la distribution des vaccins. Au 30 juin 2021, environ quatre millions de doses de vaccins AstraZeneca avaient été reçues de la facilité COVAX, et près de 90 % de ces doses de vaccin avaient été administrées.¹⁵ Cela signifie qu'environ 3,5 millions de personnes avaient été vaccinées au Nigéria grâce à cette expédition du vaccin AstraZeneca. Si l'on peut considérer cette réalisation comme une réussite pour la NPHCDA et le COVAX, force est de reconnaître que cette expédition de doses de vaccin n'a permis de toucher que près de 1,5 % de la population du Nigéria.

Le Rwanda a adopté une approche multisectorielle et multipartenaire dans sa riposte à la COVID-19.

Les Services du Premier Ministre, œuvrant par l'intermédiaire du Comité national de coordination de la préparation et de la riposte aux épidémies (NEPRCC), pilotent les activités de riposte à la COVID-19. Peu avant que le premier cas de COVID-19 ne soit détecté au Rwanda en mars 2020, le gouvernement rwandais avait mis en place une structure de coordination du système de gestion des incidents liés à la COVID-19 comprenant le Comité national de pilotage de la lutte contre la COVID-19 et un comité mixte du groupe de travail sur la COVID-19. Ces deux structures sont chargées de mettre en œuvre un plan national de préparation et de riposte à la COVID-19 et de rendre compte au NEPRCC. Depuis mars 2020, le comité du groupe de travail sur la Conjoint COVID-19 a travaillé avec des équipes consultatives d'experts du Ministère de la santé, du Ministère de la défense, du Ministère des finances et de la planification économique, du Ministère de la sécurité intérieure et du Ministère des collectivités locales, en collaboration avec des organisations internationales spécialisées dans le domaine de la santé, pour gérer la riposte à la COVID-19. Les activités de riposte ont été mises en œuvre par la structure de coordination du système national de gestion des incidents COVID-19 (Figure 5).

Fig. 5. Structure de coordination du système national de gestion des incidents liés à la COVID-19 du Rwanda



Source : République du Rwanda, Ministère de la santé. Plan national de préparation et de riposte à la COVID-19. Mars-août 2020. (https://moh.gov.rw/fileadmin/user_upload/Publication/Coronavirus%20Disease%202019%2C%20National%20Preparedness%20and%20Response%20Plan.pdf).

Le Centre biomédical du Rwanda (RBC) a été une agence de mise en œuvre clé dans la riposte à la COVID-19, collaborant avec le Ministère de la santé pour élaborer un plan national initial de préparation et de riposte à la COVID-19 d'une durée de six mois.¹⁶ Ce plan prévoyait quatre phases d'intervention dans le pays, à savoir : la phase pré-épidémique ; les cas sporadiques liés à l'importation d'un nombre limité de cas en provenance des pays touchés ; les groupes de cas isolés liés à la transmission locale dans un district, un secteur ou un village ; et la transmission communautaire concernant plus d'un groupe de cas. Au niveau décentralisé, chaque district a mis en place un poste de commandement qui a assuré une surveillance efficace (s'occupant de la recherche des contacts, du dépistage, de la notification), tout

comme la prise en charge des cas et la lutte anti-infectieuse, l'administration et la logistique. Ces postes de commandement de district rendaient compte quotidiennement au groupe de travail spécial national de riposte à la COVID-19.

Au niveau communautaire, le Rwanda a fait appel à des jeunes volontaires, que l'on trouve généralement dans les villes. Ces volontaires étaient chargés de veiller à ce que les directives de prévention de la COVID-19 soient respectées dans les lieux de rassemblement publics tels que les parcs d'autobus et les gares routières, les églises, les lieux de réunion et les zones commerciales. Les agents de santé communautaires basés dans les villages avaient pour tâche de se rendre d'un domicile

à l'autre pour identifier les personnes présentant des symptômes de COVID-19 et les orienter vers un test de dépistage.

La riposte organisée dans chacun des 30 districts du Rwanda était menée par les maires de district, qui coordonnent les interventions pour tous les aspects liés à la lutte anti-infectieuse.¹⁷ L'expérience tirée des précédentes épidémies de maladie à virus Ebola est clairement visible dans l'infrastructure de la riposte à la pandémie mise en place par le Rwanda.¹⁸

Par exemple, les stratégies utilisées lors de ces épidémies pour élaborer un plan national de préparation, de formation du personnel de santé et d'équipement des établissements de santé, pour créer des centres de traitement spécialisés et pour réaliser des exercices de simulation, de sensibilisation du public et de dépistage à grande échelle des visiteurs aux points d'entrée dans le pays ont servi de base solide à la riposte à la COVID-19.¹⁹

Des organisations multilatérales clés telles que l'UNICEF ont aussi joué un rôle dans la lutte contre les effets en aval de la pandémie. L'UNICEF aide le gouvernement rwandais à atténuer les effets secondaires de la COVID-19 sur les enfants et les familles, en offrant notamment des possibilités d'apprentissage à distance aux enfants et des équipements de protection individuelle aux agents de santé communautaires.²⁰

Le gouvernement rwandais a été félicité pour la flexibilité de son système de santé et son utilisation de stratégies créatives pendant la riposte à la COVID-19. Parmi ces stratégies figurent l'identification des cas à distance, l'utilisation d'une ligne d'assistance téléphonique gratuite, la création d'un numéro WhatsApp



L'expérience tirée des précédentes épidémies de maladie à virus Ebola est clairement visible dans l'infrastructure de la riposte à la pandémie mise en place par le Rwanda.

accessible à l'échelle nationale, l'utilisation de drones pour la diffusion d'informations, de robots de contrôle de la température des usagers dans les aéroports et de robots pour le suivi des patients dans les hôpitaux. **Mais surtout, les principes fondamentaux – autrement dit « les briques et le mortier » – d'une riposte de la santé publique ont été respectés.**

Alors que la pandémie se poursuit, les efforts de coordination du Rwanda ont été mis à l'épreuve. Il devient de plus en plus difficile de réaliser le niveau de tests COVID-19 requis avec le début d'une troisième vague. Compte tenu du grand nombre de patients, plus d'infrastructures, de fournitures et de ressources humaines s'avèrent nécessaires, avec pour corollaire des difficultés financières.

La riposte à la COVID-19 au Sénégal est dirigée par le Gouvernement, par l'intermédiaire du Ministère de la santé et de l'action sociale.

Après le premier cas de COVID-19 notifié le 2 mars 2020, le Ministère de la santé a activé le centre des opérations d'urgence de santé publique (COUSP), créé en 2014, avant de notifier le point focal RSI de l'OMS et de lancer un Comité national de gestion des épidémies (CNGE). Ce comité est composé d'épidémiologistes de terrain, de laboratoires, de centres de traitement, de services de police et du COUSP. Le COUSP et le CNGE existaient tous les deux avant l'épidémie de COVID-19 pour coordonner la riposte aux grandes urgences nationales de santé publique. Tout au long de la pandémie, la riposte sénégalaise a été multidisciplinaire et multisectorielle.

Le COUSP coordonne les opérations quotidiennes de la riposte. Ensemble, le COUSP et le CNGE veillent à définir les mesures d'urgence à mettre en œuvre, à coordonner l'action des différents acteurs impliqués dans la riposte à la COVID-19 au Sénégal, à superviser les opérations sur le terrain en jouant le rôle d'interface entre les acteurs de la riposte d'urgence et le Ministre de la santé en général, et à assurer le suivi épidémiologique de la pandémie.

Le Ministère de la santé et de l'action sociale est la principale source de données relatives à la COVID-19. Il fournit des mises à jour quotidiennes sur le nombre de tests effectués, de nouveaux cas, sur le taux de positivité, sur le nombre de cas par région, ainsi que sur le nombre de guérisons, sans oublier le nombre total de cas et de décès enregistrés et le nombre total de personnes vaccinées.

Depuis l'apparition de la pandémie, le gouvernement sénégalais a publié des rapports quotidiens sur les cas et la progression générale de l'épidémie, en tenant des réunions quotidiennes du groupe de coordination opérationnelle, et en assurant la coordination du Comité national de gestion des épidémies et du Comité régional de gestion des épidémies, qui se réunit périodiquement au niveau régional. Le gouvernement a approuvé le plan d'intervention et s'est engagé à mettre à disposition les ressources nécessaires à la riposte.

Au Sénégal, de **multiples parties prenantes** et partenaires ont été impliqués dans la riposte à la COVID-19, notamment l'Organisation mondiale de la Santé, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé, les CDC des États-Unis d'Amérique, l'UNICEF, l'USAID, la Croix-Rouge sénégalaise et l'Alliance pour l'action médicale internationale.²¹ D'autres parties prenantes ont participé à la prestation de services de diagnostic. On peut notamment citer l'Institut Pasteur de Dakar (IPD qui a fourni 80 % des tests de diagnostic au niveau national, et d'autres laboratoires publics et privés. L'IPD a considérablement augmenté la capacité de test, en mettant sur pied dix sites de test mobiles supplémentaires décentralisés dans dix régions.

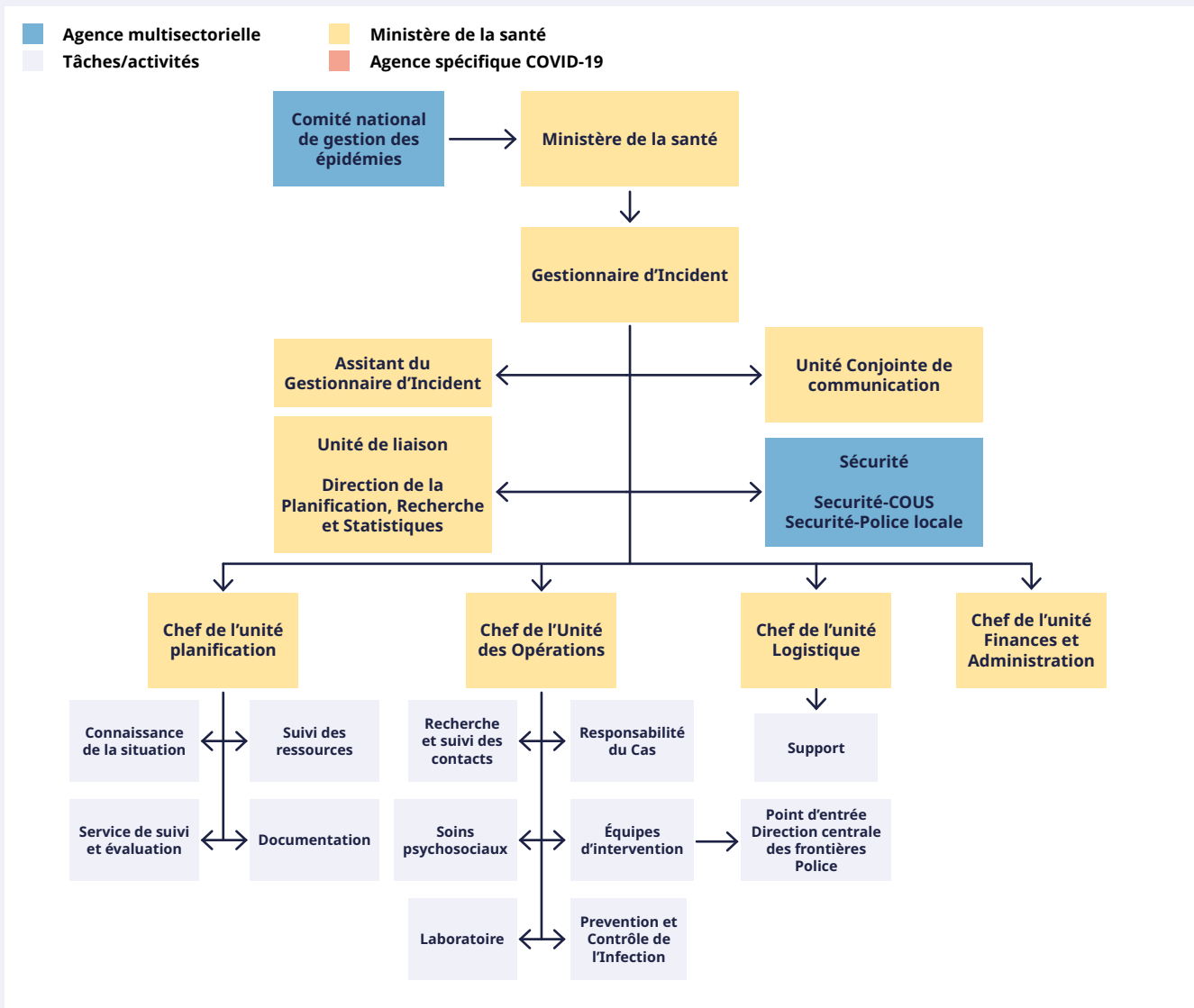
L'Agence nationale de la statistique et de la démographie, Médecins sans frontières, l'Organisation internationale pour les migrations, PATH, World Vision, la Banque mondiale, la Clinton Health Access Initiative, USAID et le Fonds des Nations Unies pour la population ont apporté un soutien technique supplémentaire.

Au début de la pandémie, le gouvernement sénégalais a fait appel à une contribution nationale de la population pour augmenter le volume des fonds disponibles dans la cagnotte destinée à la lutte contre la COVID-19. De nombreux particuliers et des entreprises privées ont apporté une contribution financière à la riposte. Les entreprises ont également contribué à la communication et au renforcement des mesures de santé publique mises en place.²²



Tout au long de la pandémie, la riposte sénégalaise a été multidisciplinaire et multisectorielle.

Fig. 6. Structure opérationnelle du Comité national de gestion des épidémies du Sénégal



Remarque : le COUSP est activé par la CNGE. Un représentant du COUSP siège dans toutes les unités énumérées dans la structure du CNGE présentée ci-dessus.

Source : Ministère de la santé et de l'Action Sociale.(2019) Guide technique national pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte 2019 (MSAS). (https://sante.gouv.sn/sites/default/files/gudie%20national%20de%20la%20surveillance_1.pdf, consulté le 4 août 2021)

Ministère de la santé et de l'Action Sociale.(2020) Riposte à l'épidémie du nouveau coronavirus COVID-19, Sénégal Rapport de situation n°2 du 9 mars 2020 (<https://www.sante.gouv.sn/sites/default/files/SITREP%20%20Covid-19%2009-03-2020.pdf>, consulté le 4 août 2021)

Alors que le Sénégal continue de lutter contre la pandémie de COVID-19, les **structures et organes de coordination originellement mis sur pied pour mener des activités de riposte restent influents, même si, avec l'évolution de la pandémie, certaines structures ont vu leurs activités réduites, tandis que d'autres sont devenues plus importantes.** Le Service national d'éducation et de l'information pour la santé et les services de communication sur les risques et de participation communautaire ont tous deux vu la demande de leurs services fluctuer considérablement. Avec la livraison des premières doses de vaccin, différentes commissions techniques ont vu le jour pour gérer l'élaboration des plans nationaux de vaccination.²³

L'approche coordonnée de riposte à la COVID-19 adoptée par le Sénégal a fait tache d'huile au-delà des frontières de ce pays jusqu'au niveau régional. Le 14 février 2020, le Ministre sénégalais de la santé a participé avec ses homologues de la région d'Afrique de l'Ouest à une réunion régionale d'urgence qui s'est tenue à Bamako (Mali), pour échanger sur les préparatifs et les réponses à apporter à l'épidémie de COVID-19.²⁴ En outre, un sommet extraordinaire en ligne des chefs d'État de la région de la CEDEAO s'est tenu le 23 avril 2020, au cours duquel le Président Muhammadu Buhari du Nigéria a été élu pour coordonner les efforts futurs ciblant l'élimination de la COVID-19.²⁵

Depuis le déclenchement de la pandémie, le leadership et la coordination au niveau régional ont été au cœur de la riposte.

Les acteurs régionaux, au nombre desquels l'OMS, les institutions du système des Nations Unies (notamment la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique), l'Union africaine et les communautés économiques régionales (CER), ont activement cherché à renforcer la coordination aux niveaux régional et national afin de promouvoir l'alignement et la complémentarité des actions de riposte à la COVID-19. L'OMS a mis en place un système de gestion des incidents liés à la COVID-19 pour fournir un appui opérationnel et technique aux pays et aux équipes nationales de gestion des incidents. Les 47 pays de la Région africaine de l'OMS ont élaboré des plans de riposte et institué des mécanismes fonctionnels pour coordonner la riposte aux niveaux national et infranational.²⁶ L'OMS a fourni des mises à jour épidémiologiques hebdomadaires sur la COVID-19 à la plateforme de coordination de la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, qui réunit les États Membres et les partenaires afin d'aborder et d'ajuster les goulots d'étranglement dans la riposte à la COVID-19.

L'OMS et le Centre africain de prévention et contrôle des maladies (CDC-Afrique) hébergé par l'Union africaine ont particulièrement renforcé la collaboration sur les principales priorités communes, veillant à développer des synergies dans la fourniture d'un appui technique aux pays. Le Directeur général de l'OMS assiste aux réunions du Comité d'action des chefs d'État de l'Union africaine sur la COVID-19 et collabore activement avec les envoyés spéciaux de l'Union africaine pour la riposte à la COVID-19 qui comprennent le Directeur du CDC-Afrique et dont le rôle consiste notamment à mobiliser des ressources pour soutenir la riposte dans la Région. La Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique et le Directeur du CDC-Afrique coprésident les réunions mensuelles du Comité directeur du Groupe de travail africain sur le nouveau coronavirus (AFTCOR), auxquelles participent l'African Partner Outbreak Response Alliance (APORA) et les doyens des facultés de médecine d'universités africaines.

Dans le cadre de l'AFTCOR, six groupes de travail bilatéraux ont été mis en place (Figure 7), sur la base des principaux piliers de la prévention et de la riposte,²⁷ avec des séances de travail hebdomadaires actives pour permettre l'échange d'informations et l'élaboration de produits communs. L'OMS et le CDC – Afrique publient une note d'information hebdomadaire – la Mise à jour conjointe des politiques scientifiques et de santé publique de COVID-19 – qui fournit aux États membres des informations actualisées sur les changements de politique de santé publique et l'évolution des connaissances scientifiques pour éclairer la prise de décision. Des réunions de coordination régionale bihebdomadaires ont également été organisées avec les principaux donateurs afin de soutenir la mobilisation des ressources, l'alignement et la responsabilisation.

Avec l'évolution de la pandémie, les partenaires régionaux se sont concentrés sur l'accès aux vaccins. Outre les efforts bilatéraux d'approvisionnement, les 54 pays du continent ont marqué leur intérêt pour COVAX, l'initiative mondiale codirigée par la Coalition pour les innovations dans la préparation aux

“

Avec l'évolution de la pandémie, les partenaires régionaux se sont concentrés sur l'accès aux vaccins.

Encadré 1. Les six groupes de travail du groupe de travail spécial Afrique sur la COVID-19

- 1 Surveillance, y compris le dépistage aux points d'entrée dans le pays**
- 2 Lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé**
- 3 Prise en charge clinique des personnes atteintes d'une infection grave par la COVID-19**
- 4 Diagnostic de laboratoire et sous-typage**
- 5 Communication sur les risques**
- 6 Chaîne d'approvisionnement et stockage de produits médicaux**

Source : https://au.int/sites/default/files/documents/38264-doc-africa_joint_continental_strategy_for_covid-19_outbreak.pdf

épidémies (CEPI), Gavi, l'Alliance du vaccin et l'OMS. La Dre Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, a soutenu l'initiative, voyant en elle une occasion de faire en sorte que les pays africains « ne soient pas laissés en bas de la liste pour l'accès aux vaccins contre la COVID-19 ». « En allant au-delà du continent pour collaborer avec d'autres gouvernements et fabricants au niveau mondial et en mettant en commun leur pouvoir d'achat, a-t-elle indiqué, les pays peuvent protéger les personnes les plus vulnérables à la maladie en Afrique ». Le Mécanisme COVAX ambitionne de fournir, d'ici la fin de 2021, quelque 600 millions de doses de vaccins à 41 pays d'Afrique subsaharienne, soit l'équivalent d'à peu près 20 % de leur population totale. À la mi-juillet 2021, seuls 3,2 % des habitants du continent avaient reçu une dose de vaccin et 1,4 % les deux doses.²⁸

Les dirigeants africains ont également exprimé leur engagement à obtenir un vaccin efficace pour leurs populations par l'intermédiaire du Consortium pour les essais cliniques du vaccin COVID-19 (CONCVACT) dirigé par l'Union africaine.

Une collaboration étroite entre le CDC-Afrique, l'OMS et le Forum africain pour la réglementation des vaccins, ainsi qu'avec d'autres parties prenantes, aide les pays à renforcer leur capacité à adopter et à vulgariser un vaccin anti-COVID-19. Pour s'assurer que les vaccins sont transportés et stockés de manière appropriée pour rester efficaces, l'OMS, Gavi, l'UNICEF et d'autres partenaires travaillent avec les pays pour les aider à se préparer à recevoir des vaccins en déterminant l'équipement de la chaîne du froid et la capacité de stockage existants et en fournissant un appui technique aux pays pour qu'ils soient prêts à recevoir et à gérer les vaccins.

Les vaccins joueront un rôle crucial dans la gestion de la pandémie et la prévention de la prochaine. En tant que tel, les acteurs de la santé mondiale dans la région ne se contentent pas d'axer essentiellement leurs efforts sur l'accès grâce aux efforts actuels des donateurs internationaux, mais ils s'attachent à assurer la pérennité et la production de vaccins africains et le transfert de connaissances.²⁹ Plus récemment, les géants pharmaceutiques Pfizer et BioNTech se sont engagés à travailler avec la société sud-africaine Biovac pour fabriquer des doses de vaccin au Cap à partir de 2022, avec pour cible une production annuelle de plus de 100 millions de doses.³⁰

Compte tenu de ce regain d'intérêt pour une Afrique plus autonome, qui fait fi des modèles éculés de charité en matière de santé mondiale, il sera intéressant de voir si les séquelles structurelles de la pandémie de COVID-19 aideront ou entraveront les progrès. Les approches multisectorielles et celles englobant de multiples parties prenantes qui ont été adoptées par les gouvernements pour endiguer la progression du coronavirus aux niveaux national, régional et mondial se sont avérées primordiales de ce point de vue. Reste à voir comment ces structures se maintiendront ou évolueront pour réorganiser les systèmes de santé sur lesquels elles ont été construites.

Thèmes transversaux : que pouvons-nous apprendre des expériences de l'AHOP ?

La pandémie de COVID-19 est apparue soudainement et a évolué rapidement.

Fort de ce constat, chaque pays devait réagir de manière énergique, sous peine de voir la maladie se propager de façon incontrôlée. Tous les pays ne sont pas comportés de la même manière au moment où les vagues suivantes de la pandémie déferlaient sur les populations. Les différences dans les conséquences immédiates et en aval reposent, en partie, sur les décisions prises au cours des premiers jours de l'épidémie. Les ripostes des pays de l'AHOP présentent des points communs et des différences qui reflètent les capacités de chaque pays, les approches de prise de décision collective et l'expérience des autorités sanitaires en ce qui concerne la gestion des menaces sanitaires externes.

1. Structures d'intervention spécialisées

Dans les pays de l'AHOP, les gouvernements ont réagi avec vigueur à la pandémie, souvent par l'intermédiaire de structures spécialisées qui n'existaient pas auparavant. Des groupes de travail, des postes de commandement et des comités de coordination ont vu le jour, chacun avec un rôle et des responsabilités spécifiques et avec un accent sur un travail en synergie plus marqué que dans les structures de gouvernance traditionnelles. L'expertise des agences spécialisées a été sollicitée pour coordonner et mettre en œuvre les différentes branches de la riposte à la pandémie, des tests et des produits de diagnostic jusqu'à la prise en charge des cas et à la communication d'informations sanitaires. Ainsi, le Ministère de la santé n'a pas eu la charge ou la responsabilité exclusive des résultats sanitaires de la pandémie, car il a su s'appuyer sur une expertise, sur des ressources et sur une capacité de mise en œuvre élargies provenant d'autres agences et structures gouvernementales, au niveau national comme à l'échelon local.

2. Approches multisectorielles et multipartites

L'une des principales caractéristiques des structures spécialisées sollicitées était leur nature multipartite, rassemblant des parties prenantes à l'intérieur et à l'extérieur des cercles gouvernementaux, issues de secteurs variés, pour combattre la pandémie de COVID-19. La flexibilité, l'inclusivité et la portée accrues de cette approche par rapport aux structures traditionnelles ont été mentionnées à plusieurs reprises. Tout comme d'ailleurs la nécessité d'une coordination et d'une supervision solides des activités menées par divers acteurs et structures afin d'éviter le double emploi tout en garantissant une mise en œuvre efficace. Dans de nombreux pays, l'on a constaté comme un cloisonnement entre les parties prenantes, que ce soit du niveau national jusqu'au niveau infranational, ou entre les activités du secteur public et celles du secteur privé, ce qui nuit à l'efficacité des ripostes multisectorielles et multipartites.

3. Leadership de haut niveau

L'expérience de l'AHOP indique que les structures spécialisées et les ripostes multisectorielles ont souvent été impulsées par les plus hautes autorités du pays. Les gouvernements ont pu mobiliser un niveau sans précédent de ressources à consacrer à la riposte à la pandémie. Les approches multipartites ont par ailleurs permis d'impliquer des acteurs externes supplémentaires, dont beaucoup ne relevaient pas auparavant du secteur public.

4. Expériences des pays

En Éthiopie, un processus vertical traditionnel d'élaboration des politiques et de prise de décision a évolué pour prendre en compte les enseignements tirés des acteurs de terrain afin que ces enseignements soient mis en œuvre dans les politiques. Le Kenya a adopté une approche pangouvernementale qui, si elle est maintenue au-delà de la pandémie, pourrait être utilisée pour réorganiser le système de santé grâce à une relation plus souple entre les structures de gouvernance nationales et infranationales. Le Sénégal a tiré parti des structures historiques de gestion des maladies et les a rapidement adaptées à la lutte contre la COVID-19. Ces avancées novatrices sont parfois entrées directement en porte-à-faux avec les enjeux historiques de la gouvernance dans chaque pays. Par exemple, l'approche pangouvernementale du Nigéria a souvent posé des problèmes de redevabilité et de confiance du grand public, tandis que l'approche plus centralisée du Rwanda a soulevé des questions d'inclusion et de rôle des parties prenantes au sens large.

Et maintenant ?

Plus d'un an et demi après le début de la pandémie, bon nombre des structures et des acteurs mobilisés pour la riposte sont encore nécessaires. Mais à mesure que les priorités s'éloignent des activités d'endiguement de la pandémie et de coordination pour s'orienter vers le déploiement de vaccins et les stratégies à long terme, il sera intéressant de voir si ces structures nouvellement établies aideront ou entraveront les activités aux niveaux national et régional.

Les résultats de la riposte à la COVID-19 dans les pays de l'AHOP offrent une possibilité de mettre en œuvre une approche multisectorielle et multipartite pour l'avenir des systèmes de santé. Le temps nous dira si le leadership et la volonté politique observés pendant la pandémie pour soutenir les ministères de la santé seront durables, ou si les superstructures créées finiront par conduire à des inefficacités et à perdre de vue l'objectif d'amélioration des résultats sanitaires.

Toute crise recèle des opportunités. La pandémie de COVID-19 a menacé et, dans certains cas, submergé les systèmes de santé du monde entier. L'opportunité offerte par la pandémie de COVID-19 permet une réflexion critique sur ce qui est nécessaire pour assurer la viabilité à long terme de chaque système de santé. Les enseignements tirés des pays de l'AHOP indiquent que les futurs systèmes de santé devraient fonctionner avec le soutien du gouvernement central et faire appel aux ressources d'un large éventail d'acteurs, y compris ceux qui ne font pas partie du système de santé traditionnel. Cela sous-entend qu'il faut poursuivre l'apprentissage et la réflexion afin d'améliorer la coordination et la communication entre les partenariats multisectoriels et multipartites à tous les niveaux.

Références bibliographiques

- 1 Republic of Health Ministry of Health (2020) National 2019 Novel Coronavirus Contingency (Readiness and Early Response) Plan, February-April 2020. (<https://www.health.go.ke/wp-content/uploads/2020/06/National-2019-Novel-Coronavirus-Contingency-Readiness-and-Early-Response-Plan-February-April-2020.pdf>, consulté le 4 août 2021)
- 2 Kenya SP4PHC Team (2020). COVID_19 Summary Update for Kenya. Strategic Purchasing for Primary Health Care. December 2020. (<https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2020/05/COVID-19-Kenya-Update-Dec2020-final.pdf>, consulté le 26 juillet 2021).
- 3 Communauté de l'Afrique de l'Est EAC unveils COVID-19 Response Plan. Press release, 30 April 2020. (<https://www.eac.int/press-releases/147-health/1721-eac-unveils-covid-19-response-plan>, consulté le 26 juillet 2021).
- 4 Private Sector Engagement in the COVID-19 Response: Kenya (2020). Blog. (<https://hsgovcollab.org/system/files/2020-08/Private%20sector%20engagement%20in%20the%20COVID-19%20response-%20Kenya%20country%20experience.pdf>, consulté le 26 juillet 2021).
- 5 Dan-Nwafor C, Ochu CL, Elimian K, Oladejo J et al. (2020). Nigeria's public health response to the COVID-19 pandemic: January to May 2020, Journal of Global Health, 10(2):020399. (<http://www.jogh.org/documents/issue202002/jogh-10-020399.htm>, consulté le 26 juillet 2021).
- 6 Onyeji E (2020). COVID-19 : Le gouverneur Yahaya Bello fait de « fausses » déclarations sur les « tests de masse » à Kogi. Premium Times, 29 December 2020. (<https://www.premiumtimesng.com/news/headlines/433689-covid-19-governor-yahaya-bello-makes-false-claims-about-mass-testing-in-kogi.html>, consulté le 26 juillet 2021).
- 7 Aluko O (2020). FG probes states, agencies over diversion of COVID-19 funds. Punch, 30 May 2020. (<https://punchng.com/fg-probes-states-agencies-over-diversion-of-covid-19-funds/>, consulté le 26 juillet 2021).
- 8 Onwujekwe O, Agwu P (2021). Mobilisation and deployment of resources for the COVID-19 response in Nigeria: a view with transparency, accountability and anti-corruption lenses. Health Policy Research Group, University of Nigeria. (<https://hprgunn.com/mobilisation-and-deployment-of-resources-for-the-covid-19-response-in-nigeria-a-view-with-transparency-accountability-and-anti-corruption-lenses/>, consulté le 26 juillet 2021).
- 9 Dixit S, Ogundeji YK, Onwujekwe O (2020). How well has Nigeria responded to COVID-19? Brookings Institution. Blog, 2 July 2020. (<https://www.brookings.edu/blog/future-development/2020/07/02/how-well-has-nigeria-responded-to-covid-19/>, consulté le 26 juillet 2021).
- 10 Programme alimentaire mondial (2020) De nouvelles directives fournissent une feuille de route pour la réouverture des écoles en toute sécurité. Communiqué de presse, 1er mai 2020. (<https://www.wfp.org/news/new-guidelines-provide-roadmap-safe-reopening-schools>, consulté le 26 juillet 2021).
- 11 Agwu P, Ugwu CM, Eke CF (2020). Community engagement in COVID-19 responses: Evidence from qualitative interface with community leaders in Enugu, Nigeria. ASEAN Journal of Community Engagement, 4(2). (<https://scholarhub.ui.ac.id/ajce/vol4/iss2/7/>, consulté le 26 juillet 2021).
- 12 Ihekweazu C, Tweet, 17 January 2021. (https://twitter.com/Chikwe_I/status/1350863727088848897, consulté le 26 juillet 2021).
- 13 Oyeyemi T (2021). President Muhammadu Buhari signs Coronavirus disease (COVID-19) Health Protection Regulations 2021. Federal Ministry of Information and Culture, Nigeria, 27 January 2021. (<https://fmic.gov.ng/president-muhammadu-buhari-signs-coronavirus-disease-covid19-health-protection-regulations-2021/>, consulté le 26 juillet 2021).
- 14 Dubawa (2021). COVID-19: Nigerian universities pledged to keep students safe. Have they? Premium Times, 23 March 2021. (<https://www.premiumtimesng.com/news/headlines/450536-covid-19-nigerian-universities-pledged-to-keep-students-safe-have-they.html>, consulté le 26 juillet 2021).
- 15 Premium Times agency report (2021). Nigeria hits 3.4m COVID-19 vaccine jabs in 2 rounds – NPHCDA. Premium Times, 29 June 2021. (<https://www.premiumtimesng.com/news/headlines/470504-nigeria-hits-3-4m-covid-19-vaccine-jabs-in-2-rounds-nphcda.html>, consulté le 26 juillet 2021).
- 16 Ministry of Health, Republic of Rwanda (2020) Coronavirus Disease 2019, National Preparedness and Response Plan (https://www.rbc.gov.rw/fileadmin/user_upload/annoucement/Coronavirus%20Disease%202019,%20National%20Preparedness%20and%20Response%20Plan.pdf, consulté le 4 août 2021)
- 17 Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2020). COVID-19 in Rwanda: A country's response. Report, 20 July 2020. (<https://www.afro.who.int/news/covid-19-rwanda-countrys-response>, consulté le 26 juillet 2021).
- 18 Tasamba J (2020). Rwanda uses Ebola experience to combat COVID-19. Anadolu Agency news, 22 April 2020. (<https://www.aa.com.tr/en/africa/rwanda-uses-ebola-experience-to-combat-covid-19/1813902>, consulté le 26 juillet 2021).
- 19 Karim N, Jing L, Lee JA, Kharel R et al. (2021). Lessons learned from Rwanda: Innovative Strategies for Prevention and Containment of COVID-19. Annals of Global Health, 87(1):23. (<https://annalsofglobalhealth.org/articles/10.5334/aogh.3172/>, consulté le 26 juillet 2021).

- 20** UNICEF (2020). Rwanda: COVID-19 Situation Report No. 5. (<https://www.unicef.org/media/84371/file/Rwanda-COVID-19-SitRep-30-September-2020.pdf>, consulté le 26 juillet 2021).
- 21** Ministère de la santé et de l'action sociale, Sénégal (2020). Riposte à l'épidémie du nouveau coronavirus COVID-19, Sénégal. Rapport de situation N° 2 [Riposte à l'épidémie du nouveau coronavirus, Sénégal. Rapport de situation N° 2], 9 mars 2020. Sitrep2_covid19.pdf (sante.gouv.sn, consulté le 26 juillet 2021).
- 22** Ministère des Finances et du Budget, Sénégal (2020). Liste des donateurs du Fonds «Force COVID-19» [List of donors to the fund for Covid-19], 10 avril 2020. (<https://www.sentresor.org/app/uploads/DETAIL-FONDS-COVID-19-10-04-2020-BON.pdf>, consulté le 26 juillet 2021).
- 23** Ministère de la Santé et de l'Action sociale, Sénégal (2020, 2021) Rapports de situation. (<https://www.sante.gouv.sn/>, consulté le 26 juillet 2021).
- 24** Ministère de la Santé et de l'Action sociale, Sénégal (2020) Communiqué final, 14 février 2020. (<https://www.sante.gouv.sn/activites/r%C3%A9union-durgence-des-ministres-de-la-sant%C3%A9-de-la-communaut%C3%A9-%C3%A9conomique-des-%C3%A9tats-de>, consulté le 26 juillet 2021).
- 25** Communiqué de presse de Relief Web (1er juillet 2020). Coordination régionale contre la COVID-19 : quel rôle pour les CER ? (<https://reliefweb.int/report/world/regional-coordination-against-covid-19-what-role-recs>, consulté le 26 juillet 2021).
- 26** Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2021). Riposte stratégique à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) dans la Région africaine de l'OMS. Le point, 16 avril 2021. (<https://www.afro.who.int/publications/strategic-response-covid-19-who-african-region>, consulté le 26 juillet 2021).
- 27** Union africaine (date?). Stratégie continentale commune de l'Afrique face à l'épidémie de COVID-19. (https://au.int/sites/default/files/documents/38264-doc-africa_joint_continental_strategy_for_covid-19_outbreak.pdf, consulté le 26 juillet 2021).
- 28** Union africaine Tableau de bord sur les vaccins de CDC-Afrique. Mis à jour le 11 août 2021 (<https://africacdc.org/covid-19-vaccination/>, consulté le 26 juillet 2021).
- 29** Otu A et al. (2021). Beyond vaccine hesitancy: time for Africa to expand vaccine manufacturing capacity amidst growing COVID-19 vaccine nationalism. Lancet Microbe. ([https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(21\)00126-9](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(21)00126-9), consulté le 26 juillet 2021).
- 30** Solomon E (2021). Pfizer and BioNTech to produce vaccine in Cape Town in African push. Financial Times, 21 juillet 2021. (<https://www.ft.com/content/b545f504-9920-44b4-8a6d-0b19f32bcbe4>, consulté le 26 juillet 2021).