

Mettre en place des systèmes de santé résilients : politiques pour une santé inclusive en Afrique après la COVID-19

Séminaire de réflexion en ligne

Organisé par l'Institut africain de développement (IAD) du Groupe de la Banque africaine de développement sous les auspices de la Communauté mondiale de pratiques sur les stratégies de réponse à la COVID-19 en Afrique (G-CoP)

Date : 22 juin 2020, 14h00 – 17h00 (Heure d'Abidjan) pour les délégués de l'hémisphère occidental.

23 juin 2020, 08h30 – 11h30 (Heure d'Abidjan) pour les délégués de l'hémisphère oriental.

I. CONTEXTE

Les répercussions immédiates et sans précédent de la pandémie de COVID-19 sur les systèmes de santé, les économies, les échanges commerciaux, les cultures et les sociétés aux niveaux mondial, régional et national ont suscité un intérêt considérable dans le monde entier et dans les différents pays. Les secteurs public et privé, les individus et les communautés s'efforcent de répondre à l'impact de la pandémie. Les pays ont adopté diverses mesures sans précédent et d'inégale valeur pour contenir le virus, chacun selon sa capacité.

À l'instar des banques multilatérales de développement (BMD) sœurs, le Groupe de la Banque africaine de développement a identifié jusqu'à 10 milliards d'USD de ressources qui peuvent être mises à disposition en 2020 pour aider les pays membres régionaux (PMR) et leurs entreprises du secteur privé à répondre à la crise de COVID-19. L'OMS et le Centre africain pour la lutte anti-infectieuse (CDC) ont mené les initiatives de préparation et de réponse sur le continent. Les gouvernements africains ont également mis en place un groupe de travail continental pour coordonner la réponse - le groupe de travail africain pour les nouveaux coronavirus (AFTCOR).

Alors que les pays continuent, à juste titre, de porter leurs efforts sur l'aplatissement de la courbe de la maladie et sur la recherche d'un vaccin et d'un traitement thérapeutique, les pays africains ont également besoin d'un soutien en matière de produits du savoir et d'assistance technique pour les aider à prendre des décisions rapides face à une pandémie qui évolue rapidement, tout en gardant à l'esprit l'éventuel héritage à court, moyen et long terme des réponses à la COVID-19 pour les économies après la pandémie.

L'Institut africain de développement (IAD) a créé une communauté mondiale de pratiques (G-CoP) pour faciliter le dialogue sur les politiques, la formation et l'assistance technique sur les stratégies de réponse à la COVID-19 en Afrique. La G-CoP est hébergée sous les auspices de l'Académie virtuelle de développement des capacités (VCDA) mise en place par l'IAD. La VCDA est un environnement virtuel interactif de collaboration (VICE) qui permet à un consortium d'experts mondiaux reconnus et à des institutions piliers de s'engager dans un dialogue politique encadré et de fournir aux pays membres régionaux (PMR) de la Banque des

conseils stratégiques, une assistance technique et une formation fondés sur des données probantes dans des domaines spécialisés. Les résultats des travaux de la G-CoP seront également essentiels pour éclairer les actions de la Banque en guise de réponse aux besoins en développement des capacités pour aider les PMR à maîtriser. Par ailleurs, ces résultats seront mis à contribution dans la conduite de ses interventions relatives à l'élaboration des réponses politiques aux niveaux mondial, régional et national.

L'IAD, en collaboration avec des institutions piliers en Afrique et dans le monde, a organisé un son premier séminaire en ligne autour du thème « *Renforcer la résilience des économies africaines : réponses de politiques macroéconomiques à la pandémie de COVID-19 en Afrique* ». Un deuxième séminaire sur le thème : « *Instaurer la résilience dans les systèmes alimentaires et des chaînes de valeur agricoles : réponses de politiques agricoles à la COVID-19 en Afrique* » a été organisé les 18 et 19 mai 2020 des délégués des hémisphères occidental et oriental. Les séminaires ont rassemblé respectivement 516 et 770 délégués, dont d'éminents experts mondiaux, d'anciens ministres des finances, d'anciens gouverneurs de banques centrales, des hauts responsables de ministères et d'organismes parapublics et des praticiens, afin de synthétiser les connaissances et les expériences acquises dans le monde entier et de fournir des conseils adaptés au contexte sur les options politiques à court, moyen et long terme qui s'offrent aux pays africains après la COVID-19. La matrice des options politiques (MPO) et le résumé à l'intention des décideurs politiques (SPM) du premier séminaire sont maintenant publiés et les documents politiques du second séminaire sont en cours de préparation. Ils peuvent être consultés [\[ici\]](#).

L'Institut africain de développement (IAD) accueillera son troisième séminaire du G-CoP sur le thème « *Mettre en place des systèmes de santé résilients : politiques pour une santé inclusive en Afrique après la COVID-19* », le 22 juin 2020, de 14h à 17h (heure d'Abidjan) et le 23 juin 2020, de 8h30 à 11h30 (heure d'Abidjan) pour les délégués des hémisphères occidental et oriental, respectivement. L'IAD organisera le séminaire en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Centre africain pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), le Département de la santé (AHHD) et le Centre de santé du Groupe de la Banque (CHMH), le Centre de recherche sur la population et la santé en Afrique (APHRC), l'Université Murdoch, en Australie occidentale, et l'Université Drexel (École de santé publique) aux États-Unis ; City University of New York (École de médecine) États-Unis ; université du Nigeria (Faculté des sciences et technologies de la santé), et écoles de santé publique, de médecine, de pharmacie et de sciences biomédicales en Afrique et dans le monde, instituts nationaux de recherche en santé et hôpitaux universitaires, et groupes de réflexion sur les politiques de santé, dans le monde.

II. SITUATION DE LA SANTÉ EN AFRIQUE

L'Afrique a réalisé des progrès dans la réduction de la mortalité prématurée et l'allongement de l'espérance de vie depuis l'an 2000, en ajoutant près de 5 ans d'espérance de vie en moyenne par décennie. Les taux de mortalité des moins de cinq ans et de mortalité maternelle ont également diminué de 54,2 % et 40,7 % respectivementⁱ, et le taux de mortalité maternelle (TMM) a également baissé de 0,9 % par an en moyenne, passant de 542 à 421 pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2015. Les maladies transmissibles telles que le paludisme, la rougeole et le VIH/sida, qui ont longtemps constitué les principaux facteurs de morbidité, ont considérablement diminué depuis 1990. Malgré ces progrès, les analyses d'équité fondées sur le statut socio-économique, le lieu de résidence et la situation géographique révèlent une différence de mortalité des moins de cinq ans jusqu'à 14 fois plus importante entre les pays à revenu élevé et les pays à faible revenuⁱⁱ, tandis que l'accès aux soins est également difficile

pour les plus pauvresⁱⁱⁱ. Le manque croissant de capacités en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs continue de favoriser la mortalité et la morbidité maternelles ainsi que les infections par le VIH, en particulier chez les jeunes en Afrique.

La sous-alimentation, la pollution atmosphérique externe et interne (des ménages), les maladies diarrhéiques, les infections des voies respiratoires inférieures et la malnutrition protéino-énergétique continuent d'être les principaux facteurs de mortalité en Afrique. Compte tenu des niveaux élevés d'insécurité alimentaire en Afrique, le nombre de personnes sous-alimentées devrait passer d'environ 240 millions en 2015 à environ 320 millions en 2025. En 2018, la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ne grandissaient pas bien (retard de croissance, émaciationⁱ ou surcharge pondérale) dépassait 40 % en Afrique subsaharienne, contre un peu moins de 15 % dans les pays développés^{iv}. Davantage d'enfants et de jeunes survivent, mais bien trop peu s'épanouissent. La malnutrition est à la fois un résultat et une cause importante de la pauvreté et du dénuement en Afrique. Parmi les causes de la malnutrition figure également le manque d'accès aux services de santé essentiels, à l'eau potable et à des installations sanitaires adéquates, ce qui peut entraîner des maladies ayant un impact sur l'absorption des nutriments.

L'Afrique est également responsable d'une grande partie de la mortalité évitable due aux maladies non transmissibles (MNT) et aux facteurs de risque associés, notamment les régimes alimentaires malsains, le tabagisme, l'activité physique insuffisante et l'abus d'alcool^v. On estime que 85 % de toutes les personnes atteintes de diabète non diagnostiqué vivent en Afrique. Il en résultera une charge de morbidité et une mortalité de plus en plus importantes, aujourd'hui et à l'avenir.

La pollution de l'air reste l'une des plus grandes menaces environnementales pour la santé humaine. En 2018, 97 % des villes de plus de 100 000 habitants dans les pays à revenu faible et moyen ne respectent pas les directives de l'OMS en matière de qualité de l'air (OMS, 2018). On estime que plus de 500 000 Africains (principalement des femmes et des enfants) meurent chaque année de maladies liées à la pollution de l'air intérieur.

Densité des professionnels de santé

Au niveau mondial, l'accès aux soins de santé personnels et leur qualité, évalués en fonction de 32 causes de décès qui ne devraient pas survenir en présence de soins efficaces dans 195 pays, se sont améliorés depuis 1990^{vi}. Toutefois, la plupart des pays du décile supérieur (scores >90 %) sont regroupés en Europe ou à proximité, en Australie et au Canada. Presque tous les pays du décile inférieur sont d'Afrique subsaharienne avec des scores aussi bas que 19,0 %^{vii}, à l'exception de l'Afrique du Sud et du Botswana dans le quatrième décile, et du Kenya, du Rwanda, de la Namibie, du Nigeria et du Ghana dans le troisième décile. Par rapport à la moyenne mondiale de 52,8 professionnels de santé pour 10 000 habitants, l'Afrique, bien qu'ayant le niveau le plus élevé de charge de morbidité par rapport aux autres régions, se situe en dessous du seuil de l'OMS de 23 professionnels de santé pour 10 000 habitants, sauf dans 10 de ses 54 pays. En outre, 13 des 47 pays pour lesquels des données sont disponibles comptent moins de cinq professionnels de santé pour 10 000 habitants^{viii}. Les quelques médecins sont concentrés dans les centres urbains et ne desservent qu'une fraction de la population. La plupart des pays ne disposent pas de spécialistes et de personnel de santé adéquats pour faire face à la nouvelle menace que représentent les maladies non transmissibles,

¹ Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois qui sont en dessous de deux ou trois écarts-types de la médiane du poids pour la taille des normes de croissance de l'enfant de l'OMS.

la prévention et la lutte^{ix, x}. Le ratio personnel infirmier et sages-femmes par rapport à la population est de 11:10 000 en Afrique, contre une moyenne mondiale de 28:10 000^{xi}. Dans certains pays, la pénurie est si grave qu'elle constitue une crise de santé publique. L'OMS estime que l'Afrique a un déficit de 3,6 millions d'agents de santé et que 50 % de la population n'a pas accès à des services de santé modernes. Pourtant, les professionnels de santé africains quittent chaque année en masse les rivages du continent pour aller travailler à l'étranger.

L'Union africaine estime à environ 70 000, le nombre de professionnels qualifiés qui émigrent chaque année de l'Afrique^{xii, xiii}. La perte de médecins et d'infirmières est plus extrême. Par exemple, au Mozambique, les médecins qui ont émigré représentent actuellement 75 % de l'ensemble des praticiens formés. Cette perte de professionnels de santé est estimée à 70 % en Angola, contre 59 % au Malawi, 57 % en Zambie et 51 % au Zimbabwe (Cadre du plan de renforcement des capacités de l'UA). Les chiffres sont plus élevés pour les infirmiers. La Commission des Nations unies pour le commerce et le développement estime que chaque professionnel africain émigrant représente une perte de 184 000 USD pour l'Afrique. Paradoxalement, l'Afrique dépense 4 milliards d'USD par an pour les salaires de 100 000 experts étrangers^{xiv, xv}. Selon les estimations, la fuite des cerveaux dans le seul secteur de la santé fait perdre à l'Afrique, près de 2 milliards d'USD par an. Les meilleures infrastructures de santé et les autres mesures incitatives des pays d'émigration sont les raisons avancées par de nombreux médecins et infirmiers pour quitter l'Afrique. Mais chacun d'eux nourrit le désir manifeste de pouvoir contribuer au développement du continent qui les a vu naître et/ou de la terre de leurs ancêtres.

Le financement des systèmes de santé en Afrique

L'Afrique n'investit pas suffisamment dans le secteur de la santé pour inverser la tendance. Le déficit de financement du secteur de la santé en Afrique s'élève à 66 milliards d'USD par an^{xvi}. Outre cet énorme déficit, l'Afrique importe environ 70 % des produits pharmaceutiques de l'extérieur pour un montant total de 14,5 milliards d'USD en plus de beaucoup d'autres services de santé.^x Les États africains consacrent près de 46 milliards d'USD à la santé pour des besoins estimés à 114 milliards d'USD courants^x. Il s'agit là d'une estimation prudente qui devrait augmenter au fil des ans.

À l'échelle mondiale, l'industrie du tourisme médical rapporte une centaine de milliards d'USD par an aux États^{xvii}. En Afrique, le tourisme médical est à la fois une nécessité et un symbole du statut social. Bien qu'il soit difficile d'estimer les pertes de l'Afrique liées au tourisme médical, elles devraient être importantes au regard de l'insuffisance des établissements de santé et des ressources humaines dans le secteur. Les principaux responsables des secteurs public et privé africains voyagent à tour de rôle hors du continent pour se faire soigner, et même s'offrir des soins cosmétiques. Parfois, des parents se rendent à l'étranger pour bénéficier de soins auprès de leurs fils et filles qui ont migré ailleurs, à la recherche d'infrastructures sanitaires et d'un environnement politique crédibles pour leur permettre d'exercer leur profession. Cette situation saigne non seulement le continent de ses maigres ressources, mais elle expose également les citoyens africains à des risques accrus de mortalité pendant le temps nécessaire à la mobilisation des ressources pour effectuer le voyage à l'étranger et y recevoir des soins médicaux. L'expérience vécue avec la pandémie de COVID-19 rappelle à tous combien les nations qui dépendent des autres pour la fourniture de soins de santé sont vulnérables.

Pour renforcer la résilience des systèmes de santé, il faut un investissement soutenu dans les infrastructures de santé et l'industrie pharmaceutique, ainsi que dans d'autres secteurs qui favorisent l'épanouissement de la population. L'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne

représentent collectivement plus de 50 % de la charge de morbidité mondiale et 37 % de la population mondiale, mais seulement 2 % des dépenses de santé mondiales. Peu de pays africains au sud du Sahara se rapprochent de l'objectif de la Déclaration d'Abuja qui était d'affecter au moins 15 % des budgets nationaux au secteur de la santé. En Afrique subsaharienne, les dépenses de santé en pourcentage du PIB, estimées à 5,2 % en 2017, devraient passer à 5,1 % en 2030, un niveau encore inférieur à la moyenne mondiale de 9,7 % en 2017, qui devrait augmenter à 10,5 % d'ici 2030^{xviii,iii}. En outre, environ 22 % des dépenses totales de santé en Afrique sont effectuées sous forme d'aide publique au développement (APD), certains pays dépendant de l'argent des donateurs, jusqu'à 50 %^{xix}, pour financer leur secteur de la santé. En Afrique subsaharienne, la plupart des gens paient les soins de santé de leur poche. Il a également été démontré que les frais de santé très élevés sont monnaie courante et sont une cause majeure de pauvreté^{xx}. Une grande partie des travailleurs évolue dans le secteur informel et est donc exclue des régimes privés d'assurance maladie qui sont essentiellement destinés aux employés du secteur formel. Les programmes mis en place avec l'appui du gouvernement n'en sont qu'à leurs débuts et ont besoin de soutien pour se développer tout en limitant les fuites dans les chaînes de prestation de services.

Exploiter les connaissances des populations autochtones pour promouvoir des services de santé inclusifs

L'utilisation des plantes médicinales comme élément de base du système de santé traditionnel africain est peut-être le plus ancien et le plus diversifié de tous les dispositifs thérapeutiques^{xxi}. Selon l'OMS, 80 % de la population des pays émergents ont recours à la médecine traditionnelle pour se soigner, avec un taux d'utilisation de plus de 90 % dans certains pays africains. Dans de nombreuses zones rurales d'Afrique, les plantes médicinales constituent la ressource thérapeutique la plus facilement accessible et la plus abordable à disposition des communautés locales, et parfois la seule thérapie qui subsiste. Cependant, la plupart des adeptes de la médecine traditionnelle, complémentaire et alternative (TCAM ^{viii,xxii}) (55,8 %-100 %) n'en mentionnent pas l'utilisation à leurs prestataires de santé de peur de se voir refuser des soins de santé conventionnels, les professionnels de santé désapprouvant la médecine traditionnelle. Le ratio des guérisseurs traditionnels par rapport à la population en Afrique est de 1:500 contre un ratio médecin/population de 1:40 000 (OMS). Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire où le nombre de praticiens de la médecine moderne peut ne pas suffire pour répondre aux besoins de santé du pays, la médecine traditionnelle et ses praticiens sont considérés comme une ressource importante pour la santé de la population.

On estime que les énormes ressources de biodiversité de l'Afrique contiennent entre 40 et 45 000 espèces végétales dotées d'un potentiel de développement et dont 5000 sont utilisées à des fins médicales. On retrouve la plupart de ces espèces en Afrique, la République de Madagascar étant en tête de liste avec 82 %. L'Afrique contribue pour près de 25 % au commerce mondial de la biodiversité. Paradoxalement, le continent africain ne dispose que de peu de médicaments commercialisés à l'échelle mondiale en dépit de ce potentiel énorme et de cette grande diversité^{xxiii}. Le potentiel des plantes médicinales prometteuses de la biodiversité africaine, qui peuvent être développées, à court et à long terme, sous forme de futurs produits phytopharmaceutiques pour traiter et/ou gérer la panoplie de maladies infectieuses et chroniques, reste inexploité. L'élaboration de réglementations nationales et régionales pour évaluer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des plantes médicinales afin d'accélérer la commercialisation du savoir autochtone africain en matière de médecine est limitée. En d'autres termes, l'Afrique doit s'appuyer sur les normes occidentales pour obtenir l'autorisation d'utiliser sa riche biodiversité au profit de ses citoyens.

Systèmes d'innovation dans le domaine de la santé

Pour parvenir à la résilience, le secteur de la santé en Afrique doit être solidement ancré dans des systèmes nationaux d'innovation en matière de santé. L'amélioration de l'accès aux soins grâce aux technologies de santé en ligne évolue rapidement dans le monde entier. En Afrique, l'utilisation d'applications basées sur la téléphonie mobile offre des possibilités intéressantes. Le marché mondial de la santé par téléphonie mobile « mHealth », estimé à 23 milliards d'USD en 2017, devrait connaître une croissance significative. Les opérateurs de téléphonie mobile en Afrique subsaharienne ont commencé à mieux se positionner pour faciliter les paiements des soins de santé via des appareils mobiles. Avec la pandémie de COVID-19, les technologies de santé en ligne, y compris la télémédecine, vont probablement devenir la nouvelle norme. Toutefois, les antécédents de l'Afrique en matière d'innovations dans le domaine de la santé restent décevants. Les taux de découverte de médicaments, de mise au point de vaccins et d'essais cliniques restent épars (encadré 1). L'Afrique, dans son ensemble, ne compte que 375 firmes pharmaceutiques pour une population estimée à quelque 1,3 milliard d'habitants, tandis que la Chine et l'Inde, qui comptent chacune 1,4 milliard d'habitants, disposent respectivement plus de 7000 et d'environ 10 500 entreprises pharmaceutiques^{xxiv}.

Si les données et les systèmes de données sont essentiels pour améliorer la santé et les systèmes de santé, les insuffisances dans la chaîne de valeur des données, de leur collecte à leur diffusion et à leur utilisation en Afrique, ne permettent pas de reconfigurer les systèmes de santé de manière à obtenir de meilleurs résultats pour les individus et les populations. Les données sont collectées pour expliquer des objectifs de performance au lieu de s'inscrire dans le cadre de l'amélioration des systèmes.

ENCADRÉ 1 : Statistiques sommaires de la répartition régionale des essais en cours et des essais cliniques sur le vaccin ou le traitement de la COVID-19

Un obstacle majeur à la capacité de résilience de l'Afrique est le manque de capacité de fabrication pour produire localement des fournitures médicales de base. L'Afrique est l'une des régions qui comptent le plus faible nombre de tests de dépistage de la COVID19. Avec la raréfaction des kits et des fournitures pour le dépistage de la maladie, les pays qui les produisent sont plus enclins à garder les produits pour leurs propres citoyens. D'autres pays qui semblent avoir une capacité excédentaire essaient de combler le déficit de l'offre mondiale, mais certains des produits achetés ou donnés se sont avérés être de qualité douteuse ou peu fiable. Aucun pays africain n'a été en mesure d'acheter, et encore moins de produire, suffisamment de kits, de matériels ou de fournitures de dépistage pour répondre en temps voulu à la demande intérieure.

Ces six derniers mois, sur plus du millier d'essais cliniques menés en rapport avec la COVID-19, 27 essais sont effectués sur des sites d'étude en Afrique. Sur ces 27, moins de la moitié sont des participants actifs ou en cours de recrutement. Seuls 4 sites d'études se trouvent en Afrique subsaharienne : les 4 études sont toutes axées sur l'hydroxychloroquine et seul un projet a un promoteur africain. Le principal handicap de l'Afrique est que le niveau de création, de développement et de commercialisation des technologies est si faible qu'il peut être considéré comme inexistant. Ce constat est particulièrement vrai dans le secteur de la santé, mais également dans tous les autres secteurs de l'activité humaine et de l'entreprise économique.

En général, la capacité de résilience de l'Afrique est limitée par des vulnérabilités sous-jacentes, notamment : i) l'importation en gros de stratégies élaborées et optimisées pour d'autres contextes ; ii) une capacité de fabrication insuffisante pour produire localement des fournitures médicales de base ; iii) les niveaux de création, de développement et de commercialisation des technologies ; et iv) un niveau insuffisant de production de données scientifiques pour soutenir l'innovation économique ainsi que la formulation et la mise en œuvre globales des politiques.

III. JUSTIFICATION

Pour améliorer l'espérance de vie ainsi que la santé et le bien-être général, l'Afrique doit se doter d'un système de santé prenant en compte la santé, depuis la conception jusqu'à la fin de la vie, et renforcer les capacités institutionnelles pour faire face aux pandémies et autres chocs exogènes. La santé humaine dépend des systèmes socio-économiques, psychologiques et environnementaux plus larges d'interaction avec le génome et le phénomène humains. Les aliments que nous consommons, l'eau que nous buvons, l'environnement dans lequel nous vivons, notre bien-être mental, ainsi que notre attitude et notre comportement social interagissent tous de façon complexe pour déterminer notre état de santé et notre bien-être général. La mise en place de systèmes de santé résilients passe par un changement radical de la politique de santé qui, de politique axée sur les résultats de la médecine, doit évoluer vers le concept plus large de santé inclusive, c'est-à-dire, la fourniture de soins de santé de qualité, de la conception à la fin de la vie, à tous les individus et en permanence.

Les effets de la COVID-19 ont montré que les conditions préalables définissent les taux de gravité des impacts de la COVID-19, notamment la morbidité et la mortalité des patients. Aux États-Unis d'Amérique par exemple, le taux global de mortalité de la COVID-19 chez les Noirs américains est 2,4 fois plus élevé que celui des Blancs et 2,2 fois plus élevé que celui des Asiatiques et des Latinos^{xxv}. Ces chiffres indiquent que les personnes issues des communautés les moins favorisées sont plus susceptibles de mourir de la COVID-19 que leurs pairs des autres communautés. La COVID-19 a mis en évidence la nécessité de s'attaquer aux inégalités structurelles – la possibilité est offerte à l'Afrique de mettre en place un système de santé équitable tient compte des déterminants sociaux de la santé.

Les analyses effectuées à ce jour ont permis de prévoir plusieurs voies par lesquelles la COVID-19 et les efforts déployés par les gouvernements pour contenir la propagation de la maladie affecteront les systèmes de santé en Afrique. Il s'agit notamment des voies suivantes :

1. **Utilisation à d'autres fins des budgets destinés à des maladies courantes :** la pandémie de Covid-19 continue de mettre à rude épreuve les systèmes de santé déjà fragiles de l'Afrique. La concurrence internationale et la perturbation de la chaîne d'approvisionnement mondiale rendent l'approvisionnement difficile. Les ressources destinées à d'autres besoins sanitaires cruciaux sont utilisées à d'autres fins, ce qui risque d'annuler les avancées enregistrées dans le secteur de la santé au cours des dix dernières années.
2. **Perturbation de l'approvisionnement due à des ruptures de stock :** l'OMS a mis en garde contre une perturbation grave et croissante de l'approvisionnement mondial en EPI. À titre d'exemple, la demande de masques chirurgicaux a été multipliée par six, tandis que la demande de respirateurs a triplé et que celle de blouses a doublé. Pour répondre à la hausse de la demande mondiale, l'OMS estime que le secteur doit augmenter sa production de 40 %. Toutefois, la plupart des principaux fabricants d'EPI sont basés en Chine et en Inde, deux pays qui ont également été durement touchés par la pandémie, ce qui a entraîné des mises en quarantaine et des fermetures d'usines, limitant davantage l'offre et prolongeant les délais de production.
3. **Hausse des coûts :** depuis le début de l'épidémie de COVID-19, les prix des produits médicaux ont explosé, ce qui a conduit certains pays à réglementer les prix. Cependant, une telle pratique peut entraîner une distorsion entre l'offre et la demande, les fabricants choisissant de servir les clients qui sont désireux et capables de payer des prix élevés.
4. **Délais de production beaucoup plus longs :** les fabricants tentent d'augmenter la production, soit en remettant en service des structures de production mises au rebut, soit en augmentant les volumes de production. Les délais de production seront également rallongés par les arrêts de production des fabricants en raison de la mise en quarantaine des travailleurs, des perturbations dans le transport et des préférences pour la vente aux clients existants ou nationaux.
5. **Perturbation majeure des transports :** le fret et le transport internationaux sont confrontés à d'importantes perturbations causées par les barrages routiers et les mesures de quarantaine, ainsi que par la disponibilité réduite des moyens de transport et des conteneurs de fret.

Si cette situation perdure, les systèmes de santé déjà fragiles de l'Afrique seront sollicités au-delà de leurs capacités. Il y a moins de 2000 respirateurs en état de marche dans 41 pays africains, tandis que le nombre total de lits disponibles dans les unités de soins intensifs de 43 pays du continent est inférieur à 5000^{xxvi}, ce qui représente environ cinq lits pour un million de personnes, contre 4000 lits pour un million de personnes en Europe.

Les pandémies récurrentes - Ebola, COVID-19 et autres – soulignent l'importance de la mise en place de systèmes de santé résilients et inclusifs en Afrique. Un système de santé résilient a été décrit comme un système « *intégré aux actions menées pour renforcer les systèmes de santé* » ; et capable de « *détecter et d'interpréter les signaux d'alerte locaux et de requérir rapidement de l'aide* », capable de fournir des soins à une population diversifiée, capable « *d'éloigner les menaces et de maintenir les fonctions essentielles* », et capable de « *s'adapter aux chocs sanitaires* »^{xxvii}. Pour soutenir davantage les actions des pays à cet égard, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a élaboré un cadre et un processus conçus pour mesurer les capacités à mettre en œuvre les exigences du Règlement sanitaire international (RSI) par l'application de l'outil d'évaluation externe conjointe (EEC). Cet outil permet d'évaluer la capacité des systèmes de santé à prévenir et à détecter les urgences de santé publique de portée internationale et d'élaborer ensuite des plans d'action pour combler les lacunes des mesures d'intervention^{xxviii}.

IV. OBJECTIFS

Le séminaire réunira des experts mondiaux qui examineront de manière critique les impacts de la COVID-19 sur les systèmes de santé en Afrique, en vue d'identifier des options de politiques fondées sur des données probantes qui peuvent aider les pays africains à mettre en place des systèmes de santé plus résilients et plus inclusifs en Afrique après la COVID-19.

Des réponses devront être trouvées aux questions spécifiques suivantes :

1. Quelles réponses en matière de politiques de santé les pays africains mettent-ils actuellement en œuvre ou se proposent-ils de mettre en œuvre pour prévenir et contenir la COVID-19 ? Quels sont les effets multiplicateurs et/ou involontaires de ces politiques sur les autres secteurs sociaux, économiques et environnementaux des économies africaines et comment ces impacts peuvent-ils être atténués ?
2. Quelles politiques les pays africains doivent-ils adopter pour mettre en place des systèmes de santé résilients et inclusifs en Afrique après la COVID-19 ? En outre, quelles politiques peuvent renforcer les partenariats public-privé dans la mise en œuvre du programme de santé inclusif ?
3. Quels sont les enseignements que l'on peut tirer des précédentes épidémies telles que la maladie à virus Ebola, le VIH/Sida, etc. pour accélérer la mise en place d'un système de santé inclusif en Afrique ?
4. De quels autres exemples les pays africains devraient-ils s'inspirer pour élaborer une politique de santé intégrée afin de promouvoir un système de santé résilient et inclusif en Afrique, après la Covid-19 ? Quelles sont les enseignements particuliers à tirer pour éclairer les politiques du secteur de la santé afin de mettre en place des systèmes de santé plus résilients et plus inclusifs en Afrique après la COVID-19 ?

5. Comment renforcer les instituts de politique de santé, les universités et les institutions de recherche nationales dirigés par l'Afrique pour éclairer la recherche fondée sur des données probantes et les orientations stratégiques qui sont ancrées dans les réalités africaines après la COVID-19 ?
6. Quelles sont les politiques nécessaires pour inciter les professionnels de santé africains à rester (ou à retourner) en Afrique et contribuer à la mise en place de systèmes de santé inclusifs en Afrique après la COVID-19 ?
7. Comment le Groupe de la Banque africaine de développement peut-il intervenir, par le biais de ses cinq grandes priorités stratégiques, pour aider ses pays membres à améliorer la qualité des infrastructures sanitaires et des systèmes nationaux d'innovation en matière de santé en Afrique après la COVID-19 ?

V. MISE EN ŒUVRE

Le séminaire sera organisé dans le cadre de la Communauté mondiale de pratiques (G-CoP) sur les réponses stratégiques à la COVID-19 en Afrique. Chaque séminaire produira une note d'orientation, essentielle à l'élaboration de réponses stratégiques par les pays membres régionaux de la Banque dans des domaines thématiques clés. En outre, l'IAD travaillera avec les institutions partenaires pour élaborer des produits du savoir pertinents pour les politiques, notamment des documents d'examen des politiques issus des conclusions des séminaires.

VI. PARTICIPATION

Seules les personnes invitées pourront participer au séminaire en ligne. Des invitations spéciales seront adressées à des institutions de référence, des experts et des praticiens mondiaux triés sur le volet pour animer les échanges, lancer le débat et participer au séminaire. Les animateurs présenteront un bref document d'orientation sur chaque question avant le séminaire et feront un exposé liminaire de cinq minutes pour lancer le débat.

VII. APPEL À PARTICIPATION

Pour participer au séminaire en ligne du G-CoP sur le thème : « *Mettre en place des systèmes de santé résilients : politiques pour une santé inclusive en Afrique après la COVID-19* », veuillez [cliquer ici](#) afin de renseigner le formulaire en ligne.

Pr. Kevin Chika Urama, FAAS,
Directeur supérieur, Institut africain de développement
Groupe de la Banque africaine de développement
Immeuble Siège - 6, Avenue Joseph Anoma, Abidjan Plateau ; 01 BP 1387 ; Abidjan 01 – Côte d'Ivoire ;
Courriel : k.urama@afdb.org ; Site Web : www.afdb.org

Références

- i World Health Organisation, 2018. State of health in the African Region <https://www.afro.who.int/publications/state-health-who-african-region>
- ii WHO. Under-five mortality. 2018. https://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/
- iii Barros AJD, Wehrmeister FC, Ferreira LZ, Vidaletti LP, Hosseinpour AR, Victora CG. Are the poorest poor being left behind? Estimating global inequalities in reproductive, maternal, newborn and child health. *BMJ Glob Health*. 2020;5(1):e002229. Published 2020 Jan 26. doi:10.1136/bmjgh-2019-002229
- iv UNICEF. (2019). The State of the World's Children 2019. Yemane and Dennis Yuen. Lisa Rogers from WHO for providing original data used in Children, Food and Nutrition: Growing well this report. in a changing world.
- v World Health Organization (WHO) (2015). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization
- vi Fullman, N., Yearwood, J., Abay, S. M., Abbafati, C., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abebe, Z., Abebo, T. A., Aboyans, V., Abraha, H. N., Abreu, D. M. X., Abu-Raddad, L. J., Adane, A. A., Adedoyin, R. A., Adetokunboh, O., Adhikari, T. B., Afarideh, M., Afshin, A., ... Lozano, R. (2018). Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 391(10136), 2236–2271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2)
- vii Fullman, N., Yearwood, J., Abay, S. M., Abbafati, C., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abebe, Z., Abebo, T. A., Aboyans, V., Abraha, H. N., Abreu, D. M. X., Abu-Raddad, L. J., Adane, A. A., Adedoyin, R. A., Adetokunboh, O., Adhikari, T. B., Afarideh, M., Afshin, A., ... Lozano, R. (2018). Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 391(10136), 2236–2271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2)
- viii For more details, visit <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
- ix Mendis, S., Al Bashir, I., Dissanayake, L., Varghese, C., Fadhil, I., Marhe, E., . . . Sow, I. (2012). Gaps in capacity in primary care in low-resource settings for implementation of essential noncommunicable disease interventions. *Int J Hypertens*, 2012.
- x Nyarko, K. M., Ameme, D. K., Ocansey, D., Commeh, E., Markwei, M. T., & Ohene, S. A. (2016). Capacity assessment of selected health care facilities for the pilot implementation of Package for Essential Non-communicable Diseases (PEN) intervention in Ghana. *Pan Afr Med J*, 25(Suppl 1), 16. doi:10.11604/pamj.supp.2016.25.1.6252
- xi For more details, visit <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
- xii Kigotho, W. (2018). African Union devises 10-year plan to stem brain drain. University World News The Global Window on Higher Education. <https://www.universityworldnews.com/post.php?story=20180209080048133>
- xiii Pang, T., Ann, M., & Haines, A. (2002). Brain drain and health professionals A global problem needs global solutions. *BMJ*, 324, 499–500.
- xiv Oyowe, A. (1996). Brain drain: Colossal loss of investment for developing countries. *The Courier ACP-EU*, 159, 59-60.
- xv Seepe, S. (2001, March 30). The brain drain will continue unabated. *Mail and Guardian*.
- xvi UNCEA. (2019). *Healthcare and Economic growth In Africa*.
- xvii Izadi, M., Saadat, S. H., Ayoubian, A., Hashemidehaghi, Z., Karbasi, M. R., & Jalali, A. R. (2013). Health Tourism in Iran; Identifying Obstacles for Development of This Industry. *International Journal of Travel Medicine & Global Health*, 1(2), 89–94.
- xviii Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. (2019). Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995-2050. *Lancet*, April 25, 28. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4)

-
- ^{xix} Public Financing for Health in Africa: from Abuja to the SDGs. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249527/WHO-HIS-HGF-Tech.Report-16.2-eng.pdf?sequence=1>
- ^{xx} Wagstaff A, Flores G, Hsu J, et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018;6(2): e169-e179. doi:10.1016/S2214-109X(17)30429-1
- ^{xxi} Mahomoodally M. Fawzi 2013. Traditional Medicines in Africa: An Appraisal of Ten Potent African Medicinal Plants. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* Volume 2013, Article ID 617459, 14 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/617459>
- ^{xxii} James PB, Wardle J, Steel A, et al. Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: a systematic review *BMJ Global Health* 2018;3: e000895.
- ^{xxiii} REGULATORY STATUS OF TRADITIONAL MEDICINES IN AFRICA REGION Sharma Sharad*, Patel Manish, Bhuch Mayank, Chatterjee Mitul, Shrivastava Sanjay. *International Journal of Research in Ayurveda & Pharmacy*, 2(1), Jan-Feb 2011 103-110
- ^{xxiv} Conway, M., Holt, T., Sabow, A., & Sun, I. (2019). Should sub-Saharan Africa make its own drugs? A comprehensive analysis of the business, economic, and public-health impact finds the potential for local production of pharmaceuticals to be a mixed bag. *PUBLIC SECTOR PRACTICE*, January, 9.
- ^{xxv} APM Research LAB. May 27 2020. THE COLOR OF CORONAVIRUS : COVID-19 DEATHS BY RACE AND ETHNICITY IN THE U . S . APM Research LAB. Retrieved June 1, 2020, from <https://www.apmresearchlab.org/covid/deaths-by-race>
- ^{xxvi} World Health Organisation, 2020. COVID-19 pandemic expands reach in Africa, <https://www.afro.who.int/news/covid-19-pandemic-expands-reach-africa>
- ^{xxvii} Kruk ME, Ling EJ, Bitton A, Cammett M, Cavanaugh K, Chopra M, et al. Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. *BMJ*. 2017;23:357–j2323.
- ^{xxviii} Nuzzo, J.B., Meyer, D., Snyder, M. *et al.* What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. *BMC Public Health* **19**, 1310 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7707-z>