

Renforcement de la résilience des systèmes de santé

Enseignements tirés des stratégies de gouvernance de la pandémie de COVID-19 au Nigéria

Chinyere Mbachu
Enyi Etiaba

Chioma Onyedima
Obinna Onwujekwe

Beth Kreling



Renforcement de la résilience des systèmes de santé

Enseignements tirés des stratégies de gouvernance
de la pandémie de COVID-19 au Nigéria

Chinyere Mbachu
Enyi Etiaba

Chioma Onyedinma
Obinna Onwujekwe

Beth Kreling

ISBN: 9789290314196

© Organisation mondiale de la Santé, 2024

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

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

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

Citation suggérée. Mbachu C, Etiaba E, Onyedinma C, Onwujekwe O, et Kreling B. Renforcement de la résilience des systèmes de santé : enseignements tirés des stratégies de gouvernance de la pandémie de COVID-19 au Nigéria. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2024. 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 : Brazzaville, République du Congo

À propos de l'AHOP

La Plateforme de l'Observatoire africain de la santé sur les systèmes et les politiques de santé (AHOP) est un partenariat régional qui encourage l'élaboration de politiques étayées par des données probantes. L'AHOP est hébergé par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique par l'intermédiaire de l'Observatoire africain intégré de la santé. C'est un réseau de centres d'excellence de toute la Région, qui tire parti des collaborations nationales et régionales existantes. Au nombre des centres nationaux figurent actuellement le College of Health Sciences (CHS) de l'Université d'Addis-Abeba (Éthiopie), le KEMRI Wellcome Trust (Kenya), le Health Policy Research Group de l'Université du Nigeria, la School of Public Health de l'Université du Rwanda et l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal). L'AHOP bénéficie du soutien d'un consortium technique composé de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (EURO-OBS), de la London School of Economics and Political Science (LSE) et de la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF). La Plateforme a adhéré à une cohorte d'observatoires régionaux des systèmes de santé, dont l'Observatoire européen et l'Observatoire Asie-Pacifique sur les systèmes et les politiques de santé (APO), qui ont partagé leurs connaissances pour guider l'élaboration de l'approche adoptée par l'AHOP.

À propos des notes d'orientation de l'AHOP

Les notes d'orientation de l'AHOP font partie d'une série de produits générés par la plateforme. Nous avons pour objectif de répertorier les concepts, les expériences et les solutions actuels qui sont importants pour l'élaboration des politiques de santé dans la Région africaine, en adoptant souvent un prisme comparatif pour tirer des enseignements de diverses approches. Nous reconnaissons qu'il existe une multiplicité d'approches pour rédiger des notes d'orientation. Nous avons cependant, à travers des consultations, élaboré une approche distincte spécifique à l'AHOP en faisant en sorte que toutes nos notes d'orientation adoptent un modèle commun. Les notes d'orientation de l'AHOP compilent les données probantes existantes et les présentent dans un format accessible. Elles utilisent des méthodes systématiques énoncées en toute transparence et sont toutes soumises à un processus formel et rigoureux d'examen par les pairs.

Remerciements

Coordinatrice de la série : Dorothy Chisare (LSE)

Réviseurs : Les auteurs et les éditeurs remercient le réviseur externe Tanimola Akande (University of Ilorin, Nigéria) pour ses commentaires et son expertise. Ce document a également été revu en interne par Lesong Conteh (LSE), Charles Ebikeme (LSE), Leon Janaschek (LSE), Kyuree Kim (WHO) et Katie Shuford (LSE) au nom des partenaires de l'AHOP.

Production : Nous adressons nos remerciements à Ashleigh Slingsby (LSE) pour la correction, à Alexia Honoré (LSE) pour la contribution à la rédaction en français et à Cat Johnson (Manta Ray Media) pour la conception de la note d'orientation.

Crédit photo de couverture : Extension du séquençage génomique COVID-19 au Nigéria. © Eromosele, OMS.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter le site ci-après

Web : <https://ahop.who.afro.who.int>

Adresse électronique : l'équipe d'OMS : afngoahop@who.int; partenaires techniques : ahop@lse.ac.uk

Twitter : [@AHOPlatform](https://twitter.com/AHOPlatform)



v	Abréviations
vi	Messages clés
vii	Résumé d'orientation
1	Introduction
5	Contexte
7	Stratégies de gouvernance pour le renforcement de la résilience
9	Leadership efficace et participatif avec une vision et une communication claire
12	Coordination des activités entre les pouvoirs publics et les principales parties prenantes
13	Culture d'apprentissage organisationnel sensible aux crises
15	Systèmes et flux d'information efficaces
16	Surveillance permettant de détecter à temps les chocs et leur impact
18	Conclusions et implications politiques
22	Références

Abréviations

AVADAR	Détection auto-visuelle et notification des cas de paralysie flasque aiguë
CACOVID	Coalition contre la COVID-19
CDC-Afrique	Centre africain de prévention et de contrôle des maladies
CEPI	Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies
COUSP	Centre d'opérations d'urgence de santé publique
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CPG	Groupe de préparation au coronavirus
CSU	couverture sanitaire universelle
EEC	Évaluation externe conjointe
FCT	Territoire de la capitale fédérale
FMINO	Ministère fédéral de l'information et de l'orientation nationale
FMoH	Ministère fédéral de la santé
GTP	Groupe de travail présidentiel
HiAP	La santé dans toutes les politiques
LGA	Zone de gouvernement local
MDA	Ministères, départements et agences
NAFDAC	Agence nationale pour l'administration et le contrôle des aliments et des médicaments
NCDC	Centre nigérian de contrôle et de prévention des maladies

NCRC	Centre national d'intervention COVID-19
NIMR	Institut nigérian de recherche médicale
NIPRD	Institut national de recherche et de développement pharmaceutiques
NPHCDA	Agence nationale pour le développement des soins de santé primaires
NPRP	Plan national d'intervention en cas de pandémie
ODD	Objectifs de développement durable
ONG	Organisation non gouvernementale
PCR	Réaction en chaîne par polymérase
PEI	Initiative pour l'éradication de la poliomyélite
PRFI	Pays à revenu faible ou intermédiaire
PSC	Comité directeur présidentiel
RCCE	Communication sur les risques et participation communautaire
RSI	Règlement sanitaire international
SIMR	Surveillance intégrée des maladies et réponse
SORMAS	Système de surveillance des flambées épidémiques et d'analyse
UA	Union africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Le système de santé nigérian manque de résilience au quotidien et résiste difficilement aux chocs : le système a eu du mal à maintenir les services de santé essentiels tout en faisant face à l'épidémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Les structures créées pour prendre en charge l'épidémie d'Ebola et d'autres maladies ont aidé mais n'ont pas été maintenues.

La collaboration multisectorielle a été cruciale dans la riposte à la COVID-19 mais n'a pas été institutionnalisée : une collaboration stratégique et multisectorielle a permis d'atténuer le manque de préparation, mais ces mécanismes de collaboration n'ont pas été formalisés ou conservés.

Des structures de gouvernance du système de santé bien planifiées ont facilité la riposte à la COVID-19 aux niveaux national et infranationaux : l'organe de coordination centralisé au sein de la présidence, doté de structures similaires aux niveaux infranationaux, a renforcé l'engagement politique en faveur du renforcement des capacités d'intervention sanitaire d'urgence à tous les niveaux de gouvernement.

Les enseignements tirés de la COVID-19 ont permis de renforcer les capacités au niveau national, mais moins au niveau infranational : les États fédérés n'ont pas été associés à la prise de décision stratégique concernant la pandémie. L'institutionnalisation des centres d'opération d'urgence en santé publique (COUSP) au niveau infranational pourrait améliorer leur capacité de gestion fonctionnelle.

Il est nécessaire de continuer à investir dans la capacité de surveillance de la COVID-19 : la production de données probantes, l'amélioration des infrastructures de communication et les systèmes intégrés de surveillance des maladies ont permis le partage des connaissances sur la COVID-19 et d'autres maladies. Des cadres stratégiques, des structures et des investissements sont nécessaires pour maintenir ces services.

Des réformes profondes du secteur de la santé pourraient contribuer à renforcer la résilience : les réformes impliquant les principales parties prenantes aux niveaux national et infranational pourraient contribuer à l'intégration de la santé dans toutes les politiques (HiAP). La mise en œuvre des réformes du prochain plan stratégique national de développement de la santé (National Strategic Health Development Plan 3) pourrait renforcer la gouvernance du système de santé.

Le problème

La résilience des systèmes de santé est essentielle pour obtenir de bons résultats en matière de santé avant, pendant et après les urgences de santé publique. L'un des principaux fondements des systèmes de santé résilients est la gouvernance, qui se caractérise par un leadership fort, une bonne coordination et une prise de décision rapide. La présente note identifie et analyse les stratégies de gouvernance du système de santé utilisées au Nigéria pour se préparer et faire face à la pandémie de COVID-19. Il met en évidence les enseignements tirés et les incidences sur les politiques pour le renforcement de la résilience des systèmes de santé à l'avenir.

Les résultats

- Une collaboration et une coordination inter-institutions efficaces ont été essentielles à la réussite de la mise en œuvre de la réponse au COVID-19 au Nigéria. Toutefois, ces efforts n'ont pas été institutionnalisés.
- La capacité de surveillance des maladies aux niveaux national et infranational a été renforcée et s'est avérée efficace.
- Les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19 ont renforcé la capacité de gestion fonctionnelle au niveau national, mais moins au niveau infranational (États et collectivités locales), où les retards de réaction restent un problème. Les gouvernements des États n'ont que peu participé à la prise de décisions stratégiques, ce qui a limité leur capacité à se préparer et à réagir aux urgences sanitaires.
- La coordination stratégique, opérationnelle et tactique a été réalisée à court terme, mais la coordination stratégique n'a pas été maintenue. L'incapacité à maintenir des structures de coordination stratégique telles que le Comité directeur présidentiel (CDP) menace la résilience et la capacité de riposte future.
- Les cadres stratégiques et les structures visant à favoriser l'apprentissage organisationnel et une culture de l'apprentissage restent absents, ce qui se traduit par des stratégies de riposte incohérentes et des occasions manquées de partage des connaissances et d'innovation future.
- Sans amélioration des structures de gouvernance, les futures interventions d'urgence pourraient connaître des retards et des lacunes, une communication fragmentée, une répartition inéquitable des ressources, une participation réduite de la communauté, des obstacles politiques et des occasions manquées en matière de prévention et de préparation.

Implications politiques

- Conformément aux recommandations de la Commission Lancet Nigéria et du Comité présidentiel de réforme du secteur de la santé, il est impératif d'intégrer la santé dans toutes les politiques.
- Le financement et le renforcement des capacités sont nécessaires pour garantir que les capacités de recherche et de surveillance du pays restent efficaces pour la détection et le signalement en temps réel des épidémies.
- Les variations de capacité au niveau des États nécessitent une approche personnalisée de l'assistance technique et du soutien financier.
- Une participation infranationale plus active est nécessaire dans la prise de décision stratégique et la planification opérationnelle, ce qui pourrait être réalisé grâce à des structures décisionnelles décentralisées et soutenu par un financement approprié et un renforcement des capacités des parties prenantes infranationales.
- Le maintien et la consolidation des structures de coordination stratégique - par exemple, la création d'une agence spécialisée pour coordonner la collaboration multisectorielle et assurer la rotation dans la structure de direction et la prise de décision - sont essentiels pour renforcer la résilience du système de santé et mieux répondre aux urgences de santé publique dans la Région africaine.

Les récentes épidémies de maladies infectieuses (Ebola, COVID-19, fièvre de Lassa et fièvre jaune) ont mis à mal et affaibli davantage des systèmes de santé déjà fragiles à l'échelle mondiale, en particulier ceux de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Nnaji et al., 2021). Les maladies évitables par la vaccination pullulent en Afrique, étant donné que de nombreux pays peinent à vacciner les enfants en raison de la faiblesse des systèmes de vaccination systématique et malgré la disponibilité de vaccins d'un bon rapport coût-efficacité (Abubakar et al., 2022).

La pandémie de COVID-19 a encore mis en évidence les faiblesses du système de santé nigérian (Nnaji et al., 2021), notamment en ce qui concerne le maintien de l'accès aux services de santé essentiels (Okeke et al., 2022). Elle a également porté un coup financier sévère aux économies nigériane et mondiale (Pak et al., 2020). La pandémie a mis en exergue la façon dont les vulnérabilités des systèmes de santé peuvent avoir un impact profond sur les résultats sanitaires, le progrès économique, la confiance dans les gouvernements et la cohésion sociale (OCDE, 2020).

Les efforts de lutte contre la COVID-19 ont porté essentiellement sur les mesures de santé publique afin d'aplanir la courbe épidémique et de réduire le nombre de patients nécessitant un traitement médical d'urgence. Ces mesures visaient à renforcer la capacité du système de santé à traiter la COVID-19 et les problèmes de santé connexes tout en réduisant au minimum les perturbations des autres services de santé essentiels. En outre, ces efforts visaient à renforcer de manière opportuniste le système de santé afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) et d'autres cibles sanitaires des Objectifs de développement durable (ODD) (WHO, 2021b).

La riposte et la résistance à la COVID-19 varient considérablement dans la Région africaine. Le nombre de cas au Botswana et en Afrique du Sud continuait d'augmenter à la mi-2021, tandis que les pays voisins, le Mozambique et la Zambie, inversaient la courbe de l'épidémie (Ihekweazu & Agogo, 2020). L'étude de la riposte des systèmes de santé qui ont contribué à contenir l'épidémie peut aider à identifier les meilleures pratiques que les pays peuvent adopter ou adapter lorsqu'ils se préparent à faire face à de futures épidémies dans la Région.

Qu'est-ce que la résilience des systèmes de santé ?

La résilience des systèmes de santé est définie comme la capacité d'un système de santé à « prévenir, se préparer, détecter, s'adapter, réagir et se remettre efficacement face aux menaces pour la santé publique tout en assurant le maintien de services de santé essentiels et de routine de qualité dans tous les contextes » (WHO, 2023b). Elle correspond à la capacité de répondre aux pandémies et autres chocs susceptibles de provoquer des perturbations systémiques. Les chocs sont définis comme des perturbations aiguës du fonctionnement des systèmes de santé, telles que les épidémies et les situations d'urgence (Kagwanja et al., 2020). La faiblesse des systèmes de santé dans de nombreux pays d'Afrique à revenu faible ou intermédiaire les empêche de contenir les pandémies et de maintenir les services de santé essentiels (Karamagi et al., 2022). Cela affecte les progrès vers les objectifs nationaux et mondiaux, notamment les ODD et les objectifs de santé de la CSU.

La résilience est un terme très controversé et en constante évolution. Les systèmes de santé résilients peuvent répondre efficacement aux urgences de santé publique tout en se protégeant et en protégeant les populations qu'ils desservent de l'impact de ces urgences (Kruk et al., 2015). Les systèmes de santé résilients peuvent supporter les chocs quotidiens et sont bien préparés à s'adapter et à s'ajuster face à des situations d'urgence exceptionnelles. Ils sont donc essentiels pour obtenir de bons résultats en matière de santé avant, pendant et après les catastrophes (Bayntun, 2012). Les cinq éléments d'un système de santé résilient sont les suivants : i) la connaissance des forces et des faiblesses de ses éléments constitutifs ; ii) la connaissance de ses vulnérabilités et de son niveau d'exposition à divers dangers et risques ; iii) la capacité de répondre à toute une série de problèmes de santé publique pouvant survenir avant ou pendant une catastrophe ; iv) la capacité à s'adapter rapidement et efficacement à des situations en constante évolution ; et v) la capacité à s'autoréguler (Kruk et al., 2015).

Le concept de résilience est fréquemment utilisé dans le cadre de la préparation et de la réponse des systèmes de santé aux épidémies (Sagan et al., 2021) et, au fil du temps, il est devenu étroitement lié aux urgences de santé publique (Gilson et al., 2017). Plus récemment, la définition a évolué pour englober les efforts de renforcement des systèmes de santé, notamment la capacité à détecter, isoler et répondre aux menaces tout en maintenant les fonctions essentielles (Kruk et al., 2015, 2017 ; Fridell et al., 2020 ; Nzinga et al., 2021 ; Sagan et al., 2021). Les systèmes capables de répondre aux menaces et de maintenir les services quotidiens sont considérés comme ayant un double « dividende de résilience » (Rodin, 2014).

Pour parvenir à une double résilience qui garantisse des adaptations durables au-delà d'une crise, il faut investir à long terme dans le système de santé (Sagan et al., 2021). L'OMS définit de manière exhaustive ce double dividende comme la capacité des systèmes de santé à « prévenir, préparer, détecter, s'adapter, réagir et se remettre efficacement face aux menaces pour la santé publique, tout en assurant le maintien de services de santé essentiels et courants de qualité dans tous les contextes, y compris dans les situations de fragilité, de conflit et de violence » (Wise, 2023).

La gouvernance des systèmes de santé comme composante de la résilience

Les ressources financières, la prestation de services et les stratégies de gouvernance renforcent la résilience (Greer et al., 2020 ; Sagan et al., 2021). Dans le présent rapport, l'accent est mis sur la contribution des stratégies de gouvernance. La gouvernance est l'un des principaux fondements des systèmes de santé solides et la pierre angulaire des organisations bien gérées (Siddiqi et al., 2009). Une gouvernance efficace du système de santé se caractérise par la réactivité et la responsabilité, des processus transparents d'élaboration de politiques, une participation active des citoyens et la capacité des pouvoirs publics à planifier, gérer et réglementer efficacement la mise en œuvre des politiques et la prestation de services (Brinkerhoff & Bossert, 2014). Par ailleurs, les individus, les administrations, les structures politiques et les facteurs institutionnels et contextuels favorables sont à la base du développement de systèmes de santé résilients (Balabanova et al., 2013). (Balabanova et al., 2013).

L'efficacité des réponses du système de santé aux urgences sanitaires repose sur une bonne coordination des acteurs et des actions à mener à tous les niveaux et dans les différents secteurs (Sagan et al., 2021). La riposte à la pandémie de COVID-19 a nécessité un leadership fort et une prise de décision rapide afin de faire correspondre les priorités des différentes parties prenantes. De nombreux pays ont déclaré l'état d'urgence et/ou adopté une législation d'urgence pour mettre en œuvre cette riposte (Adesanya, 2020 ; Greer et al., 2020 ; Ihekweazu & Agogo, 2020 ; WHO, 2021b, 2021d). Dans le système fédéral nigérian, des efforts considérables ont été déployés pour intégrer des approches multisectorielles et intersectorielles ainsi que la participation des parties prenantes dans l'élaboration des stratégies de confinement et de coordination de la COVID-19. Toutefois, les niveaux de résilience et la force des stratégies de gouvernance varient d'un État à l'autre au Nigéria, et l'adaptation et la mise en œuvre des contre-mesures de santé publique diffèrent d'un État à l'autre.

Quel est l'objectif de cette note d'information ?

La présente note d'information recense et analyse les stratégies de gouvernance du système de santé mise en œuvre au Nigéria pour se préparer et faire face à la pandémie de COVID-19. Il met en évidence les enseignements tirés et les incidences sur les politiques pour le renforcement de la résilience des systèmes de santé à l'avenir. Elle s'adresse aux décideurs politiques, aux responsables de programmes, aux partenaires de développement et aux autres parties prenantes qui jouent un rôle clé pendant et après les situations d'urgence en matière de santé publique.

Objectifs

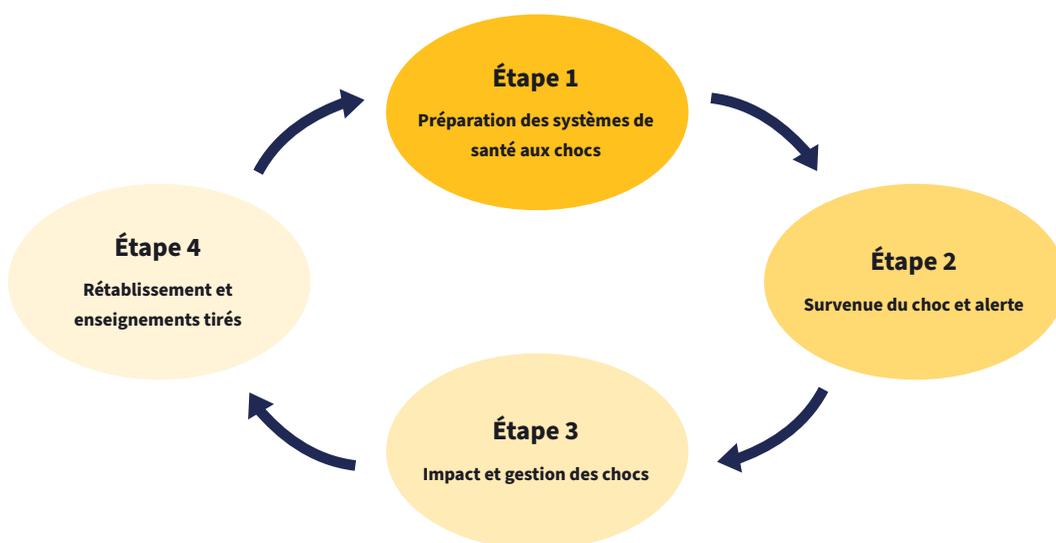
1. Évaluer comment la riposte à la COVID-19 en matière de gouvernance du système de santé a contribué à renforcer le système de santé nigérian et ont influencé sa résilience.
2. Identifier les stratégies de gouvernance qui renforcent ou limitent la résilience des systèmes de santé.
3. Résumer les incidences sur les politiques et les opportunités potentielles pour améliorer la résilience du système de santé du Nigéria.

Méthodologie

Le rapport se fonde sur une synthèse de données secondaires tirées de la littérature. Une étude a été menée sur les documents publiés (y compris les rapports gouvernementaux, les publications de recherche et les rapports des médias) qui spécifient les stratégies de gouvernance pour la riposte des systèmes de santé aux épidémies au Nigéria. Les stratégies de gouvernance pour les épidémies ont été évaluées pour les quatre étapes du choc - préparation aux chocs, réaction aux chocs, gestion de l'impact et évaluation des leçons tirées pour les réponses futures. Des publications évaluées par des pairs et présentant les expériences d'autres pays africains pendant la pandémie ont également été examinées, dans la mesure où elles étaient disponibles.

Tout en reconnaissant l'existence d'autres cadres solides de résilience des systèmes de santé (Balde et al., 2022 ; WHO, 2023b), le présent rapport se fonde sur un cadre de stratégies de gouvernance renforçant la résilience pour examiner l'état de préparation de la fonction de gouvernance du système de santé nigérian - aux niveaux fédéral, étatique et local - afin de résister et de s'adapter à l'impact de la pandémie de COVID-19 (Thomas et al., 2020). Ce cadre identifie explicitement cinq stratégies pour renforcer la résilience de la fonction de gouvernance du système de santé et propose des domaines d'évaluation pour chaque stratégie (voir tableau 1). Il propose une définition spécifique et opérationnelle qui porte essentiellement sur les quatre étapes critiques du choc (Fig. 1). Le cadre permet de déterminer les conséquences d'une faible structure de gouvernance des systèmes de santé sur la capacité à se préparer et à réagir efficacement aux futures situations d'urgence sanitaire.

Figure 1 : Les quatre étapes critiques du choc



Source : Thomas et al., 2020.

Tableau 1. Stratégies de gouvernance et domaines d'évaluation pour le renforcement de la résilience

Stratégie	Domaines d'évaluation
<p>Leadership efficace et participatif avec une vision et une communication claires</p>	<p>Ensemble de plans et de protocoles d'urgence, et législation sur les situations d'urgence</p> <p>Capacité de gestion fonctionnelle pour la gouvernance</p> <p>Participation et intégration des parties prenantes</p> <p>Leadership/direction et chaîne de commandement claire</p> <p>Responsabilisation des organismes publics</p> <p>Structures de gouvernance efficaces (transparence, responsabilité et participation des parties prenantes)</p> <p>Plan clair et réalisable pour les mesures d'intervention</p> <p>Définition d'une orientation stratégique</p> <p>Établissement de la confiance du public dans les organismes d'intervention</p> <p>Communication efficace</p>
<p>Coordination des activités entre les pouvoirs publics et les principales parties prenantes</p>	<p>Collaboration entre les secteurs</p> <p>Accords avec les acteurs concernés (par exemple, les organismes internationaux, les fournisseurs non étatiques et les organisations non gouvernementales [ONG])</p>
<p>Culture d'apprentissage organisationnel sensible aux crises</p>	<p>Culture organisationnelle innovante ou culture de l'apprentissage</p> <p>Recours au retour d'information et à l'analyse pour éclairer la prise de décision</p> <p>Mécanismes d'évaluation, d'audit et enseignements tirés de la réaction au choc et mise en œuvre du changement</p>
<p>Systèmes et flux d'information efficaces</p>	<p>Flux d'informations entre les parties prenantes et mécanismes de partage des données</p> <p>Flux de données, d'informations et d'analyses pour la prise de décision et l'évaluation</p> <p>Mécanismes de diffusion diligente des lignes directrices et des protocoles</p> <p>Infrastructure de communication (physique : téléphone et Wi-Fi ; immatérielle : presse, communauté et ONG)</p> <p>Existence de systèmes de collecte et d'interconnexion de données</p>
<p>Surveillance permettant de détecter à temps les chocs et leur impact</p>	<p>Surveillance épidémiologique et systèmes d'alerte précoce</p> <p>Existence de mécanismes permettant d'identifier l'évolution des besoins et de l'accès aux services</p>

Source : Thomas et al., 2020, p. 16: Table 1: Examples of assessment areas grouped by resilience-enhancing strategy.

Structure administrative

Le Nigéria fonctionne selon un système de gouvernement fédéral comprenant trois niveaux : le niveau national, le niveau des États fédérés et les zones/conseils de gouvernement local (LGA). Le pays est divisé en 36 États et le territoire de la capitale fédérale (FCT) à Abuja, et compte 774 collectivités locales au total. Ces 774 collectivités locales sont divisées en 9565 districts. Les communautés/villages constituent les districts. Les États et le territoire de la capitale fédérale sont regroupés en six zones géopolitiques non administratives : le sud-sud, le sud-est, le sud-ouest, le nord-est, le nord-ouest et le centre-nord.

Dans le système administratif fédéral à trois niveaux du Nigéria, chaque niveau est théoriquement autonome dans la gestion des ressources. La santé relève de la liste des législations communes de la Constitution, qui permet aux autorités fédérales, étatiques et locales d'assumer des rôles différents - et qui peuvent se chevaucher - en matière d'élaboration de politiques, de réglementation et de prestation de services. L'absence de répartition précise des rôles et des responsabilités entraîne une grande ambiguïté dans la gestion des systèmes de santé (Kombe et al., 2009). Bien que la loi nationale sur la santé (2014) définisse les fonctions du ministère fédéral de la santé (FMOH), il n'existe pas de distinction claire entre les fonctions du ministère de la Santé de l'État et celles de l'autorité sanitaire des collectivités locales.

Historiquement, les soins de santé primaires relèvent de la responsabilité des collectivités locales, les gouvernements des États apportant juste un soutien logistique (formation du personnel, aide financière, planification et opérations). Cependant, la politique de 2016 sur les soins de santé primaires dénommée « sous un même toit » place les services de soins de santé primaires du Nigéria sous un seul organisme de gestion avec le principe des « trois un » - un organisme de gestion, un plan et un système de suivi et d'évaluation (NPHCDA, 2015). Les soins de santé primaires sont donc l'affaire de tous (FMOH, 2016).

Riposte face aux épidémies et aux pandémies

Le Nigéria a connu de nombreuses épidémies. L'épidémie d'Ebola a été importée au Nigéria en 2014 et s'est propagée à Lagos et Port Harcourt, avec environ 25 millions de personnes à risque. Au total, 20 cas et huit décès ont été enregistrés, ce qui indique que l'épidémie a été efficacement contenue et maîtrisée (Oluwalana et al., 2016). Cela a été possible parce que le Centre nigérian d'opération d'urgence Ebola et le système de gestion des incidents ont été activés rapidement, que les ressources ont été mobilisées et déployées rapidement et que les mesures de contrôle ont été coordonnées par une équipe multidisciplinaire et cinq équipes d'intervention (Oluwalana et al., 2016). Le kit de données ouvertes et la technologie Form Hub ont été déployés avec la technologie Dashboard et la cartographie ArcGIS pour la recherche de contacts, l'identification et l'investigation des cas, la gestion des cas et la planification de la riposte stratégique (Tom-Aba et al., 2015).

La fièvre de Lassa, qui est endémique au Nigéria, a été déclarée urgence de santé publique par le Centre nigérian de contrôle des maladies (NCDC) en 2019 en raison des taux de mortalité très élevés après exposition au virus (Dan-Nwafor et al., 2019 ; Okoro et al., 2020). Cette déclaration a permis de renforcer la surveillance des maladies et les systèmes de laboratoire pour les interventions d'urgence (Dan-Nwafor et al., 2019). Les directives cliniques ont également été revues afin de mettre l'accent sur la lutte anti-infectieuse.

La pandémie de COVID-19 a infligé de multiples chocs à l'infrastructure sanitaire nationale du Nigéria, qui a été classé comme le pays d'Afrique de l'Ouest le plus touché par la pandémie de COVID-19 (Ndiaye et al., 2023). Au 19 juillet 2023, on comptait 266 675 cas confirmés de COVID-19 et 3155 décès. Entre la date de la première vaccination, le 5 mars 2021, et le 26 juillet 2023, 127 697 675 doses de vaccin ont été administrées, soit 61,95 doses de vaccin pour 100 habitants. Parmi elles, 89 908 623 ont reçu au moins une dose et 77 382 677 personnes ont été vaccinées avec une série primaire complète (WHO, 2022, 2023a).

Avant l'épidémie de COVID-19, la préparation du Nigéria aux épidémies était évaluée à l'aide d'un ensemble normalisé d'indicateurs, les outils de l'évaluation externe conjointe (EEC), qui évaluent les capacités des pays à prévenir et à détecter les

risques pour la santé publique et à y faire face. L'évaluation porte sur les capacités dans 19 domaines techniques du règlement sanitaire international (RSI), répartis en quatre grands groupes : « Prévenir » (7 domaines techniques, 15 indicateurs) ; « Détecter » (4 domaines techniques, 13 indicateurs) ; « Réagir » (5 domaines techniques, 14 indicateurs) ; et Points d'entrée (PoE) ainsi que d'autres risques liés au RSI (3 domaines techniques, 6 indicateurs). Les capacités sont évaluées sur une échelle allant du niveau 1, qui indique une absence de capacités, au niveau 5, qui indique l'existence de capacités durables (Talisuna et al., 2005). Le pays a obtenu une moyenne de 1,9 dans la catégorie « prévenir », 2,6 dans la catégorie « détecter » et 1,5 dans la catégorie « réagir » (WHO, 2017a), tandis que le Ghana a obtenu respectivement 2,3, 2,5 et 1,9 lors d'une évaluation similaire (WHO, 2017b). Bien que la note relative à la préparation aux épidémies ait augmenté au cours des deux années qui ont suivi l'évaluation initiale, elle est restée très faible, ce qui signifie que le pays était mal préparé à faire face aux épidémies (Offiong, 2020). Cependant, une fois que la pandémie de COVID-19 a été déclarée urgence de santé publique de portée internationale, le gouvernement du Nigéria a réagi rapidement en mettant en place des systèmes de santé pour lutter contre la transmission, réduire la morbidité et la mortalité, et protéger et soigner les populations vulnérables (Dixit et al., 2020). La rapidité de l'intervention a été stimulée par la reconnaissance, par le pays, de sa vulnérabilité aux épidémies et de son expérience dans la gestion de la fièvre Ebola. Cependant, le pays ne disposait toujours pas de capacités suffisantes au moment de l'épidémie, selon les normes internationales (Offiong, 2020).

Stratégies de gouvernance pour le renforcement de la résilience

Cette section présente les résultats de l'analyse documentaire des stratégies de gouvernance mises en place aux différents stades du choc lors de la pandémie de COVID-19 au Nigéria : préparation, survenue du choc et alerte, impact et gestion du choc, rétablissement et enseignements tirés.

Tableau 2 : Évaluation des stratégies de gouvernance qui renforcent ou entravent la résilience à différents stades du choc pendant la pandémie de COVID-19 au Nigéria

Critères d'évaluation	Étape du choc			
	1. Préparation	2. Survenue du choc et alerte	3. Impact et gestion du choc	4. Rétablissement et enseignements tirés
1. Leadership efficace et participatif avec une vision et une communication claire				
Ensemble de plans et de protocoles d'urgence, et législation sur les situations d'urgence	Moyen : plans et protocoles spécifiques à une maladie uniquement	Fort : Le Plan national d'intervention en cas de pandémie a été élaboré	Aucune indication de changement	
Capacité de gestion fonctionnelle pour la gouvernance	Faible : n'existe qu'au niveau fédéral - NCDC	Fort : NCRC fonctionnel	Aucune indication de changement ou de durabilité	
Participation et intégration des parties prenantes	Faible : uniquement au niveau fédéral	Moyen : niveaux fédéral et étatique uniquement	Aucune indication de changement ou de durabilité	
Leadership/direction et chaîne de commandement claire	Faible : pas de chaîne de commandement	Moyen : chaîne de commandement plus claire au niveau fédéral	Aucune indication de changement ou de durabilité	
Responsabilisation des organismes publics	Faible : n'existe que sur le papier	Faible : n'existe que sur le papier	Faible : n'existe que sur le papier	Faible : n'existe que sur le papier
Des structures de gouvernance efficaces	Faible : structures inefficaces	Moyen : participation des parties prenantes		Aucune indication de changement ou de durabilité
Plan clair et réalisable pour les mesures d'intervention	Moyen : élaboration de protocoles et de lignes directrices provisoires	Fort : plan d'intervention multisectorielle élaboré par le NCRC		Aucune indication de changement
Définition d'une orientation stratégique	Moyen : activation d'un CPG et d'un groupe de travail technique interministériel	Fort : PSC		Aucune indication de changement
Établissement de la confiance du public dans les organismes d'intervention	Inexistante			
Communication efficace	Faible : absence de stratégie de communication	Faible : absence de stratégie de communication	Fort : élaboration d'une stratégie RCCE ; campagnes multimédias ; modèles à suivre	Aucune indication de changement

Tableau 2. suite

Critères d'évaluation	Étape du choc			
	1. Préparation	2. Survenue du choc et alerte	3. Impact et gestion du choc	4. Rétablissement et enseignements tirés
2. Coordination des activités entre les pouvoirs publics et les principales parties prenantes				
Collaboration entre les secteurs	Fort : groupe de travail technique interministériel	Fort : collaboration du secteur public avec la coalition organisée du secteur privé CACOVID ; renforcement de la collaboration du secteur de la santé avec l'autorité de l'aviation civile du Nigéria.	Fort : CEPI multisectoriel impliquant le NIMR, le NIPRD et la NAFDAC ; comité consultatif ministériel d'experts multidisciplinaire sur la COVID-19	Faible : défaut de viabilité des collaborations
Accords avec les acteurs concernés	Inexistante			
3. Culture d'apprentissage organisationnel sensible aux crises				
Culture organisationnelle innovante, culture de l'apprentissage	Fort : enseignements tirés des épidémies précédentes	Fort : la décentralisation des COU s'est inspiré de la PEI ; cooptation d'experts de la PEI ; adoption du modèle de retour d'information communautaire d'Ebola.	Fort : adoption de stratégies de communication efficaces utilisées lors de l'épidémie d'Ebola	Aucune indication de viabilité
Recours au retour d'information et à l'analyse pour éclairer la prise de décision	Inexistante	Fort : les stratégies d'atténuation ont été fondées sur l'évaluation des risques du pays et sur des preuves d'efficacité	Fort : expansion des sites de dépistage sur la base des données relatives au schéma de transmission communautaire	Aucune indication de viabilité
Mécanismes d'évaluation, d'audit et enseignements tirés de la réaction au choc et mise en œuvre du changement	Faible : le comité d'experts sur l'éradication de la poliomyélite n'existe plus.	Fort : Équipe d'atténuation de la COVID-19	Fort : Équipe d'atténuation de la COVID-19	Aucune indication de viabilité
4. Systèmes et flux d'information efficaces				
Flux d'informations entre les parties prenantes et mécanismes de partage des données	Fort : intégration des systèmes de collecte de données dans le système d'information sanitaire du pays	Fort : Microsite du NCDC pour la COVID-19 ; lignes téléphoniques gratuites ; points de presse	Fort : Microsite du NCDC pour la COVID-19 ; boîte de dialogue interactive par SMS ; points de presse ; Twitter	Faible : seuls le site web du NCDC et le compte Twitter sont fonctionnels
Flux de données, d'informations et d'analyses pour la prise de décision et l'évaluation	Aucune indication de son existence			
Mécanismes de diffusion diligents des lignes directrices et des protocoles	Faible : Site web du NCDC	Fort : Microsite du NCDC pour la COVID-19 ; points de presse ; Twitter	Fort : Microsite du NCDC pour la COVID-19 ; boîte de dialogue interactive par SMS ; points de presse ; Twitter	Faible : seuls le site web du NCDC et le compte Twitter sont fonctionnels
Infrastructures de communication	Faible : pas disponible ou fonctionnel au niveau infranational, sauf dans l'État de Lagos	Faible : pas disponible ou fonctionnel au niveau infranational, sauf dans l'État de Lagos		Faible : pas disponible ou fonctionnel au niveau infranational, sauf dans l'État de Lagos
Existence de systèmes de collecte et d'interconnexion de données	Fort : Utilisateurs de SORMAS et du système mobile de renforcement de la réponse aux épidémies			Il est impossible de déterminer l'état de fonctionnement des deux systèmes

Tableau 2. suite

Critères d'évaluation	Étape du choc			
	1. Préparation	2. Survenue du choc et alerte	3. Impact et gestion du choc	4. Rétablissement et enseignements tirés
5. Surveillance permettant de détecter à temps les chocs et leur impact				
Surveillance épidémiologique et systèmes d'alerte précoce	Faible : système passif de la SIMR	Moyen : intensification de la détection active des cas par le contrôle des voyageurs aux points d'entrée.	Fort : recherche des contacts ; surveillance communautaire à l'aide de l'approche AVADAR et d'informateurs	Fort : adoption d'une stratégie de surveillance intégrée et unifiée pour surveiller d'autres maladies sujettes aux épidémies
Existence de mécanismes permettant d'identifier l'évolution des besoins et de l'accès aux services	Faible : La SIMR ne permet pas d'identifier l'évolution des besoins et de l'accès aux services	Faible : La SIMR ne permet pas d'identifier l'évolution des besoins et de l'accès aux services	Moyen : examen quotidien des dossiers médicaux dans l'État de Lagos uniquement	Rien n'indique que l'examen quotidien soit maintenu.

Légende : **AVADAR** : Détection auto-visuelle et notification des cas de paralysie flasque aiguë ; **CACOVID** : Coalition contre la COVID-19 ; **CEPI** : Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies ; **COU** : Centre d'opérations d'urgence ; **CPG** : Groupe de préparation au coronavirus ; **NAFDAC** : Agence nationale pour l'administration et le contrôle des aliments et des médicaments ; **NCDC** : Centre nigérian de contrôle des maladies ; **NCRC** : Centre national d'intervention contre la COVID-19 ; **NIMR** : Institut nigérian de recherche médicale ; **NIPRD** : Institut national pour la recherche et le développement pharmaceutiques ; **ONG** : organisation non gouvernementale ; **PEI** : Initiative pour l'éradication de la poliomyélite ; **RCCE** : communication sur les risques et participation communautaire ; **SIMR** : Surveillance intégrée des maladies et riposte ; **SORMAS** : Système de surveillance des flambées épidémiques et d'analyse

1. Leadership efficace et participatif avec une vision et une communication claire

- Ensemble de plans et de protocoles d'urgence, et législation sur les situations d'urgence
- Capacité de gestion fonctionnelle pour la gouvernance
- Participation et intégration des parties prenantes
- Leadership/direction et chaîne de commandement claire
- Responsabilisation des organismes publics
- Structures de gouvernance efficaces
- Plan clair et réalisable pour les mesures d'intervention
- Définition d'une orientation stratégique
- Établissement de la confiance du public dans les organismes d'intervention
- Communication efficace

Préparation

Avant la pandémie de COVID-19, le NCDC surveillait déjà les flambées de maladies infectieuses et coordonnait les mesures de lutte dans le pays. Le NCDC est un organisme parapublic du ministère fédéral de la Santé qui a été légalement créé en novembre 2018 avec pour mandat de « diriger la préparation, la détection et la riposte aux épidémies de maladies infectieuses et aux urgences de santé publique ». Sa mission stratégique de 4 ans (2017-2021) était de « protéger la santé des Nigériens par une prévention fondée sur des données probantes, une surveillance intégrée des maladies et des activités de riposte en recourant à l'approche « Une seule santé » guidée par la recherche et dirigée par une main-d'œuvre qualifiée ». En 2022, le NCDC a procédé à un examen final de la mise en œuvre de la stratégie 2017-2021, et les enseignements tirés ont servi à l'élaboration de la nouvelle stratégie quinquennale (2023-2027).

À la suite de la première évaluation externe conjointe (EEC) de la préparation du Nigéria aux épidémies en 2017, le plan d'action national pour la sécurité sanitaire a été élaboré sous la direction du NCDC afin de renforcer les capacités essentielles du Nigéria en matière de RSI et de combler les lacunes identifiées (WHO, 2017a). Le plan stratégique quinquennal - élaboré en collaboration avec

les ministères, départements et organismes concernés - sert de feuille de route principale pour l'action multisectorielle en matière de prévention, de détection et de riposte aux menaces pour la santé publique. Il s'articule autour des principes de l'approche « Une seule santé » et précise les procédures, le personnel et les ressources (y compris les coûts estimés) nécessaires pour mettre en œuvre les activités prioritaires dans les 19 domaines techniques du RSI sur une période de deux ans (2018-2019). L'EEC 2023 réalisée en août 2023 a marqué une amélioration significative de la sécurité sanitaire du Nigéria, avec une augmentation louable de son score qui est passé de 39 % en 2017 à 54 % (Ibukun and Biose, 2023).

Dès que la communauté internationale a pris conscience de l'épidémie de COVID-19 en Chine, le NCDC a mis en place des structures de gouvernance et d'autres mesures pour endiguer une épidémie imminente (Dan-Nwafor et al., 2020). Le Coronavirus Preparedness Group (CPG) a été créé en janvier 2020 au sein du NCDC pour mettre en place un système de gestion des incidents qui garantirait l'efficacité de la future préparation aux situations d'urgence du pays (Ajisegiri, Odusanya, & Joshi, 2020 ; Amzat et al., 2020). Le groupe de travail technique interministériel a été inauguré au sein du FMoH le 31 janvier 2020 afin d'accélérer la préparation et les interventions intersectorielles en cas d'épidémie dans le pays (Dan-Nwafor et al., 2020).

Des protocoles et des lignes directrices provisoires pour la prise en charge des cas de COVID-19 ont été élaborés et diffusés à tous les établissements de santé au niveau national et au niveau des États où la mise en œuvre a eu lieu. En outre, le plan nigérian de préparation et d'intervention en cas de pandémie de grippe a été revu pour tenir compte de l'imminence d'une épidémie de COVID-19 (Dan-Nwafor et al., 2020). Par rapport aux épidémies précédentes, ces activités ont été réalisées à temps car le Nigéria a exploité les acquis et les expériences des préparations et des stratégies mises en place pour l'épidémie d'Ebola en 2014 et les fréquentes épidémies de la fièvre de Lassa de la dernière décennie (Abayomi et al., 2021).

Par comparaison avec l'état de préparation d'autres pays africains, une étude de modélisation a classé le Nigéria - ainsi que l'Angola, l'Éthiopie, le Ghana, le Kenya, le Soudan et la Tanzanie - comme présentant un risque modéré et une grande vulnérabilité, mais avec des capacités de réaction variables (Gilbert et al., 2020).

Survenue du choc et alerte

Le premier cas indicateur de COVID-19 au Nigéria a été signalé le 27 février 2020. Dans les deux semaines qui ont suivi la détection de ce premier cas de COVID-19 au Nigéria, la Presidential Task Force (PTF) sur la COVID-19 a été constituée pour coordonner une riposte multipartite à la pandémie (Dan-Nwafor et al., 2020 ; Oleribe et al., 2020). Le PTF, rebaptisé Comité de pilotage présidentiel (PSC) le 1er avril 2021, était présidé par le secrétaire du gouvernement de la Fédération (SGF) et comprenait des membres de différents ministères, services et organismes. Le PTF a élaboré le plan national multisectoriel d'intervention en cas de pandémie de COVID-19, qui constitue le schéma directeur des activités de riposte. Il a coordonné le financement et la gouvernance des interventions de santé publique, géré la mobilisation des ressources et fourni un soutien social, établissant ainsi le cadre des mesures d'endiguement et de réouverture économique. Cette coordination multisectorielle de haut niveau du PTF a permis d'atténuer l'impact de la pandémie grâce à une intervention précoce et à de solides partenariats de collaboration avec des organisations bilatérales, multilatérales et du secteur privé (Bolu et al., 2022).

Un Centre national de riposte à la COVID-19 (CNR) a été mis en place pour fournir des orientations stratégiques et des ressources afin de permettre des interventions coordonnées entre de multiples secteurs et acteurs, et pour veiller à ce que le mandat du PSC soit rempli. En collaboration avec les parties prenantes gouvernementales et non gouvernementales, le PSC a élaboré un plan de riposte multisectoriel par étapes à la pandémie de COVID-19 pour des interventions immédiates à court terme. Le plan de riposte à la COVID-19 comprenait des stratégies spécifiques au secteur de la santé et à d'autres secteurs et prévoyait que les 36 États et le FCT s'alignent sur les objectifs du plan (Secrétariat du PTF, 2020).

Le ministère fédéral de la Santé (FMoH) et ses organismes ont coordonné la mise en œuvre des stratégies spécifiques au secteur de la santé, à savoir l'Agence nationale de développement des soins de santé primaires (NPHCDA) et le NCDC. Le FMoH était principalement responsable des services de santé portuaires et des centres d'isolement et de traitement. Le NPHCDA était principalement chargé de coordonner la détection et le triage des cas au niveau des soins de santé primaires. Le NCDC était chargé de la recherche, de la surveillance, de la recherche des contacts, des services de laboratoire et de la coordination du Centre national d'opérations d'urgence, qui a été mis en place avant le premier cas indicateur de COVID-19 au Nigéria (Dixit et al., 2020).

Par la suite, un plan national d'intervention en cas de pandémie (NPRP) à long terme a été élaboré pour éclairer la riposte du Nigéria aux épidémies actuelles et futures. Le plan était accompagné de lignes directrices et de protocoles pour l'alerte précoce, la lutte anti-infectieuse, la mise en quarantaine des voyageurs et la gestion de la logistique et du matériel, y compris les dons (WHO, 2018).

Des études portant sur des pays d'Amérique latine dotés de faibles capacités comparables en matière de systèmes de santé, tels que le Brésil, le Chili, la Colombie, l'Équateur et le Pérou, ont examiné les questions de gouvernance au cours de cette phase du cycle de choc. Ces études ont montré que les pays ont rapidement adopté des mesures strictes d'endiguement et d'atténuation des effets de la COVID-19 et qu'ils ont progressivement renforcé les capacités de leur système de santé. Toutefois, leurs efforts ont été entravés par les faiblesses préexistantes du système de santé (Benítez et al., 2020). Dans les pays à revenu élevé comme l'Allemagne et la République tchèque, les approches stratégiques et globales de la gouvernance adoptées à ce stade du cycle de choc ont contribué à atténuer les conséquences de la crise (Barzylovyh et al., 2020).

Impact et gestion du choc

Au fur et à mesure que la pandémie s'éternisait, il est devenu évident que pour détecter davantage de cas, les prendre en charge efficacement et freiner la propagation du virus, il fallait augmenter les tests. Les laboratoires d'analyse ont été décentralisés, tandis que les tests communautaires et la recherche des contacts ont commencé, ce qui a permis de réduire le risque d'exposition (Afolabi & Ilesanmi, 2021). Le NCDC a accrédité certains établissements privés pour leur permettre de diagnostiquer et de traiter les cas de COVID-19 afin de soulager les établissements publics. Il a également fermé les établissements de santé non accrédités afin d'empêcher la transmission du virus en raison de leur capacité insuffisante à prendre en charge l'infection (Ezigbo et Ifijeh, 2020).

Les tests de laboratoire pour la COVID-19 sont l'un des piliers de la riposte multisectorielle au Nigéria (FGoN, 2020). En prévision du pic de la troisième vague de COVID-19, qui a débuté en août 2021, le ministre de la Santé a demandé à tous les États de réactiver leurs centres d'isolement. Le gouvernement fédéral a déployé des kits de dépistage rapide à tous les points d'entrée officiels afin d'empêcher l'importation de la maladie dans le pays. Le FMOH a également renforcé les capacités locales en oxygène afin d'éviter les pénuries en cas d'augmentation de la demande. Le gouvernement fédéral a également proposé la création d'usines d'oxygène dans les 36 États et s'est prononcé en faveur d'un plus grand nombre de vaccins provenant de sociétés pharmaceutiques étrangères afin d'en accroître la disponibilité. Il a également été proposé de créer une entreprise de production de vaccins au Nigéria avec le soutien d'éminents Nigériens du secteur privé (Ezigbo & Ifijeh, 2020 ; Afolabi & Ilesanmi, 2021).

Les stratégies de communication sur les risques et participation communautaire (RCCE) ont été adoptées à partir des enseignements tirés de l'épidémie d'Ebola. Les agences de presse ont participé activement à l'éducation du public sur les stratégies de prévention des risques liés à la COVID-19 en faisant parfois appel à des célébrités comme agents de changement. Le FMOH et le NCDC ont utilisé leurs canaux de médias sociaux comme leviers pour informer en permanence leurs publics sur la situation de la COVID-19 et sur la manière de reconnaître et de signaler les cas suspects. Des affiches et des dépliants promotionnels ont été utilisés pour diffuser l'information. Les réseaux de téléphonie mobile ont configuré des mélodies d'appel qui communiquaient aux clients les risques liés à la COVID-19 et les stratégies de prévention (Akinmayowa & Amzat, 2020).

Rétablissement et enseignements tirés

Le Nigéria a connu quatre vagues de la pandémie de COVID-19, et certaines des procédures mises en place au début de la pandémie ont été institutionnalisées par l'élaboration de politiques, de plans stratégiques et de lignes directrices afin de garantir que le système de santé soit mieux préparé à réagir face aux futures pandémies. Le NPRP (2020) continuera à orienter la riposte du pays aux épidémies. Les centres d'isolement et les usines d'oxygène qui ont été mis en place dans les 36 États du pays continuent de remplir les fonctions de quarantaine et de soins intensifs. Cependant, le PSC, qui est censé diriger la riposte multipartite, n'est plus actif, bien qu'il ne soit pas clair s'il a été officiellement dissous. Cela a des conséquences sur la pérennité de la riposte des parties prenantes. Bien que le mandat initial du PSC ait été prolongé du 1er avril au 31 décembre 2021, les médias rapportent que le comité a continué à travailler jusqu'en décembre 2022 (Are, 2022). Toutefois, il n'existe pas de plans explicites à long terme pour une coordination multisectorielle durable lors des situations d'urgence sanitaire.

2. Coordination des activités entre les pouvoirs publics et les principales parties prenantes

- **Collaboration entre les secteurs**

- **Accords avec les acteurs concernés**

Préparation

Avant le premier cas de COVID-19 au Nigéria, le CPG (qui est un organisme national) a collaboré avec les gouvernements des États pour activer les COUSP au niveau infranational. Des liens ont également été établis entre les COUSP des États et le centre national de coordination des incidents (Ihekweazu & Agogo, 2020).

Le FMoH a mis en place un groupe de travail technique interministériel composé de parties prenantes issues de l'ensemble des ministères nigériens afin de renforcer l'intervention intersectorielle pour une riposte mieux coordonnée en cas d'épidémie de COVID-19 au Nigéria (Dan-Nwafor et al., 2020). Les parties prenantes étaient issues, entre autres, du FMoH, du NCDC, du NPHCDA, du ministère fédéral de l'agriculture et du développement rural, du ministère de la Défense, du bureau du conseiller à la sécurité nationale, de l'agence nationale chargée de l'application des normes et réglementations environnementales et de l'autorité de régulation nucléaire nigérienne.

Survenue du choc et alerte

Après la détection du premier cas de COVID-19 dans le pays, le CPG s'est transformé en un COUSP multisectoriel pour coordonner la riposte nationale (Dan-Nwafor et al., 2020). Des COUSP ont été activés dans les 36 États, le FCT aussi, pour surveiller et réagir face aux épidémies de maladies infectieuses au niveau infranational (Oyebanji et al., 2021). Les équipes d'intervention rapide ont été déployées depuis le NCDC au niveau national vers les États afin de fournir un soutien technique aux collectivités locales et organismes infranationaux pour une riposte efficace à l'épidémie de COVID-19 (FMINO, 2021).

Dès sa mise en place, le PSC a commencé à coordonner l'action de tous les ministères, services et organismes impliqués dans la riposte à la pandémie en alignant leurs activités sur l'endigement et l'atténuation de l'épidémie de COVID-19. En collaboration avec la coalition organisée du secteur privé contre la COVID-19 (CACOVID), des fonds importants ont été collectés pour soutenir les interventions de santé publique concernant la COVID-19 au Nigéria (Dan-Nwafor et al., 2020).

Par ailleurs, conformément aux lignes directrices de l'Organisation de l'aviation civile internationale, telles que stipulées dans l'accord de collaboration pour la prévention et la gestion des événements de santé publique dans l'aviation civile, l'Autorité de l'aviation civile du Nigéria a travaillé en étroite collaboration avec le FMoH pour garantir un contrôle rapide de tous les voyageurs entrants (Nuhu, 2020).

Impact et gestion du choc

Pour éradiquer le virus, le gouvernement fédéral a créé la Coalition of Epidemic Preparedness and Innovation (CEPI) afin de coordonner les activités de trois agences chargées de mener des recherches pharmaceutiques et cliniques sur la prévention et le traitement de la COVID-19 (Amzat et al., 2020). Parmi ces agences figuraient, l'Institut nigérien de recherche médicale (NIMR), l'Institut nigérien de recherche et de développement pharmaceutiques (NIPRD) et l'Agence nationale pour l'administration des aliments et des médicaments (NAFDAC).

Au fur et à mesure que la pandémie progressait au Nigéria, la nécessité d'étudier son évolution et son développement afin que les mesures prises pour y faire face soient plus efficaces s'est amplifiée et un comité consultatif ministériel d'experts sur la COVID-19 a été mis en place à cet effet. Le comité était composé d'experts techniques en virologie, en santé publique, en maladies infectieuses et en diagnostic (FMINO, 2020).

Rétablissement et enseignements tirés

Bien que la COVID-19 ne soit plus une urgence de santé publique de portée internationale (Wise, 2023), la coordination de la riposte de santé publique aux épidémies se poursuit grâce aux fonctions du NCDC, qui fournit un soutien technique et financier aux COUSP des États. Toutefois, la viabilité future de la structure de coordination infranationale dépendra de l'engagement des gouvernements des États (Saleh et al., 2022).

D'autres collaborations entre les secteurs publics, entre les secteurs public et privé et entre les disciplines n'ont pas été maintenues. Cette situation peut être attribuée à l'absence d'un cadre juridique permettant d'institutionnaliser ces collaborations et au manque de financement durable pour maintenir les activités.

Le niveau de collaboration multisectorielle et intersectorielle volontaire au début de la pandémie était innovant, et bien que la collaboration ait potentiellement eu des coûts de transaction élevés, les enseignements tirés suggèrent qu'elle devra être réactivée pour faire face aux futurs chocs sanitaires. La nature de l'impact de la COVID-19 a nécessité une approche globale de la société pour y répondre et a des implications pour les réformes liées à l'intégration de la santé dans toutes les politiques au Nigéria. Cela s'est avéré évident pendant la période de confinement où d'autres secteurs clés (en particulier l'éducation, l'alimentation/agriculture et les finances) ont été touchés au Nigéria et dans toute l'Afrique, avec des répercussions sur le secteur de la santé, notamment pour les maladies transmissibles et non transmissibles (Formenti et al., 2022).

La cartographie des actions multisectorielles et intersectorielles de l'OMS pour la santé et le bien-être dans la Région européenne (WHO, 2018) indique que ces collaborations sont généralement déclenchées lorsque le système de santé n'est pas en mesure de relever seul les défis en matière de santé et de bien-être. Les collaborations sont facilitées par des attributions claires, des ressources, des capacités, des données suffisantes. Elles se justifient par une prise en compte adéquate des défis et des obstacles, dont le manque de volonté politique, le manque de ressources et de coordination, les conflits d'intérêts et les déséquilibres de pouvoir entre les secteurs (WHO, 2018).

3. Culture d'apprentissage organisationnel sensible aux crises

- **Culture organisationnelle innovante ou culture de l'apprentissage**
- **Recours au retour d'information et à l'analyse pour éclairer la prise de décision**
- **Mécanismes d'évaluation, d'audit et enseignements tirés de la réaction au choc et mise en œuvre du changement**

Préparation

En raison de ses succès antérieurs dans la gestion des épidémies, le Nigéria a été l'un des premiers pays à reconnaître le risque de COVID-19 et à mettre en œuvre des mesures non pharmaceutiques pour lutter contre la transmission communautaire et empêcher l'importation de nouveaux cas (Mbachu et al., 2023 ; Dan-Nwafor et al., 2020). Ces mesures sont notamment les suivantes : i) l'élaboration d'un plan de préparation et de riposte communautaire, ii) le déploiement du dépistage aux points d'entrée, iii) l'adoption d'approches innovantes pour la surveillance des maladies, et iv) l'instauration de partenariats pour améliorer l'accès aux vaccins et aux technologies.

Le plan de préparation et de riposte communautaire pour la COVID-19 au Nigéria s'inspire des enseignements tirés de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite. Cette initiative implique les communautés par l'intermédiaire de leurs dirigeants et de leurs aiguilleurs, ce qui est essentiel pour garantir des taux élevés d'adhésion aux interventions et favoriser l'appropriation du processus de communication par la communauté (Mbachu et al., 2023 ; Etteh, Adoga & Ogbaga, 2020 ; Bologna et al., 2021 ; Kalbarczyk et al., 2021). En outre, la décision du gouvernement fédéral de mettre en œuvre des procédures de dépistage aux points d'entrée, de renforcer la sensibilisation par les médias et d'offrir des tests de laboratoire gratuits aux patients symptomatiques a été influencée par les enseignements tirés de la riposte à Ebola de 2014 (Mbachu et al., 2023 ; Ebenso & Otu, 2020).

Partout en Afrique, une série d'initiatives innovantes ont été mises en œuvre pour atténuer les effets de la COVID-19, proposant des stratégies précieuses pour la lutte contre les maladies et la riposte face aux futures situations d'urgence. Les principales innovations, promues en collaboration par les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (Africa CDC) et leurs partenaires, comprennent des plateformes de santé numérique pour la surveillance, le développement et l'utilisation de la surveillance des agents pathogènes basée sur la génomique, l'établissement de nouveaux partenariats pour améliorer l'accès aux diagnostics et aux vaccins, et la promotion de l'achat groupé de fournitures médicales. Par ailleurs, des efforts ont été déployés pour stimuler la fabrication d'outils de diagnostic sur le continent afin de résoudre les problèmes d'approvisionnement rencontrés pendant la pandémie (Inzaule et al., 2021).

Survenue du choc et alerte

Peu après que le Nigéria a enregistré son premier cas indicateur de COVID-19, le gouvernement fédéral a mis en place une équipe chargée de l'atténuation des effets de la COVID-19 afin de coordonner une riposte multisectorielle du système de santé. Cette décision a été motivée par la reconnaissance du fait que la pandémie avait perturbé même les systèmes de santé les plus stables au niveau mondial (Etteh, Adoga, & Ogbaga, 2020), associée au fait que le Nigéria avait été répertorié comme « l'un des points chauds probables de la transmission de la COVID-19 sur le continent africain » (Ayenigbara, 2020 ; Ayenigbara et al., 2020).

Les COUSP décentralisés au niveau des États fédérés pour lutter contre la COVID-19 ont été conçus sur le modèle des COUSP activés au cours des derniers mois de fonctionnement de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite au Nigéria (Ajisegiri, Odusanya et Joshi, 2020). Le personnel de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite a été sollicité pour aider à la coordination de la riposte face à la COVID-19, à la recherche des contacts, à l'investigation des cas, à la communication sur les risques, à la participation communautaire et à la surveillance des maladies. Ce soutien a été vital pour la lutte contre la pandémie pendant la phase de transmission communautaire.

De même, un modèle de retour d'information communautaire utilisé par la Croix-Rouge internationale dans un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne (Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Madagascar, Sierra Leone, Soudan du Sud et Zimbabwe) pendant les crises d'Ebola a été adapté aux niveaux national, régional et local pour recueillir et transmettre les points de vue des communautés sur la COVID-19, qui ont servis pour la prise de décision (Erlach et al., 2021).

Impact et gestion du choc

Environ deux mois après la détection du cas indicateur au Nigéria, la capacité d'analyse des laboratoires du pays était encore très faible. Le NCDC a réorienté l'utilisation des plateformes de dépistage du VIH (laboratoires moléculaires) et de la tuberculose (machines Gene Xpert) vers le dépistage du virus SARS-CoV-2. En conséquence, les centres de dépistage de la COVID-19 se sont multipliés et le nombre de tests quotidiens est passé de 2500 à 15 000, avec un délai d'exécution amélioré de 24 à 48 heures (Al-Mustapha et al., 2021). L'expansion des sites de dépistage se fondait sur une tendance de transmission communautaire : « Au fur et à mesure que des signes de transmission communautaire sont apparus, il est devenu impératif d'augmenter la capacité de dépistage pour obtenir une estimation précise du nombre de cas, ce qui a poussé le NCDC à publier une stratégie nationale pour le renforcement de la capacité de dépistage de la COVID-19 » (Adesanya, 2020).

Rétablissement et enseignements tirés

Bien que les autorités nigérianes aient montré qu'elles ont tirés des enseignements des événements passés et qu'elles ont eu recours au retour d'information pour éclairer les décisions pendant la pandémie de COVID-19, il y a peu d'éléments indiquant que ces pratiques sont maintenues alors que le pays se remet de la pandémie. L'équipe chargée de l'atténuation de la COVID-19 n'est pas devenue une structure permanente de renforcement du système de santé.

4. Systèmes et flux d'information efficaces

- Flux d'informations entre les parties prenantes et mécanismes de partage des données
- Flux de données, d'informations et d'analyses pour la prise de décision et l'évaluation
- Mécanismes de diffusion diligente des lignes directrices et des protocoles
- Infrastructures de communication
- Existence de systèmes de collecte et d'interconnexion de données

Préparation

Dans le cadre des préparatifs de la lutte contre la pandémie de COVID-19, le système SORMAS (Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System) et le Mobile Strengthening Epidemic Response System ont été mis au point pour la notification en temps utile des cas suspects et confirmés, respectivement (Adesanya, 2020). Le système SORMAS a été conçu pour combiner la technologie des bases de données en mémoire (IMDB) avec un logiciel de gestion des appareils mobiles qui permet une analyse interactive des données. Il peut être utilisé sur des smartphones et des tablettes pour un échange de données bidirectionnel en temps réel (Fähnrich et al., 2015). L'outil SORMAS a été rapidement adopté par le NCDC pour l'échange d'informations (y compris la communication de données entre les agents de terrain et les COUSP), les rapports de situation automatisés, la recherche des contacts et le suivi des cas par le système de positionnement global (GPS).

Par ailleurs, le tableau de bord du système d'information sur la santé a été réorganisé en une seule vue intégrée afin d'éliminer la fragmentation, la duplication et les chevauchements inutiles. Dans le système révisé, les rôles des différents organismes de notification/collecte au niveau national et au niveau des États sont clairement définis (Adesanya, 2020). Avant le premier cas de COVID-19 au Nigéria, le NCDC a publié sur son site Internet des informations quotidiennes sur la progression et l'impact de la pandémie dans le monde. Le 22 janvier 2020, le premier avis de santé publique sur l'autoprotection en cas d'épidémie de COVID-19 a été diffusé aux citoyens nigériens, avec des informations ultérieures actualisées, sur le site web du NCDC (Dan-Nwafor et al., 2020 ; Ihekweazu & Agogo, 2020).

Survenue du choc et alerte

Plusieurs stratégies ont été adoptées pour garantir la transparence des données et la diffusion d'informations actualisées et correctes au début de la pandémie de COVID-19. Ces stratégies étaient les suivantes : i) création d'un microsite dédié sur le site web du NCDC pour la notification des cas de COVID-19 ; ii) publication d'avis de santé publique sur le site web du NCDC ; iii) Mise à disposition de lignes téléphoniques gratuites accessibles 24 heures sur 24 pour obtenir des informations sur l'évaluation des risques et la prévention, et des lignes téléphoniques d'assistance au niveau des États pour signaler les cas suspects d'infection ; et iv) organisation de points de presse périodiques sur l'évolution de la pandémie et les stratégies de riposte dans le pays (Dan-Nwafor et al., 2020).

En outre, des campagnes de communication sur les risques et d'éducation à la santé concernant les stratégies de prévention ont été lancées sur toutes les plateformes de médias sociaux disponibles dans le pays (Akinmayowa & Amzat, 2020 ; Amzat et al., 2020). L'Agence nationale d'orientation, des organisations non gouvernementales (ONG) et certaines organisations confessionnelles ont organisé des campagnes de sensibilisation à la COVID-19 dans tout le pays.

Impact et gestion du choc

Au fur et à mesure que la pandémie progressait, divers hashtags ont été utilisés pour maintenir la mobilisation du public sur les médias sociaux. Quelques thèmes notables ont été #Takeresponsibility et #Mask-upNaija. Les messages ont également été traduits dans les principales langues locales afin de toucher un plus grand public (Amzat et al., 2020). Des rapports de situation quotidiens sur les tests de COVID-19, l'infection et la mortalité ont été publiés sur le microsite COVID-19.

Pour faire face à l'infodémie au sujet de la COVID-19 dans le pays, Nigeria Health Watch (une ONG de plaidoyer pour la santé) s'est associé à Meedan (une entreprise technologique à but non lucratif) pour préparer et diffuser des contre-informations par le biais de plateformes médiatiques traditionnelles et électroniques (Nigeria Health Watch, 2020). À l'époque, l'infodémie qui sévissait dans la région était également traitée par l'Alliance pour la riposte à l'infodémie en Afrique, à l'aide d'un cadre de gestion de l'infodémie (WHO, 2023a).

Le NCDC a poursuivi ses efforts pour diffuser des informations en temps utile. Avec le soutien du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), un agent conversationnel interactif basé sur un service de messages courts (SMS), dénommé U-Report, a été lancé par le biais d'une plateforme de surveillance mobile innovante. Les informations disponibles sur la plateforme de l'agent conversationnel pouvaient être consultées pendant la pandémie sur tous les réseaux mobiles du Nigéria en envoyant le message « coronavirus » à un code (UNICEF Nigeria, 2020).

Rétablissement et enseignements tirés

Le microsite COVID-19 est resté actif et contient des informations actualisées sur la pandémie. Des microsites similaires ont été créés pour d'autres maladies d'intérêt pour la santé publique, et ces sites sont restés actifs avec des informations actualisées sur les évolutions de ces maladies. Des informations provenant de données primaires sont nécessaires pour déterminer dans quelle mesure d'autres systèmes et flux d'information sont maintenus.

5. Surveillance permettant de détecter à temps les chocs et leur impact

- **Surveillance épidémiologique et systèmes d'alerte précoce**
- **Existence de mécanismes permettant d'identifier l'évolution des besoins et de l'accès aux services**

Préparation

Avant la pandémie de COVID-19, le Nigéria disposait d'un système coordonné de surveillance et de notification des maladies. Ce système exigeait la notification immédiate de 12 maladies à potentiel épidémique et de six maladies à éliminer ou à éradiquer, ainsi que la notification mensuelle de 22 autres maladies d'intérêt pour la santé publique. La surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) a été adoptée au Nigéria en janvier 2001, et la mise en œuvre de cette approche dans le suivi des épidémies a été décrite comme bien coordonnée et efficace (Isere et al., 2015 ; Wolfe et al., 2021). Toutefois, on estimait que ce système était peu performant au début de la COVID-19 en 2020, ce qui a entraîné une sous-déclaration des résultats et des décès liés à la COVID-19 (Ohia et al., 2020). La détection des cas s'est faite en partie grâce à un système « passif » consistant à identifier les cas symptomatiques et à les signaler à l'établissement de santé, et/ou à surveiller les registres de l'établissement de santé.

Lorsque le COVID-19 est apparu, un contrôle de la température a été mis en place pour les voyageurs internationaux entrant dans le pays par voie aérienne en janvier 2020, avant la détection du cas indicateur au Nigéria et peu de temps après le déclenchement de l'épidémie en Chine. En outre, tous les passagers en provenance de Chine ont été soumis à un dépistage du COVID-19 par réaction en chaîne de la polymérase (PCR). En outre, un comité intersectoriel (comprenant des parties prenantes des secteurs des transports, de la santé, de l'aviation et de la sécurité) a été mis en place à peu près au même moment (en janvier 2020) par le gouvernement fédéral pour intensifier les efforts de surveillance dans les cinq aéroports internationaux du pays, et le système de gestion des incidents liés au coronavirus a été activé (Ehanire, 2020).

Survenue du choc et alerte

Peu après que la COVID-19 a été déclarée urgence de santé publique de portée internationale, la Federal Airports Authority of Nigeria a publié un protocole de quarantaine provisoire pour les voyageurs arrivant dans le pays. Les lignes directrices prévoyaient que tous les passagers des compagnies aériennes devaient subir un test PCR de COVID-19 dans les quatre jours (96 heures) suivant leur retour au Nigéria ; les tests effectués plus de 96 heures avant le départ étaient considérés comme non valables. En outre, tous les voyageurs, y compris les diplomates et les enfants de moins de 10 ans, devaient s'inscrire sur un portail national de voyage en ligne pour suivre les résultats de laboratoire de leurs tests COVID-19 (Nuhu, 2020). Les aéroports nationaux ont également repris les contrôles de température sur tous les passagers afin d'intensifier la détection des cas.

Impact et gestion du choc

Dans le but de gérer l'impact de la hausse de la transmission de la COVID-19, des mesures supplémentaires ont été introduites pour surveiller efficacement le taux de cas importés et de transmission communautaire à l'intérieur du pays. Les voyages internationaux ont été limités aux aéroports de Lagos et d'Abuja afin d'assurer une surveillance efficace (Elusoji, 2020).

Dans l'État de Lagos, qui a enregistré environ la moitié des infections à la COVID-19 au cours de la première vague de la pandémie au Nigéria, des équipes de surveillance ont été mobilisées pour aider à enquêter sur les patients qui présentaient des symptômes du virus COVID-19 dans les établissements de santé et à les retrouver, et pour alerter l'équipe COVID-19 de l'État. Les dossiers médicaux ont fait l'objet de nouveaux examens quotidiens par les équipes de surveillance afin de repérer les clients qui auraient pu présenter des symptômes suspects mais que le personnel de l'hôpital n'aurait pas remarqués. L'équipe de surveillance a été déployée dans les 37 localités de l'État de Lagos, dans un total de 1408 établissements de santé (WHO, 2020).

À la suite de la deuxième vague de l'épidémie au Nigéria, le système mobile existant de détection et de notification automatique de la paralysie flasque aiguë (AVADAR) a été mis à profit pour renforcer la surveillance communautaire de la COVID-19. Avec le soutien de l'OMS, le gouvernement a engagé plus de 600 informateurs AVADAR formés dans les 731 circonscriptions politiques de 11 États du Nord à haut risque pour assurer la surveillance porte à porte de la COVID-19 et le signalement des cas suspects, ainsi que la sensibilisation des communautés et la recherche des contacts (WHO, 2021). L'adoption d'AVADAR a contribué à la notification en temps réel des cas suspects par les communautés et a favorisé la détection précoce et la riposte à la COVID-19. Par ailleurs, l'utilisation d'informateurs AVADAR locaux a contribué à la sensibilité culturelle de la surveillance et de la notification au niveau communautaire (WHO, 2021). Cependant, le transfert des ressources en faveur de la riposte face à la pandémie de COVID-19 a entraîné l'éviction des services essentiels de santé maternelle et infantile (Okeke et al, 2022).

Rétablissement et enseignements tirés

La norme de surveillance rigoureuse établie par la riposte à la COVID-19 a été mise à profit pour renforcer la surveillance d'autres maladies au Nigéria. Dans le sud du Nigéria en particulier, les agents de santé (responsables de la notification des maladies et de la surveillance) ont adopté une stratégie de surveillance unifiée pour contrôler d'autres maladies prioritaires à potentiel endémique, tout en recherchant activement les cas de COVID-19. Cette approche de surveillance intégrée a permis d'augmenter considérablement les taux de détection des cas de rougeole et de fièvre jaune dans la Région (WHO, 2020).

Tableau 3 : Conclusions et implications politiques

Conclusions	Implications politiques
Une collaboration et une coordination inter institutions efficaces ont été essentielles à la réussite de la mise en œuvre de la riposte à la COVID-19 au Nigéria. Toutefois, cette approche n'a pas été institutionnalisée.	Conformément aux recommandations de la Commission Lancet Nigéria et du Comité présidentiel de réforme du secteur de la santé, il est impératif d'intégrer la santé dans toutes les politiques.
La capacité de surveillance des maladies aux niveaux national et infranational a été renforcée et s'est avérée efficace.	Le financement et le renforcement des capacités sont nécessaires pour garantir que les capacités de recherche et de surveillance du pays restent efficaces pour la détection et la notification en temps réel des épidémies.
Les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19 ont renforcé la capacité de gestion fonctionnelle au niveau national, mais moins au niveau infranational, où les retards de réaction restent un problème. Les gouvernements des États n'ont que peu participé à la prise de décisions stratégiques, ce qui a limité leur capacité à se préparer et à réagir aux urgences sanitaires.	Les différences de capacités au niveau des États nécessitent une approche spécifique de l'assistance technique et du soutien financier. Une participation plus active des niveaux infranationaux à la prise de décision stratégique et à la planification opérationnelle est nécessaire.
La coordination stratégique, opérationnelle et tactique a été réalisée à court terme, mais la coordination stratégique n'a pas été maintenue. L'incapacité à conserver en place des structures de coordination stratégique telles que le Comité directeur présidentiel (PSC) menace la résilience et les capacités futures de riposte. Les futures interventions d'urgence pourraient connaître des retards et des lacunes, une communication fragmentée, une répartition inéquitable des ressources, une participation réduite de la communauté, des obstacles stratégiques et des occasions manquées en matière de prévention et de préparation.	Le maintien et la consolidation des structures de coordination stratégique sont essentiels pour renforcer la résilience des systèmes de santé et mieux répondre aux urgences de santé publique dans la Région africaine.
Les cadres stratégiques et les structures visant à favoriser l'apprentissage organisationnel et une culture de l'apprentissage restent absents, ce qui se traduit par des stratégies de riposte incohérentes et des occasions manquées de partage des connaissances et d'innovation future.	La mise en place de structures d'apprentissage favorisant le partage des connaissances, le dialogue, la prise de décision collective, les pratiques fondées sur des données probantes et la responsabilisation au sein des organisations contribuera à renforcer la résilience.

La collaboration multisectorielle était cruciale mais n'a pas été institutionnalisée

Une collaboration et une coordination inter institutions efficaces ont été essentielles à la réussite de la mise en œuvre de la riposte à la COVID-19 au Nigéria. La riposte à la pandémie a exigé des solutions complexes, qui ont conduit à l'implication et à la participation de divers organismes (acteurs et secteurs) avec une gamme de mandats et de cultures organisationnelles. Bien qu'il ne soit pas pratique d'essayer d'harmoniser les mandats statutaires des différentes organisations et organismes - en particulier compte tenu de la nature dynamique du système de santé - il est vital d'identifier les points communs entre les organismes et de renforcer les mécanismes de prise de décision participative et inclusive. En outre, l'approche de la collaboration interorganisations a mis l'accent sur les performances basées sur les données et les examens stratégiques, qui étaient nécessaires pour renforcer les capacités de résilience par l'établissement de relations, la résolution de problèmes et l'apprentissage.

Cependant, la collaboration multisectorielle n'a pas été institutionnalisée au Nigéria. S'appuyant sur les enseignements tirés de la riposte à la COVID-19, cette incapacité à mettre en place des mécanismes formalisés pour promouvoir la collaboration intersectorielle pourrait entraver la gestion future des situations d'urgence sanitaire, ce qui se traduirait par des efforts de riposte différés et inefficaces, une communication fragmentée, une répartition inéquitable des ressources, une faible participation communautaire, des obstacles politiques et des occasions manquées en matière de prévention et de préparation.

Les faits montrent que pour parvenir à la résilience, le Nigéria ne doit pas seulement réformer le secteur sanitaire, il doit plutôt intégrer la santé dans toutes les politiques. Un article récent de la Commission Lancet sur le Nigéria présente plusieurs recommandations en ce sens, résumées comme suit (Abubakar et al., 2022) :

1. tirer parti des structures de gouvernance existantes à tous les niveaux pour donner la priorité à la santé
2. harmoniser les politiques intersectorielles, les normes et la responsabilité
3. établir des priorités en matière de ressources dans le secteur de la santé et les autres secteurs afin de concrétiser l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

Ces recommandations doivent être mises à jour en tenant compte de ces enseignements récents. Les mises à jour peuvent inclure des solutions pratiques telles que la création d'un département ou d'une agence spécifique pour coordonner la collaboration multisectorielle et faire tourner la direction et la prise de décision. Cela garantira la participation et l'engagement de divers secteurs et favorisera la pérennité.

L'expérience du Nigéria se reflète dans d'autres pays de la Région - notamment l'Éthiopie, le Kenya, le Rwanda et le Sénégal - qui ont également bénéficié de stratégies de collaboration intersectorielle, de sorte que « leurs ministères de la Santé n'ont pas assumé seuls la charge ou la responsabilité des résultats sanitaires de la pandémie et ont pu s'appuyer sur une expertise, des ressources et des capacités plus larges » (WHO, 2021c).

L'expérience régionale souligne l'importance de la collaboration multisectorielle. La riposte précoce et collective de l'Afrique à la pandémie de COVID-19 a permis d'augmenter la capacité de diagnostic de la Région, la faisant passer de deux à 43 pays entre février et avril 2020 (Ondoa et al., 2020). Cet effort a été mené par l'Africa Task Force for Novel Coronavirus, une coalition impliquant l'Union africaine (UA), les États membres de l'UA, le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et d'autres parties prenantes, sous la houlette de l'Africa CDC. Dans le cadre de cette initiative, le Nigéria (et d'autres pays africains comme l'Éthiopie [Ondoa et al., 2020]) a bénéficié d'une formation du personnel expert des laboratoires de référence, à la suite de laquelle le NCDC a activé, le 16 mai 2020, 26 sites de dépistage du SARS-CoV-2.

Les enseignements tirés de la COVID-19 ont permis de renforcer les capacités de gestion fonctionnelle au niveau national, mais moins au niveau infranational

La riposte à la COVID-19 a renforcé la capacité de gestion fonctionnelle du système national de santé, en particulier du NCDC, pour gérer les épidémies. Les approches adoptées lors de la riposte à la COVID-19 - par exemple, l'activation des COUSP, les protocoles de lutte anti-infectieuse et les plans de communication sur les risques - ont maintenant été institutionnalisées aux niveaux national et infranational en ce qui concerne la préparation et la riposte aux épidémies et ont été utilisées pour répondre à l'épidémie récurrente de la fièvre de Lassa.

Toutefois, au niveau infranational (État et collectivités locales), la capacité de gestion fonctionnelle reste faible. La tendance des niveaux infranationaux à être à la traîne par rapport au niveau national en ce qui concerne la capacité à faire face aux urgences en matière de santé publique est bien documentée. Les faits montrent que les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) de la sous-région ouest-africaine dont les systèmes de santé infranationaux manquaient de ressources et dont les capacités de coordination et de collaboration multisectorielles étaient minimales se sont beaucoup moins bien comportés lors de l'épidémie d'Ebola (Martin et al., 2022). Les pays disposant de capacités de sécurité sanitaire plus développées au niveau des districts ont fait preuve d'une plus grande résilience lors de la pandémie de COVID-19 en maintenant l'accès aux services de santé essentiels (Martin et al., 2022).

L'institutionnalisation des COUSP au niveau infranational peut améliorer la capacité de préparation, de détection et de coordination des interventions en cas d'urgence sanitaire. Toutefois, cela nécessite des engagements adéquats de la part des

gouvernements des États pour renforcer les capacités à ce niveau en fournissant un soutien financier et technique durable aux centres. Les variations observées dans les capacités au niveau des États nécessitent une approche particulière de l'assistance technique et du soutien financier.

La coordination stratégique, opérationnelle et tactique a été réalisée, mais la coordination stratégique n'a pas été maintenue

Le Nigéria est l'un des rares pays de la Région africaine à avoir atteint les trois niveaux de coordination souhaités (stratégique, opérationnel et tactique) pour la riposte à la COVID-19. Ces mécanismes de coordination ont joué un rôle crucial dans le ralentissement de la progression de la pandémie dans la région (Oyugi, 2022). Cependant, la structure de coordination stratégique - c'est-à-dire le PSC - n'a pas été maintenue. Le PSC est une innovation dans le contexte nigérian qui a permis la formation de nouvelles collaborations et de nouveaux partenariats pour la riposte aux épidémies entre les principaux organismes de coordination (FMoH et NCDC) et d'autres institutions ne relevant pas du secteur de la santé. Cette incapacité à maintenir des structures de coordination stratégique telles que le PSC constitue une menace pour la résilience du Nigéria et de la Région en général. Le maintien et la consolidation des capacités de lutte contre la COVID-19 constituent l'un des cinq piliers d'un cadre récemment proposé pour la transition vers des systèmes de santé résilients afin de mieux répondre aux urgences de santé publique dans la Région (Balde et al., 2022).

La participation des États fédérés dans la prise de décision stratégique doit être renforcée

L'implication limitée des gouvernements des États dans les décisions stratégiques prises lors de la réaction du système de santé nigérian face à la COVID-19 a contribué à différer la riposte à la pandémie au niveau infranational. L'implication active des États dans la coordination opérationnelle a eu des effets positifs manifestes.

Une culture de l'apprentissage à partir des succès précédents était évidente dans la riposte à la COVID-19, bien qu'elle n'ait pas été institutionnalisée

Les enseignements tirés de la lutte contre les épidémies précédentes ont contribué à renforcer la préparation et la riposte du pays à la COVID-19. Cependant, l'absence de cadres stratégiques et de structures visant à favoriser l'apprentissage organisationnel et une culture de l'apprentissage peut entraîner des stratégies de riposte incohérentes et des occasions manquées de partage des connaissances et d'innovation à l'avenir.

Pour améliorer la capacité du système de santé nigérian à faire face efficacement aux situations d'urgence, il est essentiel d'élaborer des politiques et d'intégrer des structures d'apprentissage qui favorisent le partage des connaissances, le dialogue, la prise de décision collective, les pratiques fondées sur des données probantes et la responsabilisation au sein des organisations (Alonazi, 2021).

Les efforts déployés pour améliorer le système de surveillance après l'épidémie d'Ebola ont renforcé la capacité de surveillance de la COVID-19 aux niveaux national et infranational

Au fil du temps, le Nigéria a développé ses capacités de surveillance et de laboratoire pour détecter les épidémies, et il faut poursuivre dans cette voie. Sur les trois catégories de capacités fondamentales du RSI (prévenir, détecter et réagir), le Nigéria ne disposait que de capacités plus que limitées dans la catégorie « détecter » (Dixit et al., 2020). Un financement constant et un renforcement des capacités sont nécessaires pour garantir que les capacités de surveillance du pays restent efficaces pour la détection et la notification en temps réel des épidémies (Saleh et al., 2022). L'adoption et l'extension de la structure AVADAR à l'ensemble du pays pourraient renforcer la surveillance communautaire.

Bien que le Nigéria ait réussi à contenir la COVID-19 et Ebola, il n'a pas été aussi performant dans la lutte contre les épidémies récurrentes telles que la fièvre de Lassa ou les maladies endémiques comme le paludisme. Les faits montrent que l'endiguement de la COVID-19 a eu pour contrepartie l'éviction de services essentiels de santé maternelle et infantile, car les ressources ont été

réaffectées à la lutte contre la pandémie. D'où la nécessité de renforcer le système de santé pour pouvoir lutter efficacement contre les épidémies récurrentes.

Les faits montrent que des réformes plus globales sont nécessaires pour rendre le système de santé aussi réactif aux chocs quotidiens qu'aux urgences de santé publique

La politique nationale de santé (2016) et le plan stratégique national de développement de la santé II (2018) ont mis au point des mécanismes et des processus pour la participation des acteurs de la santé, qui doivent être adaptés aux situations d'urgence en matière de santé publique. Le comité présidentiel de réforme du secteur de la santé a fourni des orientations sur la nature des réformes nécessaires. Ces recommandations devraient être actualisées, en tenant compte des enseignements tirés de l'expérience, et exploitées pour éclairer l'élaboration du plan stratégique national de développement de la santé III.

- Abayomi A, Balogun MR, Bankole M, Banke-Thomas A, Mutiu B, Olawepo J et al. (2021). From Ebola to COVID-19: emergency preparedness and response plans and actions in Lagos, Nigeria. *Globalization and Health* (17:1) 10
- Abubakar, I. et al. (2022). The Lancet Nigeria Commission: Investing in health and the future of the nation. *Lancet*, 399:1155–1200.
- Adesanya OA (2020). Government preparedness and response towards COVID-19 outbreak in Nigeria: A retrospective analysis of the last 6 months. *Journal of Global Health*, 10:020382.
- Afolabi AA, Ilesanmi OS (2021). Dealing with vaccine hesitancy in Africa: the prospective COVID-19 vaccine context. *Pan African Medical Journal*, 38.
- Ajisehiri W, Odusanya O, Joshi R (2020). COVID-19 outbreak situation in Nigeria and the need for effective engagement of community health workers for epidemic response. *Global Biosecurity*, 2.
- Akinmayowa S, Amzat J (2020). Rapid public health enlightenment (RPHE) to curb the continued spread of COVID-19 in Nigeria. *Medical Anthropology at UCL*.
- Al-Mustapha AI, Tijani AA, Oyewo M, Ibrahim A, Elelu N, Ogundijo OA et al. (2021). Nigeria's race to zero COVID-19 cases: True disease burden or testing failure? *Journal of global health*, 11.
- Alonazi WB (2021). Building learning organizational culture during COVID-19 outbreak: a national study. *BMC Health Services Research*, 21:422.
- Amzat J, Aminu K, Kolo VI, Akinyele AA, Ogundairo JA, Danjibo MC (2020). Coronavirus outbreak in Nigeria: Burden and socio-medical response during the first 100 days. *International Journal of Infectious Diseases*, 98:218–24.
- Are J (2022). Gathering restrictions lifted, facemasks by choice – FG relaxes COVID rules. *The Cable* (<https://www.thecable.ng/gathering-restrictions-lifted-face-masks-by-choice-fg-relaxes-covid-rules>), consulté le 16 juillet 2024.
- Ayenigbara IO (2020). COVID-19: an international public health concern. *Central Asian Journal of Global Health*, 9.
- Ayenigbara IO, Adeleke OR, Ayenigbara GO, Adegboro JS, Olofintuyi OO (2020). COVID-19 (SARS-CoV-2) pandemic: fears, facts and preventive measures. *Germes*, 10:218.
- Balabanova D, Mills A, Conteh L, Akkazieva B, Banteyerga H, Dash U et al. (2013). Good health at low cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening. *Lancet*, 381:2118–33.
- Balde T, Oyugi B, Byakika-Tusiime J, Ogundiran O, Kayita J, Banza FM, Kabego L et al. (2022). Transitioning the COVID-19 response in the WHO African Region: a proposed framework for Rethinking and rebuilding health systems. *BMJ Global Health*, 7:e010242.
- Barzylovych A, Bubalo V, Valentyna NG, Rogachevskiy O, Chorny O (2020). Mechanisms for managing medical institutions in times of crisis. *Systematic reviews in Pharmacy*, 11(9):562–8.
- Bayntun C (2012). A health system approach to all-hazards disaster management: A systematic review. *PLoS currents*, 4.
- Benítez MA, Velasco C, Sequeira AR, Henríquez J, Menezes FM, Paolucci F (2020). Responses to COVID-19 in five Latin American countries. *Health Policy and Technology*, 9:525–59.
- Bob-Manuel BM (2020). COVID-19: NCDC deploys rapid response teams to affected states. *Federal Ministry of Information and National Orientation* (<https://fmino.gov.ng/covid-19-ncdc-deployed-rapid-response-teams-to-affected-states/>), consulté le 16 juillet 2024).

Bologna L, Stamidis KV, Paige S, Solomon R, Bisrat F, Kisanga A et al. (2021). Why communities should be the focus to reduce stigma attached to COVID-19. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 104:39.

Bolu O, Mustapha B, Ihekweazu C, Muhammad M, Hassan A, Abdulwahab A et al. (2022). Effect of Nigeria presidential task force on COVID-19 pandemic, Nigeria. *Emerging Infectious Diseases*, 28(13):168-176.

Brinkerhoff DW, Bossert TJ (2014). Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. *Health policy and planning*, 29:685-93.

Dan-Nwafor CC, Furuse Y, Ilori EA, Ipadeola O, Akabike KO, Ahumibe A et al. (2019). Measures to control protracted large Lassa fever outbreak in Nigeria, 1 January to 28 April 2019. *Eurosurveillance*, 24:1900272.

Dan-Nwafor C, Ochu CL, Elimian K, Oladejo J, Ilori E, Umeokonkwo C et al. (2020). Nigeria's public health response to the COVID-19 pandemic: January to May 2020. *Journal of Global Health*, 10.

Dixit S, Ogundeji YK, Onwujekwe O (2020). How well has Nigeria responded to COVID-19? (<https://www.brookings.edu/articles/how-well-has-nigeria-responded-to-covid-19/>, consulté le 16 juillet 2024).

Ebenso B, Otu A (2020). Can Nigeria contain the COVID-19 outbreak using lessons from recent epidemics? *Lancet Global Health*, 8:e770.

Ehanire O (2020). First case of coronavirus disease (Covid-19) confirmed in Nigeria. Nigeria Centre for Disease Control.

Elusoji S (21 March 2020). Nigeria closes Lagos, Abuja International Airports over Coronavirus. Channels Television.

Erlach E, Nichol B, Reader S, Baggio O (2021). Using community feedback to guide the COVID-19 response in sub-Saharan Africa: Red Cross and Red Crescent approach and lessons learnt from Ebola. *Health Security*, 19:13-20.

Etteh C, Adoga M, Ogbaga C (2020). COVID-19 response in Nigeria: health system preparedness and lessons for future epidemics in Africa. *Ethics, Medicine and Public Health*, 15:100580.

Ezigbo O, Ifijeh M (2 January 2020). Coronavirus spread: WHO lists Nigeria among high risk countries. This Day newspaper (<https://www.thisdaylive.com/index.php/2020/02/01/coronavirus-spread-who-lists-nigeria-among-high-risk-countries>, consulté le 16 juillet 2024).

Fähnrich C, Denecke K, Adeoye OO, Benzler J, Claus H, Kirchner G et al. (2015). Surveillance and outbreak response management system (SORMAS) to support the control of the Ebola virus disease outbreak in West Africa. *Eurosurveillance*, 20:21071.

FGON (2020). National COVID-19 Pandemic Multisectoral Response Plan. First edition. Abuja: Federal Government of Nigeria.

FMINO (2020). FG sets up advisory committee on COVID-19. Federal Ministry of Information & National Orientation (<https://fmino.gov.ng/fg-sets-up-advisory-committee-on-covid-19/>, consulté le 16 juillet 2024).

FMoH (2016). National Health Policy 2016.

Formenti B, Gregori N, Crosato V, Marchese V, Tomasoni LR, Castelli F (2022). The impact of COVID-19 on communicable and non-communicable diseases in Africa: a narrative review. *Infezione in Medicina*, 30:30-40.

Fridell M, Edwin S, Von Schreeb J, Saulnier DD (2020). Health system resilience: what are we talking about? A scoping review mapping characteristics and keywords. *International Journal of Health Policy and Management*, 9:6.

Gilbert M, Pullano G, Pinotti F, Valdano E, Poletto C, Boëlle P-Y et al. (2020). Preparedness and vulnerability of African countries against importations of COVID-19: a modelling study. *Lancet*, 395:871-7.

Gilson L, Barasa E, Nxumalo N, Cleary S, Goudge J, Molyneux S et al. (2017). Everyday resilience in district health systems: emerging insights from the front lines in Kenya and South Africa. *BMJ Global Health*, 2.

Greer SL, Jarman H, Rozenblum S, Wismar M (2020). Centralisation within and between governments. *Eurohealth*, 26(2):99-103.

- Ibukun O, Biore S (2023). Nigeria's 2023 Joint External Evaluation: Progress in the Right Direction. Nigeria Health Watch.
- Ihekweazu C Agogo E (2020). Africa's response to COVID-19. BMC Medicine, 18:1–3.
- Inzaule SC, Ondoa P, Loembe MM, Tebeje YK, Ouma AEO, Nkengasong JN (2021). COVID-19 and indirect health implications in Africa: Impact, mitigation measures, and lessons learned for improved disease control. PLoS Medicine, 18:e1003666.
- Isere EE, Fatiregun AA, Ajayi IO (2015). An overview of disease surveillance and notification system in Nigeria and the roles of clinicians in disease outbreak prevention and control. Nigerian Medical Journal: Journal of the Nigeria Medical Association, 56:161.
- Kalbarczyk A, Closser S, Rao A, Akinyemi O, Anwar HB, Mafuta E et al. (2021). Translating implementation experiences and lessons learned from polio eradication into a global health course: insights from an international consortium. Global Health: Science and Practice, 9:682–9.
- Karamagi HC, Titi-Ofei R, Kipruto HK, Seydi AB-W, Droti B, Talisuna A et al. (2022). On the resilience of health systems: a methodological exploration across countries in the WHO African Region. PLoS One, 17:e0261904.
- Kagwanja N, Waithaka D, Nzinga J, Tsofa B, Boga M, Leli H et al. (2020). Shocks, stress and everyday health system resilience: experiences from the Kenyan coast. Health Policy and Planning, 35(5): 522-535.
- Kombe G, Fleisher L, Kariisa E, Arur A, Sanjana P (2009). Nigeria Health System Assessment 2008. Abt Associates Inc.
- Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. Lancet, 385:1910–12.
- Kruk ME, Ling EJ, Bitton A, Cammett M, Cavanaugh K, Chopra M et al. (2017). Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. BMJ, 357.
- Martin A, Hariharan N, Lugten E, Garrison K, Bright R, Owembabazi W, Inyang U et al. (2022). Strategies to promote health system strengthening and global health security at the subnational level in a world changed by COVID-19. Global Health: Science and Practice, 10:e2100478.
- Mbachu CO, Ekenna AC, Agbawodikeizu UP, Onwujekwe O (2023). Role and use of evidence in health system response to COVID-19 in Nigeria: a mixed method study. The Pan African Medical Journal, 44, 191. (<https://doi.org/10.11604/pamj.2023.44.191.38990>).
- Ndiaye AJS, Beye M, Sow A, Lo G, Padane A, Sokhna C, Kane CT, Colson P, Fenollar F, Mboup S, Fournier PE (2023). COVID-19 in 16 West African Countries: An Assessment of the Epidemiology and Genetic Diversity of SARS-CoV-2 after Four Epidemic Waves. The American journal of tropical medicine and hygiene, 109(4), 861–873. (<https://doi.org/10.4269/ajtmh.22-0469>).
- Nigeria Health Watch (2020). Nigeria health watch partners with Meedan to counter misinformation on COVID-19 in Nigeria (<https://articles.Nigeriahealthwatch.com/Nigeria-health-watch-partners-with-meedan-to-counter-misinformation-on-covid-19-in-Nigeria/>), consulté le 16 juillet 2024).
- Nnaji ND, Onyeaka H, Reuben RC, Uwishema O, Olovo CV, Anyogu A (2021). The deuce-ace of Lassa Fever, Ebola virus disease and COVID-19 simultaneous infections and epidemics in West Africa: clinical and public health implications. Tropical Medicine and Health, 49:102.
- NPHCDA (2015). Primary Health Care Under One Roof Implementation Scorecard III Report. Abuja, Nigeria: National Primary Health Care Development Agency.
- Nuhu M (2020). NCAA Harmonises COVID-19 preventive measures at airports. Nigeria Civil Aviation Authority (<https://ncaa.gov.ng/media-center/news/ncaa-harmonises-covid-19-preventive-measures-at-airports/>), consulté le 16 juillet 2024).
- Nzinga J, Boga M, Kagwanja N, Waithaka D, Barasa E, Tsofa B et al. (2021). An innovative leadership development initiative to support building everyday resilience in health systems. Health Policy and Planning, 36:1023–35.
- OECD (2020). The impact of COVID-19 on health and health systems (<https://web.archive.oecd.org/2023-12-15/580005-covid-19.htm>), consulté le 18 décembre 2023).

Offiong AV (2020). The mid-term JEE 2019 in Nigeria: a need to boost epidemic preparedness further. International Health Policies Network (<https://www.internationalhealthpolicies.org/featured-article/the-mid-term-jee-2019-in-nigeria-a-need-to-boost-epidemic-preparedness-further/>, consulté le 16 juillet 2024).

Ohia C, Bakarey AS, Ahmad T (2020). COVID-19 and Nigeria: putting the realities in context. *International Journal of Infectious Diseases*, 95:279–81.

Ohuabunwo C, Ameh C, Oduyebo O, Ahumibe A, Mutiu B, Olayinka A et al. (2016). Clinical profile and containment of the Ebola virus disease outbreak in two large West African cities, Nigeria, July–September 2014. *International Journal of Infectious Diseases*, 1:23–9.

Okeke C, Onwujekwe O, Etiaba E, Ezenwaka U, Kreling B (2022). Essential health care service disruption due to COVID-19: lessons for sustainability in Nigeria. Brazaville: WHO Regional Office for Africa.

Okoro OA, Bamgboye E, Dan-Nwafor C, Umeokonkwo C, Ilori E, Yashe R et al. (2020). Descriptive epidemiology of Lassa fever in Nigeria, 2012–2017. *Pan African Medical Journal*, 37.

Oleribe OO, Osita-Oleribe P, Salako BL, Ishola TA, Fertleman M, Taylor-Robinson SD (2020). COVID-19 Experience: taking the right steps at the right time to prevent avoidable morbidity and mortality in Nigeria and other nations of the world. *International Journal of General Medicine*, 13.

Ondoa P, Kebede Y, Loembe MM, Bhiman JN, Tessema SK, Sow A et al. (2020). COVID-19 testing in Africa: lessons learnt. *Lancet Microbe*, 1:e103–4.

Oyebanji O, Abba FI, Akande OW, Aniaku EC, Abubakar A, Oladejo J et al. (2021). Building local capacity for emergency coordination: establishment of subnational Public Health Emergency Operations Centres in Nigeria. *BMJ Global Health*, 6.

Oyugi B (2022). How African countries coordinated the response to COVID-19: lessons for public health. *The Conversation* (<https://theconversation.com/how-african-countries-coordinated-the-response-to-covid-19-lessons-for-public-health-187299>, consulté le 16 juillet 2024).

Pak A, Adegboye OA, Adekunle AI, Rahman KM, Mcbryde ES, Eisen DP (2020). Economic consequences of the COVID-19 outbreak: the need for epidemic preparedness. *Frontiers in Public Health*, 8.

PTF Secretariat (2020). Presidential Task Force on COVID-19; Midterm Report, July 2020.

Rodin J (2014). *Realizing the Resilience Dividend*. Rockefeller Foundation.

Sagan A, Webb E, Azzopardi-Muscat N, De La Mata I, Mckee M, Figueras J (2021). Health systems resilience during covid-19. Lessons for building back better. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Saleh F, Popoola BO, Arinze C, Elisha AA, Dan-Nwafor C, Olajide L et al. (2022). Adapting public health response through lessons learnt: Nigeria's experience from Lassa fever and COVID-19. *BMJ Global Health*, 7:e007993.

Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM et al. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health Policy*, 90:13–25.

Thomas S, Sagan A, Larkin J, Cylus J, Figueras J, Karanikolos M et al. (2020). Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Talisuna A, Yahaya AA, Rajatonirina SC, Stephen M, Oke A, Mpairwe A, et al. (2019). Joint external evaluation of the International Health Regulation (2005) capacities: current status and lessons learnt in the WHO African region. *BMJ Global Health*, 4(6), e001312.

Tom-Aba D, Olaleye A, Olayinka AT, Nguku P, Waziri N, Adewuyi P et al. (2015). Innovative technological approach to Ebola virus disease outbreak response in Nigeria using the open data kit and form hub technology. *PloS One*, 10:e0131000.

UNICEF Nigeria (2020). NCDC and UNICEF launch chatbot to combat COVID-19 misinformation in Nigeria (<https://www.unicef.org/Nigeria/press-releases/ncdc-and-unicef-launch-chatbot-combat-covid-19-misinformation-Nigeria>, consulté le 16 juillet 2024).

WHO (2017a). Joint external evaluation of IHR core capacities of the Federal Republic of Nigeria, mission report: June 11–20, 2017. Geneva: World Health Organization.

WHO (2017b). Joint external evaluation of IHR core capacities of the Republic of Ghana: mission report, 6–10 February 2017. Geneva: World Health Organization.

WHO (2018). Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region. Governance for a sustainable future: improving health and well-being for all. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2020). Bolstering COVID-19 surveillance in Lagos (<https://www.afro.who.int/photo-story/bolstering-covid-19-surveillance-lagos>, consulté le 16 juillet 2024).

WHO (2021a). Community informants employ mobile data collection tools to strengthen COVID-19 surveillance. Geneva: World Health Organization (<https://www.afro.who.int/news/community-informants-employ-mobile-data-collection-tools-strengthen-covid-19-surveillance>, consulté le 16 juillet 2024).

WHO (2021b). Containment strategies: lessons from early COVID-19 responses in five African countries. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.

WHO (2021c). Coordinating action: lessons from early COVID-19 responses in five African countries. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.

WHO (2021d). Report on the Strategic Response to COVID-19 in the WHO African Region, February to December, 2020. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.

WHO (2022). WHO Health Emergency Dashboard WHO (COVID-19) Homepage (<https://covid19.who.int/region/afro/country/ng>, consulté le 18 décembre 2023).

WHO (2023a). The Africa Infodemic response Alliance (<https://www.afro.who.int/aira>, consulté le 16 juillet 2024).

WHO (2023b). Health Systems Resilience. (<https://www.who.int/teams/primary-health-care/health-systems-resilience>, consulté le 16 juillet 2024).

WHO (2023c). Primary health care (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>, consulté le 16 juillet 2024).

Wise J (2023). Covid-19: WHO declares end of global health emergency. *BMJ*, 381:1041.

Wolfe CM, Hamblion EL, Dzotsi EK, Mboussou F, Eckerle I, Flahault A et al. (2021). Systematic review of Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR) implementation in the African region. *PLoS One*, 16:e0245457.

Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

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

États Membres

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

Organisation mondiale de la Santé

Bureau régional de l'Afrique

Cité du Djoué
Boîte postale 6, Brazzaville
Congo

Téléphone : +(47 241) 39402

Télécopie : +(47 241) 39503

Courriel : afrgocom@who.int

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

