



2025

DU MANDAT À L'IMPACT SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

R A P P O R T A N N U E L 2 0 2 5



Safeguarding Africa's Health

Table des matières

Abréviations et acronymes	i
Avant-propos:	
Président du Comité des Chefs d'État et de Gouvernement d'Africa CDC	iii
Président de la Commission de l'Union africaine	v
Message Président du Conseil d'administration d'Africa CDC	vii
Remerciements du Directeur général d'Africa	viii
Africa CDC 2025 en bref	1
Résumé	6
Mandat, gouvernance et modèle de prestation d'Africa CDC	12
Renforcement institutionnel et responsabilité	21
Le paysage sanitaire de l'Afrique en 2025 :	
pourquoi l'AHSS est-il important aujourd'hui ?	40
Mise en œuvre du programme AHSS : résultats par pilier	44
Des partenariats efficaces	125
Risques, enseignements et leadership adaptatif	127
La voie à suivre : priorités pour 2026	129
Soutien d'Africa CDC aux États membres par l'intermédiaire des CCR	131



Centres africains de contrôle et de prévention des maladies,
Ring Road, 16/17, Haile Garment Square,
B.P. 3243, Addis-Abeba, Éthiopie.

Africa CDC est une agence sanitaire continentale autonome de l'Union africaine, créée pour soutenir les initiatives de santé publique des États membres et renforcer la capacité de leurs institutions de santé publique à détecter, prévenir, contrôler et répondre rapidement et efficacement aux menaces de maladies.



Protection de la Santé de l'Afrique

www.africacdc.org

[YouTube](#) [Facebook](#) [Instagram](#) [Twitter](#) [@africacdc](#)

Abréviations et acronymes

AES	Service épidémiologique africain
AfDB	Banque africaine de développement
AIEF	Fonds africain pour les épidémies
AFRO	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
AHSS	Sécurité et Souveraineté Sanitaires en Afrique
RAM	Résistance aux antimicrobiens
APPM	Mécanisme africain d'achat groupé
ART	Traitement antirétroviral
CTC	Conseil technique consultatif
UA	Union africaine
AVoHC	Corps volontaire africain pour la santé
RCA	République centrafricaine
CCM	Gestion communautaire des cas
CDR	Centre de données central
CHSG	Comité des chefs d'État et de gouvernement
ASC	Agent de santé communautaire
CPHIA	Conférence sur la santé publique en Afrique
DG	Directeur général
EBS	Surveillance basée sur les événements
ECDC	Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
EMRO	Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale
COU	Centre des opérations d'urgence
PEV	Programme élargi de vaccination
ERP	Planification des ressources d'entreprise
EX.CL	Conseil exécutif (Union africaine)
FETP	Programme de formation en épidémiologie de terrain
AG	Assemblée générale
G20	Groupe des vingt
G7	Groupe des Sept
Gavi	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GHEN	Réseau mondial des dépenses de santé
HIE	Échange d'informations sur la santé
HIS	Système d'information sur la santé
HTA	Évaluation des technologies de la santé
RSI	Règlement sanitaire international
IMST	Équipe de soutien à la gestion des incidents
INS	Institut national de la statistique
ISO	Organisation internationale de normalisation

JPHIA	Journal de la santé publique en Afrique
KAGHLP	Programme mondial de leadership en matière de santé Kofi Annan
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
LMS	Système de gestion de l'apprentissage
MECA	Cadre d'engagement, de coordination et d'action multisectoriels
MEL	Suivi, évaluation et apprentissage
MELP	Programme de leadership exécutif ministériel
MOF	Ministère des finances
MOH	Ministère de la Santé
EM	État membre
MNT	Maladies non transmissibles
NCDIMH	Maladies non transmissibles, blessures et santé mentale
INSP	Institut national de santé publique
MTN	Maladies tropicales négligées
OOP	Dépenses de santé à la charge du patient
PABS	Accès aux agents pathogènes et partage des avantages
PEPFAR	Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida
SSP	Soins de santé primaires
USPSC	Urgence sanitaire publique de sécurité continentale
COUSP	Centre opérationnel d'urgence de santé publique
PHAHM	Plateforme pour l'harmonisation de la fabrication de produits de santé en Afrique
PPPR	Prévention, préparation et réponse aux pandémies
CCR	Centre de coordination régional
RCCN	Réseau régional de capacités et de compétences
CER	Communauté économique régionale
ReSCO	Comité consultatif technique régional
ReTAC	Comité directeur ministériel régional
RH	Santé reproductive
RISLNET	Réseau régional intégré de surveillance et de laboratoires
RMNCAH	Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente
RRT	Équipe d'intervention rapide
ODD	Objectif de développement durable
SOP	Procédure opérationnelle standard
CSU	Couverture sanitaire universelle
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
WASH	Eau, assainissement et hygiène
BM	Banque mondiale
AMS	Assemblée mondiale de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé

Avant-propos

Président du Comité des Chefs d'État et de
Gouvernement d'Africa CDC



S.E. João Manuel Gonçalves Lourenço
Président de la République d'Angola
Président de l'Union africaine

L'Afrique se trouve à un moment décisif de son histoire. La question qui se pose à nous n'est plus de savoir si la santé est importante pour notre sécurité, notre souveraineté et notre développement. Ce débat est clos. La question est désormais de savoir si nous, en tant que dirigeants africains, avons le courage d'assumer pleinement la responsabilité de notre destin en matière de santé et d'investir en conséquence.

Le rapport annuel 2025 d'Africa CDC apporte une réponse claire et convaincante.

Dans un monde marqué par la fragmentation géopolitique, le resserrement budgétaire, les chocs climatiques et les urgences sanitaires récurrentes, l'Afrique a choisi une voie différente : diriger plutôt que réagir, construire des systèmes plutôt que gérer des crises, et ancrer la sécurité sanitaire comme une fonction essentielle de l'État africain. La transformation décrite dans ces pages n'est pas le fruit du hasard. Elle résulte de choix politiques délibérés faits par les dirigeants africains, agissant collectivement par l'intermédiaire de l'Union africaine, et mis en œuvre par une Africa CDC autonome, crédible et capable d'agir.

De la vulnérabilité à la souveraineté

Il y a quelques années encore, la sécurité sanitaire de l'Afrique était largement déterminée par des chaînes d'approvisionnement externes, un financement fragmenté et des réponses tardives. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence, avec une douloureuse clarté, le coût de la dépendance et les risques d'exclusion. Elle a également éveillé une nouvelle conscience politique à travers le continent : la santé n'est pas une dépense sociale, mais un investissement stratégique dans la souveraineté, la résilience économique et la sécurité nationale.

Comme je l'ai souligné dans mes récentes réflexions, l'Afrique ne peut pas continuer à externaliser sa survie. Cette conviction trouve désormais une expression concrète dans le Programme pour la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires en Afrique (AHSS), un cadre conçu par les Africains, approuvé par les Chefs d'État africains et mis en œuvre par les institutions africaines. Le rapport 2025 démontre que l'AHSS n'est plus une vision sur papier, mais une réalité opérationnelle.

Africa CDC est passé de manière décisive du mandat à l'impact.

Une institution continentale qui tient ses promesses

The future will bring new
pandemics, new shocks,
and new uncertainties.
But if Africa continues
to lead with unity, invest
with purpose, and govern
with integrity, we will
face that future not as a
continent at risk but as a
continent prepared.

Africa has chosen
sovereignty.

Les preuves sont indéniables. Rien qu'en 2025, Africa CDC a soutenu les 55 États membres de l'Union africaine, mobilisé plus de 151 millions de dollars américains en ressources directes avec un **taux d'exécution budgétaire record de 95 %**, étendu les centres opérationnels d'urgence de santé publique fonctionnels à 32 pays et renforcé les capacités de séquençage génomique dans 46 États membres, contre seulement sept il y a quelques années.

Plus important encore, Africa CDC a prouvé sa valeur là où cela compte le plus : sur le terrain, pendant les crises. La réponse coordonnée à l'épidémie de Mpox dans plusieurs pays, déclarée urgence de santé publique de sécurité continentale, a démontré que l'Afrique possède désormais l'autorité politique, la compétence technique et la rapidité opérationnelle nécessaires pour agir collectivement, de manière décisive et avec légitimité. C'était le leadership africain en action.

Une telle performance est indissociable de la réforme de la gouvernance. L'autonomie a donné à Africa CDC la souplesse nécessaire pour agir ; le renforcement de la surveillance, des audits et de la gestion des risques a garanti la responsabilité. Cet équilibre entre rapidité et intégrité est précisément ce dont nos institutions ont besoin à une époque où les risques sont permanents.

Financer la santé comme une sécurité

Ce rapport envoie également un message clair aux ministres des Finances, aux investisseurs et aux partenaires : l'Afrique ne demande plus la charité, elle présente un cas d'investissement.

Grâce à l'Agenda de Lusaka et aux plateformes continentales alignées, plus de 40 milliards de dollars ont été mobilisés pour la sécurité sanitaire, tandis que la mobilisation des ressources nationales, les achats groupés et les réformes de la gestion des finances publiques commencent à réduire les inefficacités et les fuites. Le financement de la santé est en train d'être repositionné non pas comme une consommation récurrente, mais comme un moteur de stabilité, de productivité et d'industrialisation.

Cela n'est nulle part plus évident que dans le secteur de la fabrication locale. Avec plus de 10 milliards de dollars mobilisés pour la production, la mise en œuvre du mécanisme africain d'achats groupés et l'accélération des initiatives de fabrication de vaccins, de diagnostics et de traitements, l'Afrique jette les bases d'une véritable souveraineté sanitaire. Il ne s'agit pas de protection-

nisme, mais de résilience stratégique.

La voie à suivre : leadership et responsabilité

Les acquis de 2025 doivent désormais être consolidés. La préparation doit devenir permanente. La transformation numérique doit se traduire par le renseignement et l'alerte précoces. Les marchés doivent être façonnés de manière à récompenser les producteurs africains. Et la voix unifiée de l'Afrique doit continuer à façonner la gouvernance mondiale en matière de santé, non pas en marge, mais au centre.

Cela nécessite un leadership politique soutenu. Cela nécessite des choix budgétaires difficiles. Et cela nécessite une confiance dans les institutions africaines qui ont prouvé qu'elles pouvaient tenir leurs promesses.

Africa CDC a gagné cette confiance.

En tant que Président de l'Union africaine, je félicite le Conseil d'administration, le Directeur général et l'ensemble du personnel d'Africa CDC pour avoir traduit l'ambition politique en résultats mesurables. Plus important encore, j'appelle mes collègues chefs d'État et de gouvernement à maintenir le cap. La sécurité sanitaire n'est pas une préoccupation ponctuelle ; c'est le fondement sur lequel reposent notre souveraineté, nos économies et la dignité de nos peuples.

L'avenir nous réserve de nouvelles pandémies, de nouveaux chocs et de nouvelles incertitudes. Mais si l'Afrique continue à faire preuve d'unité, à investir de manière ciblée et à gouverner avec intégrité, nous affronterons cet avenir non pas comme un continent en danger, mais comme un continent préparé.

L'Afrique a choisi la souveraineté. Ce rapport montre que nous sommes en train de la concrétiser.

Avant-propos

Président de la Commission
de l'Union africaine



S.E. Mahmoud Ali Youssouf
Président de la Commission de
l'Union africaine

L'Union africaine a été fondée sur un principe simple mais puissant : les plus grands défis de l'Afrique nécessitent des solutions africaines, mises en œuvre par des institutions continentales fortes. Ce principe n'est nulle part plus évident que dans le domaine de la santé publique.

Le rapport annuel 2025 d'Africa CDC rend compte d'une année charnière dans la maturation de l'architecture sanitaire continentale africaine. Il montre comment le mandat politique, la réforme institutionnelle et l'exécution opérationnelle, lorsqu'ils sont alignés, peuvent produire des résultats tangibles pour les populations africaines.

À l'heure où le continent est confronté à des risques épidémiologiques qui se chevauchent, à des contraintes budgétaires, au stress climatique et à l'incertitude géopolitique, ce rapport prouve que la coordination continentale n'est plus une aspiration, mais une réalité qui fonctionne.

Traduire le mandat politique en résultats concrets à l'échelle continentale

L'évolution d'Africa CDC reflète une transformation plus large au sein même de l'Union africaine : le passage d'une ambition normative à une capacité de mise en œuvre. La décision de l'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement d'accorder une autonomie totale à Africa CDC s'est avérée à la fois opportune et déterminante. L'autonomie a permis d'accroître la rapidité, l'ampleur et la cohérence, tandis que le renforcement des mécanismes de gouvernance, de contrôle et de responsabilité a garanti la crédibilité et la confiance.

En 2025, Africa CDC a démontré sa capacité à traduire les décisions politiques de haut niveau en actions coordonnées dans toutes les régions du continent. La déclaration et la gestion des urgences de santé publique touchant à la sécurité continentale, notamment lors de l'épidémie de Mpox qui a touché plusieurs pays, ont montré comment l'autorité continentale, lorsqu'elle est exercée de manière responsable, peut renforcer le leadership national plutôt que le remplacer. C'est là que l'Union africaine est la plus efficace : en réunissant, en harmonisant et en permettant aux États membres d'agir de manière décisive.

Renforcer le socle institutionnel de l'Afrique

Ce rapport n'est pas seulement un compte rendu des interventions d'urgence, c'est aussi une chronique de la mise en place d'institutions. Africa CDC a systématiquement investi dans la gouvernance, les contrôles

In 2025, Africa CDC demonstrated its capacity to translate high-level political decisions into coordinated action across all regions of the continent. The declaration and management of Public Health Emergencies of Continental Security, most notably during the multi-country mpox outbreak, showed how continental authority, can reinforce national leadership.

internes, la gestion des risques, la maturité des audits et les fondements de la gestion axée sur les résultats, qui sont essentiels pour tout organe autonome de l'Union africaine chargé de ressources et de responsabilités importantes.

Les résultats sont clairs. En 2025, Africa CDC a atteint le taux d'exécution budgétaire le plus élevé de son histoire, a multiplié par près de neuf son portefeuille de subventions depuis 2022 et a passé avec succès plusieurs processus indépendants de diligence raisonnable et d'audit menés par des partenaires internationaux. Ces réalisations sont importantes non seulement pour Africa CDC, mais aussi pour l'Union africaine dans son ensemble. Elles renforcent la confiance dans nos institutions et justifient davantage le recours à des mécanismes dirigés par l'Afrique pour acheminer les ressources.

Faire progresser le programme pour la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires en Afrique

Le programme pour la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires en Afrique (AHSS) marque un changement décisif dans la manière dont le continent conçoit la santé : non pas comme un secteur social périphérique, mais comme un pilier stratégique de la sécurité, de la résilience économique et de la souveraineté. Ce rapport montre des progrès concrets dans les cinq piliers de l'AHSS : préparation et réponse aux pandémies, financement durable, transformation numérique, fabrication locale et leadership de l'Afrique dans la gouvernance mondiale de la santé.

Grâce à des initiatives telles que les achats groupés, les investissements dans la fabrication locale, le renforcement des réseaux de surveillance et de laboratoires, et le déploiement d'une main-d'œuvre continentale qualifiée, l'Afrique réduit les vulnérabilités structurelles qui ont été mises en évidence lors des crises mondiales précédentes. Ces efforts ne sont pas tournés vers l'intérieur. Ils contribuent directement à la sécurité sanitaire mondiale en garantissant une détection plus rapide, une réponse plus fiable et des chaînes d'approvisionnement plus résilientes.

Une voix africaine plus forte dans la gouvernance mondiale en matière de santé

L'une des évolutions les plus significatives documentées dans ce rapport est l'émergence d'Africa CDC en tant que plateforme unificatrice pour l'engagement de l'Afrique dans les forums mondiaux sur la santé. En consolidant les données techniques, les positions politiques et l'engagement diplomatique, l'Afrique est

passée d'une participation fragmentée à un leadership coordonné dans les négociations sur la préparation aux pandémies, le financement et la réforme de l'architecture mondiale de la santé.

Ce renforcement de la voix africaine reflète l'engagement plus large de l'Union africaine en faveur d'un multilatéralisme équitable, inclusif et adapté aux réalités de toutes les régions. Il souligne également une leçon essentielle tirée ces dernières années : les solutions mondiales sont plus efficaces lorsque l'Afrique n'est pas simplement consultée, mais habilitée à jouer un rôle de premier plan.

Perspectives

En tant que Président de la Commission de l'Union africaine, je considère les réalisations d'Africa CDC en 2025 comme une étape importante et une responsabilité. Les bases ont été jetées ; les attentes sont désormais plus élevées. La préparation doit être institutionnalisée. Le financement doit devenir plus prévisible et de plus en plus national. Les systèmes numériques et de données doivent être sécurisés et interopérables. Et les institutions continentales doivent continuer à gagner la confiance par leurs performances, leur transparence et leur impact.

La Commission de l'Union africaine reste pleinement engagée à soutenir Africa CDC en tant qu'agence de santé publique du continent et à veiller à ce que la santé reste fermement ancrée dans les programmes plus larges de l'Afrique en matière de paix, de développement, d'industrialisation et d'intégration.

Ce rapport témoigne de ce que l'Afrique peut accomplir lorsque la vision va de pair avec l'exécution. Il confirme une vérité simple : des institutions continentales solides ne sont pas un luxe, elles sont essentielles à la souveraineté et à l'avenir de l'Afrique.

Message

Président du Conseil d'administration
d'Africa CDC



**S.E. Dr Elijah Julaki Muchima,
député**

Président du Conseil d'administration d'Africa CDC et
Ministre de la Santé de la République de Zambie

Africa CDC se trouve aujourd'hui à un tournant décisif de son évolution institutionnelle. Le rapport annuel 2025 montre clairement qu'Africa CDC est devenue une agence continentale de santé publique compétente, crédible et responsable, qui remplit le mandat qui lui a été confié par l'Union africaine et ses États membres.

En tant que Conseil d'administration, notre responsabilité est de veiller à ce que l'autorité croissante d'Africa CDC s'accompagne d'une gouvernance solide, d'une gestion fiduciaire saine et de résultats mesurables. En 2025, nous avons constaté des progrès significatifs dans tous ces domaines. L'institution a atteint son taux d'exécution budgétaire le plus élevé à ce jour, élargi et diversifié son portefeuille de subventions, renforcé ses systèmes de contrôle interne et d'audit, et intégré la gestion axée sur les résultats dans toutes ses opérations. Il ne s'agit pas seulement de réalisations techniques, mais aussi des fondements de la confiance institutionnelle.

Le Conseil d'administration a également suivi de près les performances opérationnelles d'Africa CDC lors d'événements majeurs en matière de santé publique. La réponse coordonnée à l'échelle continentale aux épidémies touchant plusieurs pays, notamment le Mpox, a démontré que l'autonomie, lorsqu'elle est associée à la responsabilité, peut accélérer l'action tout en renforçant le leadership des États membres. La capacité d'Africa CDC à traduire les décisions politiques en un soutien rapide, techniquement solide et coordonné dans toutes les régions reflète un modèle de prestation désormais adapté à l'objectif visé.

Il est important de noter que ce rapport montre que Africa CDC ne fonctionne plus de manière isolée. Il agit de plus en plus comme un intégrateur de systèmes, alignant la surveillance, les laboratoires, les interventions d'urgence, le financement, les plateformes numériques et la fabrication locale sous un cadre continental unique. Cette cohérence est essentielle pour la durabilité et pour maximiser le retour sur investissement des États membres et des partenaires.

Pour l'avenir, le Conseil d'administration reste attaché à son rôle de supervision alors que Africa CDC entre dans sa prochaine phase. Les attentes continueront de croître. La préparation doit être institutionnalisée, la viabilité financière renforcée et la gestion des risques continuellement affinée. Le Conseil continuera à soutenir Africa CDC dans le maintien des normes les plus élevées en matière de gouvernance, de transparence et de performance, tout en préservant son autonomie en tant qu'atout stratégique pour le continent.

Ce rapport confirme une conviction commune : Africa CDC ne se contente pas d'exécuter des programmes, mais construit une institution continentale durable sur laquelle l'Afrique pourra compter pendant des décennies.

**Africa CDC n'opère
plus de manière isolée.
Il joue de plus en plus
un rôle d'intégrateur
de systèmes, en
coordonnant la
surveillance, les
laboratoires, les
interventions d'urgence,
le financement, les
plateformes numériques
et la production
locale dans un cadre
continental unique.**

Remerciements

du Directeur général d’Africa CDC

L’année écoulée a marqué une transition décisive pour Africa CDC, qui est passé d’une période dominée par la réponse aux crises à une période caractérisée par la transformation des systèmes, la maturité institutionnelle et le leadership continental.

Africa CDC est née d’une nécessité, façonnée par les urgences et mise à l’épreuve par des crises de santé publique successives. L’année 2025 a démontré que Africa CDC n’est plus seulement un organisme qui réagit aux chocs, mais aussi un architecte de systèmes. La transition du Nouvel Ordre de Santé Publique (NPHO) vers le Programme pour la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires en Afrique (AHSS) reflète cette évolution, plaçant la préparation, le financement, la transformation numérique et la fabrication locale au centre de l’avenir sanitaire de l’Afrique.

Tout au long de l’année, Africa CDC a travaillé aux côtés des États membres pour renforcer la surveillance, répondre aux épidémies, mobiliser des ressources et aligner les partenaires sur les priorités africaines. Nous nous sommes engagés à l’échelle mondiale pour faire entendre la voix de l’Afrique dans l’élaboration des normes, des mécanismes de financement et des dispositifs de gouvernance qui affectent notre sécurité collective.

Le message aux États membres est clair : Africa CDC tient ses promesses lorsqu’elle en a les moyens. Lorsque le soutien politique, le partage des données et l’alignement des financements étaient présents, les résultats se sont traduits par une détection plus rapide, des réponses plus coordonnées, une appropriation nationale plus forte et de meilleurs résultats pour les communautés.

Alors que nous concluons cet important moment de réflexion et de responsabilisation, permettez-moi, au nom d’Africa CDC, d’exprimer notre profonde gratitude à tous ceux dont le leadership, l’engagement et la confiance ont rendu possibles les progrès présentés dans ce rapport.

Tout d’abord, je tiens à exprimer ma sincère gratitude aux chefs d’État et de gouvernement de l’Union africaine, dont le leadership politique a élevé la santé au rang de question de sécurité, de souveraineté et de priorité continentale. Vos décisions, en particulier celle d’accorder une autonomie totale à Africa CDC, nous ont permis d’agir avec rapidité, cohérence et détermination, tout en restant fermement responsables devant les populations que nous servons.

Je tiens à remercier tout particulièrement le Président de l’Union africaine et le Président de la Commission de l’Union africaine



S.E. Dr Jean Kaseya
Directeur général, Africa CDC

Africa CDC obtient des résultats concrets lorsqu’elle dispose des moyens nécessaires. Là où le soutien politique, le partage des données et l’harmonisation des financements étaient présents, on a constaté une détection plus rapide, des réponses mieux coordonnées, une appropriation nationale renforcée et de meilleurs résultats pour les communautés.

pour leur gestion sans faille et leurs conseils stratégiques. Votre soutien a renforcé le rôle d’Africa CDC en tant qu’agence de santé publique africaine et a renforcé notre capacité collective à agir de manière décisive en période de crise et de transformation.

Je suis profondément reconnaissant au Président et aux membres du Conseil d’administration d’Africa CDC pour leur supervision diligente, leurs conseils avisés et leur engagement indéfectible en faveur d’une bonne gouvernance. Vos conseils ont permis de garantir que le mandat croissant d’Africa CDC s’accompagne d’une discipline fiduciaire rigoureuse, d’une transparence et d’une performance axée sur les résultats. La maturité institutionnelle qui transparaît dans ce rapport témoigne à bien des égards de votre leadership.

Je tiens à remercier les ministres de la Santé et les ministres des Finances de nos États membres pour leur partenariat et leur confiance. Africa CDC existe pour vous servir. Chaque déploiement, chaque mission technique, chaque investissement dans la surveillance, les laboratoires, la préparation et le développement du personnel est fondé sur les priorités nationales et mis en œuvre en étroite collaboration avec vos institutions. Votre leadership au niveau national reste le fondement de la sécurité sanitaire continentale.

Je tiens également à remercier nos partenaires : les institutions multilatérales, les banques de développement, les organisations philanthropiques et les agences techniques qui ont choisi d’investir dans les systèmes africains. Votre confiance dans Africa CDC renforce

non seulement notre institution, mais aussi l’architecture plus large de l’Union africaine. Ensemble, nous démontrons que les solutions menées par l’Afrique peuvent avoir un impact à grande échelle.

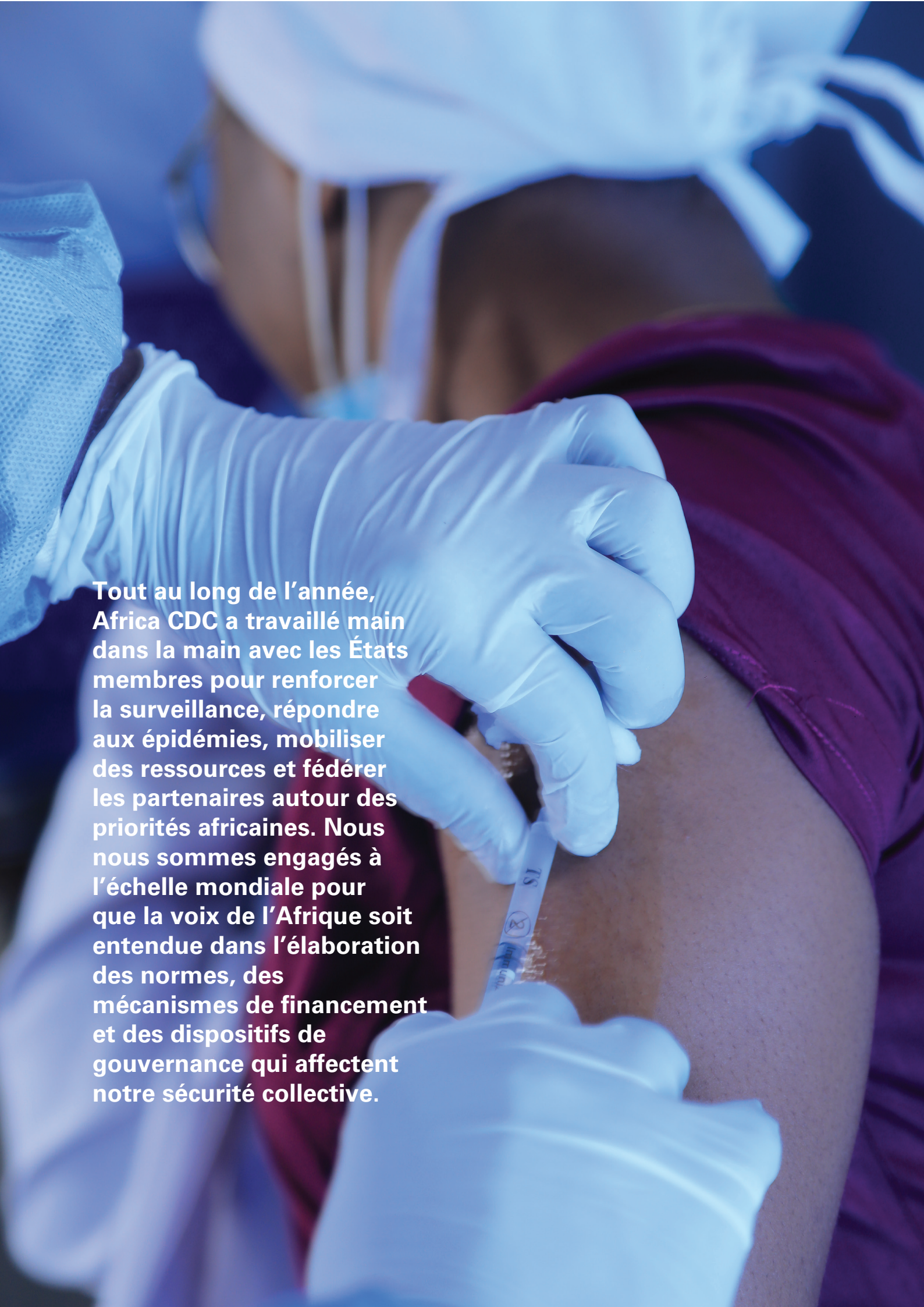
Au personnel d’Africa CDC, au siège, dans les centres de coordination régionaux et sur le terrain : je vous remercie profondément. Votre professionnalisme, votre résilience et votre dévouement, souvent sous une pression intense, sont le véritable moteur de cette institution. Que ce soit en répondant aux épidémies, en mettant en place des systèmes, en gérant les ressources ou en soutenant discrètement les États membres en coulisses, vous avez montré ce qu’est l’excellence dans le service public.

Enfin, je remercie les peuples d’Afrique, au nom desquels et pour la protection desquels nous travaillons. Les progrès présentés ici ne sont pas une fin en soi. Ils constituent une base. Il reste encore beaucoup à faire. Mais ce rapport confirme une vérité fondamentale : lorsque l’Afrique prend les devants, s’aligne et investit dans ses propres institutions, elle obtient des résultats.

Pour l’avenir, Africa CDC reste pleinement engagé à protéger la santé de notre continent, à renforcer la préparation, à promouvoir la souveraineté et à mériter chaque jour la confiance qui nous est accordée.

Je vous remercie tous.





Tout au long de l'année, Africa CDC a travaillé main dans la main avec les États membres pour renforcer la surveillance, répondre aux épidémies, mobiliser des ressources et fédérer les partenaires autour des priorités africaines. Nous nous sommes engagés à l'échelle mondiale pour que la voix de l'Afrique soit entendue dans l'élaboration des normes, des mécanismes de financement et des dispositifs de gouvernance qui affectent notre sécurité collective.

Africa CDC 2025 en bref

Africa CDC est guidée par son Plan stratégique 2023-2027, qui met en œuvre les décisions adoptées à ce jour par l'Union africaine dans le secteur de la santé et les traduit en priorités concrètes et réalisables, tout en donnant pleinement expression à la vision du directeur général telle qu'elle est énoncée dans son manifeste intitulé « Un nouveau pacte pour bâtir une Africa CDC forte, transparente, efficace, responsable et fiable ».

L'année 2025 marquant un point médian décisif dans le plan stratégique 2023-2027, les progrès réalisés à ce jour témoignent d'un renforcement institutionnel substantiel et d'une accélération des résultats dans tous les domaines prioritaires depuis 2022 :



Make OUR Africa CDC:
(1) **Stronger** – with strong governance, proven technical expertise and authority

make OUR Africa CDC:
(2) **reliable** – through its effective response on the ground when Member States face Public Health threats.



Make OUR Africa CDC:
(3) **Efficient** – to generate funds and use them to achieve tangible results

2023

- Les rapports annuels 2021 et 2022, qui faisaient défaut, ont été élaborés et publiés sur le site web d'Africa CDC.
- Élaboration et diffusion du plan stratégique quinquennal 2023-2027
- Adoption et mise en œuvre du plan d'action 2023
- Promouvoir et accélérer la mise en œuvre de l'autonomie d'Africa CDC
- Mise en place de tous les mécanismes de gouvernance
- Formation des cadres supérieurs aux mécanismes de gestion des subventions et de responsabilisation
- Correction des déséquilibres importants en matière de genre et de géographie dans le recrutement
- Financement approprié et lancement de la reconstitution des ressources

2024

- Attirer les talents africains et internationaux : renforcement des capacités en matière de ressources humaines, de finances et d'opérations
- Correction des déséquilibres importants en matière de genre et de géographie dans le recrutement
- Adoption en temps opportun du plan d'action 2024 évalué mensuellement, trimestriellement et annuellement
- Création de l'unité de mise en œuvre du programme (PIU)
- Accélération de l'autonomie d'Africa CDC
- Exercer notre mandat et prendre le contrôle de la sécurité sanitaire en Afrique : déclaration du Mpxv comme USPSC et création de l'IMST

1. Renforcement institutionnel, talents et gouvernance

- Attirer les meilleurs talents africains et internationaux : renforcement significatif des capacités en matière de ressources humaines, de finances, d'opérations, de PPPR, d'économie de la santé, de santé numérique et de fabrication locale.
- Correction des déséquilibres géographiques et entre les sexes qui existaient depuis longtemps dans le recrutement.
- Mise en place d'une culture de planification et de responsabilité axée sur les résultats, avec l'adoption du plan d'action 2025 dans les délais prévus et son suivi mensuel, trimestriel et annuel.
- Création du Bureau de contrôle interne (OIO) et institutionnalisation des champions du risque dans toutes les divisions, intégrant la gestion des risques d'entreprise et la conformité dans les opérations quotidiennes.
- Développement et mise en œuvre de cadres solides de lutte contre la fraude et la corruption, y compris des mécanismes de protection des lanceurs d'alerte, et renforcement des contrôles internes.
- Création de l'Unité de mise en œuvre des programmes (PIU) afin de garantir une exécution plus rapide et de meilleure qualité des subventions importantes et complexes et des programmes multipartenaires.

2. Crédibilité fiduciaire et diligence raisonnable Étapes importantes

- Réussite de l'évaluation de diligence raisonnable du gouvernement britannique (FCDO), confirmant la qualité des systèmes de gestion financière, d'approvisionnement et de protection d'Africa CDC.
- Réussite de l'évaluation de Gavi, CEPI, UNITAID et du Fonds pandémique (PF).

3. Vision stratégique et leadership continental

- Élaboration de la vision « Sécurité et Souveraineté Sanitaires en Afrique » (AHSS), désormais approuvée par les dirigeants africains et positionnée comme la doctrine unificatrice du continent en matière de santé publique.
- Définition d'un modèle alternatif pour le financement et la gouvernance de la santé mondiale en Afrique, plaidoyer en faveur de l'approche de financement de l'America First Global Health Strategy (AFGHS) comme un financement direct respectueux des gouvernements africains tout en tirant parti de leur cofinancement.
- Positionnement d'Africa CDC comme pilier conti-

mental de la paix, de la stabilité et de la santé, notamment en tant que leader du Cadre régional d'investissement pour la sécurité sanitaire et la lutte contre les épidémies (REIF), qui relie la sécurité sanitaire à la prévention des conflits et à la résilience économique.

4. Financement, partenariats et mobilisation des ressources

- Assuré un leadership stratégique et mené des actions de plaidoyer qui ont permis de mobiliser plus de 50 milliards de dollars américains pour le secteur de la santé en Afrique, notamment en soutenant la mise en œuvre de l'AFGHS, la reconstitution des fonds Gavi et GFATM, et la réorientation du Fonds pandémique vers une plus grande appropriation et un leadership accru des pays.
- Changement de discours, passant de la dépendance à l'aide au financement national, à l'efficacité et aux mécanismes communs, conformément à l'Agenda de Lusaka et à l'AHSS.

5. Façonnage du marché, réglementation et fabrication locale

- A mis en œuvre le Mécanisme africain d'achat groupé (APPM), transformant le pouvoir d'achat de l'Afrique et réduisant les prix des matières premières, la fragmentation et l'insécurité de l'approvisionnement.
- Soutien à la mise en œuvre de l'Agence africaine des médicaments (AMA), renforçant l'harmonisation réglementaire, la confiance du marché et la préparation de la fabrication locale.
- A dirigé le programme continental de R&D pour la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies (PPPR), étroitement lié à la fabrication locale de vaccins, de diagnostics et de traitements.

6. Réalisations phares en matière de santé publique à l'échelle continentale

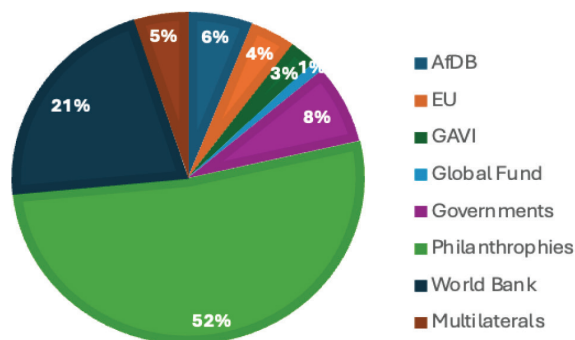
- Réalisation de la toute première enquête continentale sur les agents de santé communautaires (ASC)
- Élaboration d'un dossier d'investissement continental pour les ASC et d'un cadre continental d'accélération.
- Élaboration d'une stratégie continentale de vaccination pleinement alignée sur le programme LEAP de Gavi.
- Renforcement du rôle de chef de file d'Africa CDC dans le domaine des soins de santé primaires intégrés liés à la santé maternelle et à la santé sexuelle et reproductive, à la surveillance, à la santé numérique et à la coordination des interventions d'urgence.

- Soutien apporté aux 55 États membres de l'UA, mobilisation de plus de 600 millions de dollars américains au cours des trois dernières années, extension à 32 du nombre de centres opérationnels fonctionnels de santé publique d'urgence, renforcement

Ces réformes et ces investissements ont donné des résultats concrets. Aujourd'hui, Africa CDC peut se prévaloir de réussites convaincantes qui démontrent l'impact de sa transformation, tant au niveau de la gouvernance, du financement et des opérations que du leadership continental en matière de santé.

The grant portfolio directly managed by Africa CDC grew from **US\$52 million in 2022 to US\$463 million in 2025**, with portfolio diversification over 66 active grants.

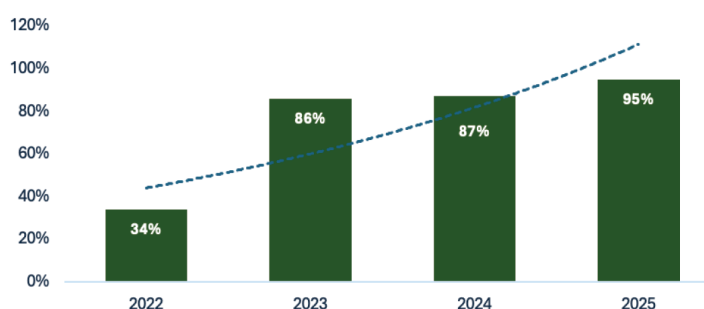
For the 2025 budget, key funding sources include Philanthropies (52%), World Bank (21%), AfDB (6%), Governments (8%), Gavi (3%), Global Fund (1%), EU (4%), and other partners (5%).



↑ The 2025 Africa CDC Grant Portfolio by source category

In delivering its programmatic function, Africa CDC achieved its highest financial performance (execution of 95%), with record revenue and budget implementation.

The overall financial performance and budget execution have continued to improve over the years as the institution's capacity and internal systems have strengthened. The budget performance has increased from 34% in 2022 to 95% in 2025.

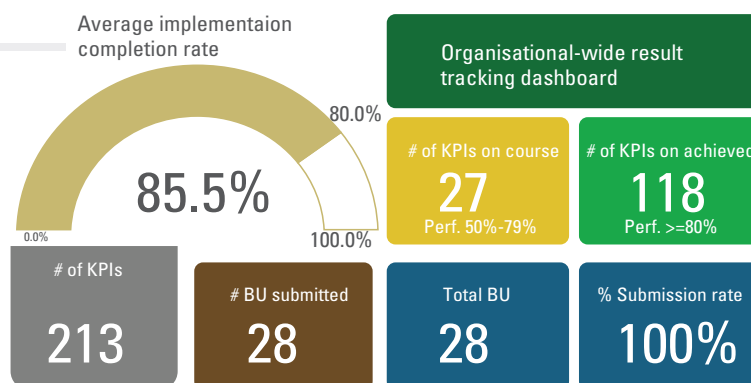


↑ Africa CDC Budget execution rate trend 2022 - 2025

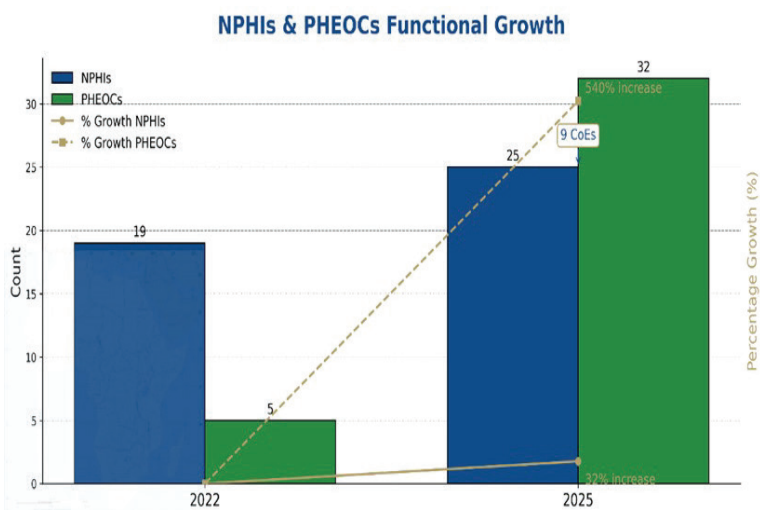
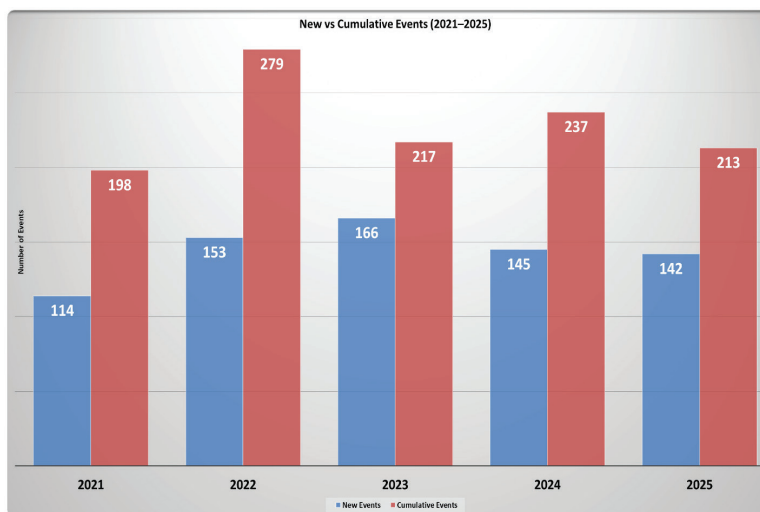
Out of 213 Key Performance Indicators (KPIs) in the 2023–2027 Strategic Plan, Africa CDC has already delivered 85.5% of its targeted results midway through the cycle, on track to achieve 100% of our commitments by 2027.

All 28 Business Units are fully reporting, achieving a 100% compliance rate showing accountability and performance discipline. This progress is underpinned by a strong Planning, Monitoring, Reporting and Learning Division, which systematically tracks both programmatic and financial performance, and drives continuous efficiency, and institutional learning.

D'un point de vue programmatique, cette performance globale reflète l'agrégation de multiples résultats concrets obtenus dans le cadre des principaux piliers d'intervention d'Africa CDC. Ensemble, ces résultats se traduisent par un impact tangible à l'échelle du continent, démontrant comment le soutien d'Africa CDC a renforcé les systèmes de santé nationaux, fait progresser la sécurité sanitaire et renforcé la souveraineté sanitaire de l'Afrique sur tout le continent.



↑ Iterative monitoring dashboard



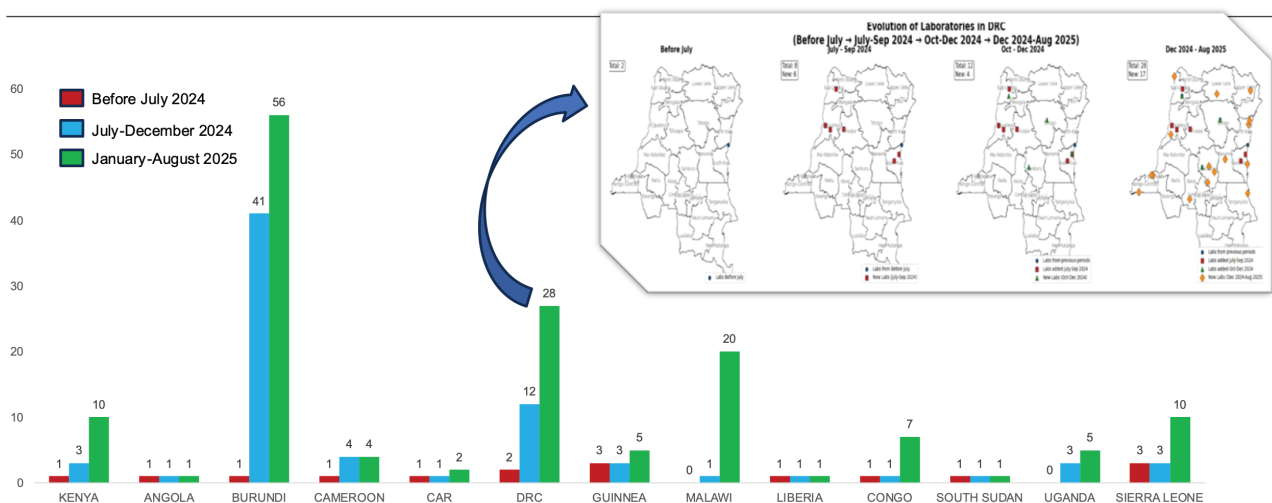
Supported all 55 AU Member States, mobilised over USD 600 million in the past 3 years, expanded functional Public Health Emergency Operations Centres to 32, strengthened

These reforms and investments have translated into concrete results. Today, Africa CDC has compelling success stories to demonstrate the impact of its transformation—across governance, financing, operations, and continental health leadership.

From a programmatic perspective, this overall performance reflects the aggregation of multiple concrete results delivered across Africa CDC's core intervention pillars. Together, these results translate into tangible, continent-wide impact, demonstrating how Africa CDC's support has strengthened national health systems, advanced health security, and reinforced Africa's health sovereignty across the continent.

This result is supported by strong agenda on Research and Development for PPPR and local manufacturing agenda allowing Africa to get appropriate health commodities on a reduced timeline compared to period before 2023.

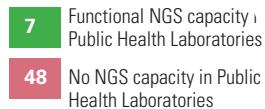
Testing labs decentralisation evolution: A key legacy of the IMST



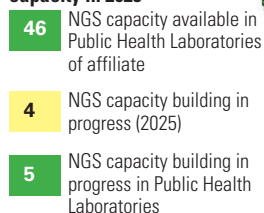
- **Burundi: from 1 to 56 laboratories.** / DRC: from 2 to 28 laboratories / Malawi: from 1 to 20 laboratories.
- Kenya, Sierra Leone, and Uganda show more modest but still important increases in testing capacity.

Safeguarding Africa's Health

Pathogen Gen capacity in 2019



Pathogen Genomics capacity in 2025



En 2025, nous avons enregistré le plus faible nombre d'événements de santé publique depuis 2021.

Les principaux facteurs de réussite sont les suivants

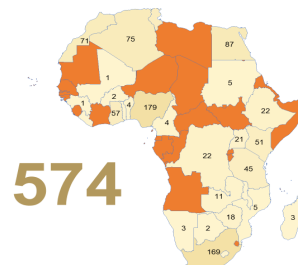
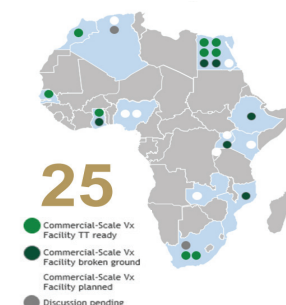
1. Une alerte précoce plus efficace et une détection plus rapide : une surveillance plus fonctionnelle, la décentralisation des réseaux de laboratoires et un partage plus rapide des informations pour détecter les signaux plus tôt.

2. Une meilleure préparation opérationnelle et une capacité de réponse plus rapide : expansion/renforcement des COUSP, des systèmes de gestion des incidents, du personnel d'urgence et des procédures opérationnelles standard plus claires afin de réduire le délai entre l'alerte et la réponse.

3. Amélioration de la couverture des mesures de prévention et de lutte : accent mis sur la disponibilité des contre-mesures médicales, amélioration de la prévention et du contrôle des infections dans les établissements et amélioration des directives en matière de gestion des cas.

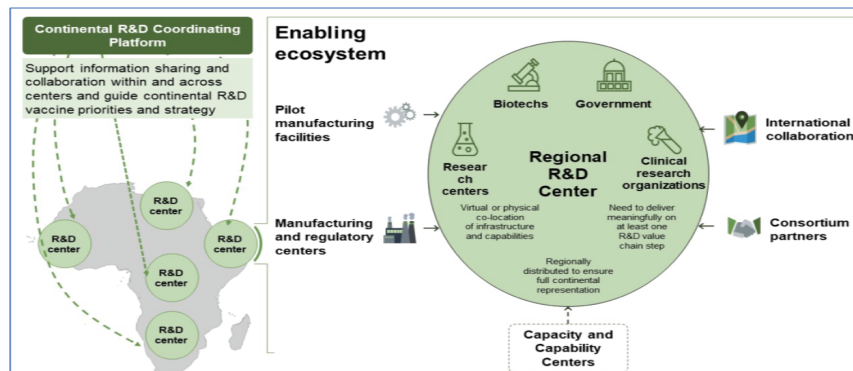
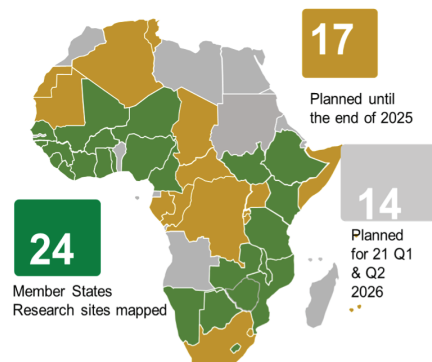
4. Une coordination accrue du leadership, de la responsabilité et de l'alignement des partenaires : l'augmentation du nombre d'instituts nationaux de santé publique (INSP) associée aux centres d'opérations d'urgence de santé publique (COUSP) et à un réseau décentralisé de laboratoires garantit une coordination continentale solide, une appropriation nationale plus claire, une coordination transfrontalière plus forte et un alignement plus étroit des partenaires sous une architecture de réponse unique, ce qui permet de réduire les doublons.

Significant progress in African Health Products manufacturing



What changed from 2022-2025 : R&D

Indicator	2022	2025	Change (%)
Active continental research projects coordinated by Africa CDC	0	48	New
Scientists engaged in continental network	200	2,500	+1,150 %
Sequenced mpox genomes shared	< 200	1,971	+885 %
Biobank nodes operational	2	7	+250 %
Research blueprints published (Africa CDC)	0	3	New



Résumé

Rapport annuel 2025 d'Africa CDC

Introduction

L'année 2025 a marqué un tournant décisif pour Africa CDC, qui s'est imposé comme un acteur de premier plan dans la promotion de la sécurité et de la souveraineté sanitaires à travers le continent. Au-delà de son orientation initiale axée sur la réponse aux crises, Africa CDC a eu un impact tangible et mesurable tout en redéfinissant la gouvernance, en façonnant le discours continental sur la santé et en produisant des résultats démontrables dans les cinq piliers stratégiques du programme pour la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires en Afrique (AHSS). Répondant aux réalités de l'Afrique et à l'évolution du contexte mondial, ce changement reflète une transition décisive d'une gestion réactive des urgences vers une phase caractérisée par le renforcement des systèmes, la maturité institutionnelle et un leadership continental durable.

En 2025, le continent a été confronté à une convergence de risques épidémiologiques, de tensions budgétaires et de fragilité géopolitique. L'Afrique a été confrontée à des épidémies simultanées de choléra, de Marburg, de Mpox et de rougeole, le nombre d'événements de santé publique atteignant 213 en 2025. Ce contexte complexe a nécessité un changement stratégique, passant du Nouvel Ordre de Santé Publique à l'Agenda AHSS pour l'Afrique, qui répond à la réalité où les chocs sanitaires ont de profondes implications en matière de sécurité, d'économie et de souveraineté. Dans un contexte de réduction de l'espace budgétaire et de vulnérabilité géopolitique des chaînes d'approvisionnement, le cadre AHSS redéfinit la sécurité sanitaire comme une fonction essentielle de l'État, nécessitant un leadership continental, un financement durable et une production locale afin de réduire la dépendance et de préserver l'autonomie nationale.

S'appuyant sur la solidarité africaine et renforcé par des systèmes de gouvernance et opérationnels consolidés, Africa CDC a efficacement traduit les mandats politiques en actions coordonnées, soutenant les États membres lors des urgences sanitaires tout en favorisant une transformation structurelle à long terme. Le présent rapport rend compte de manière exhaustive de ces réalisations, offre des informations essentielles sur l'évolution du paysage de la sécurité sanitaire et documente les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan stratégique 2023-2027, alors qu'Africa CDC continue de consolider son rôle

de pilier de l'architecture de santé publique en Afrique.

Mandat, gouvernance et modèle de prestation

1. Opérationnalisation de l'autonomie

Depuis 2022, date à laquelle l'Union africaine a élevé Africa CDC au rang d'organe autonome, l'institution est passée d'une entité principalement chargée de la réponse aux crises à une autorité de santé publique capable d'agir et d'obtenir des résultats mesurables sur tout le continent. L'autonomie a donné à Africa CDC l'autorité, la rapidité et la flexibilité nécessaires pour traduire les mandats politiques en actions coordonnées, renforçant ainsi les capacités nationales de détection, de prévention et de réponse aux menaces, tout en alignant les efforts sur le programme AHSS. Ce changement a été illustré par la déclaration, en août 2024, de Mpox comme urgence de santé publique de sécurité continentale (USPSC), qui a unifié les États membres autour d'une déclaration régionale qui a catalysé une réponse continentale rapide, efficace et harmonisée.

Concrètement, l'autonomie élimine les goulets d'étranglement intermédiaires et permet à Africa CDC d'agir à l'échelle continentale. Elle permet la détection précoce des menaces et la coordination transfrontalière, la mobilisation, l'exploitation et le déploiement rapides des ressources, la gestion financière directe et la surveillance fiduciaire, l'accélération des achats et de la logistique, l'accès aux contre-mesures médicales et la capacité de négocier des partenariats selon les conditions de l'Afrique. En résumé, l'autonomie a transformé Africa CDC en une institution de classe mondiale pour la sécurité sanitaire continentale, faisant progresser les priorités africaines grâce au leadership africain et aux solutions africaines.

2. La gouvernance comme facilitateur

La mise en place complète de la structure de gouvernance d'Africa CDC, composée du Comité des chefs d'État et de gouvernement (CHSG), du Conseil d'administration et du Conseil technique consultatif (CTC), a renforcé la capacité de l'agence à exercer son mandat. Cette architecture à plusieurs niveaux garantit que les décisions

sont fondées sur des preuves, politiquement légitimes et opérationnellement exécutoires. En 2025, le CHSG a élevé la santé au rang de priorité politique de premier plan et a fourni une orientation stratégique et une supervision ; le conseil d'administration a examiné le plan de travail et le budget annuels, délibéré sur des questions stratégiques et formulé des recommandations ; et le CTC a fourni des conseils techniques sur les questions de contrôle et de prévention des maladies et les aspects scientifiques, ainsi que des avis sur la sensibilisation, la mobilisation des ressources et la stratégie. Ensemble, la structure de gouvernance a aidé Africa CDC à garantir que la stratégie était fondée sur des données probantes et alignée sur les priorités continentales, que ses opérations étaient solides et que le programme et l'institution bénéficiaient du soutien des dirigeants politiques.

3. Mise en œuvre du modèle de prestation

L'agence a mis en œuvre un modèle de prestation « Africa CDC sans murs », qui soutient le continent là où il en a besoin, sans faire double emploi avec les efforts nationaux. Au cœur de cette approche se trouve le renforcement continu des cinq centres de coordination régionaux (CCR), qui servent de pôles régionaux essentiels pour traduire les priorités continentales en actions adaptées au contexte grâce à un leadership coordonné, une prestation technique et des partenariats stratégiques. Chaque CCR dispose de trois comités pour soutenir son travail et le continent : le Comité directeur ministériel régional (ReSCo), composé de ministres de la Santé, qui fournit des orientations, soutient la coordination et stimule la volonté politique ; le Comité consultatif technique régional (ReTAC), composé de hauts fonctionnaires des ministères de la Santé, qui fournit un soutien technique et des orientations ; et le Réseau régional intégré de surveillance et de laboratoires (RISLNET), qui intègre les capacités des laboratoires, de la surveillance et des interventions d'urgence. En tant que principales plateformes de coordination et d'engagement avec les CER et les partenaires stratégiques, les CCR ont fait progresser la préparation aux pandémies, la surveillance, les systèmes de laboratoire et les interventions d'urgence, tout en renforçant l'alignement politique et les capacités institutionnelles aux niveaux régional et national.

Au niveau national, Africa CDC a continué à ancrer son soutien aux instituts nationaux de santé publique, aux ministères de la Santé et à sa présence dans les pays clés en matière de sécurité sanitaire. Ce modèle a permis de garantir que la mise en œuvre reste centrée sur les pays, tandis que les États membres de l'UA ont acquis une plus grande maîtrise de l'institution et du programme continental commun en matière de santé publique.

4. Renforcement de la structure et des effectifs d'Africa CDC

Africa CDC a investi dans la constitution d'un personnel adapté à ses besoins, en renforçant ses capacités techniques et sa préparation aux situations d'urgence. L'agence a augmenté ses effectifs, passant de 262 em-

ployés en 2023 à 459 en 2025, en donnant la priorité aux lacunes techniques en matière de surveillance, de laboratoires et d'intervention d'urgence, tout en renforçant la diversité dans la représentation régionale et la parité hommes-femmes. Africa CDC a élargi le Corps continental africain des volontaires de la santé (AVoHC) à 1 180 intervenants déployables qui servent de capacité de renfort pour combler les lacunes en matière de compétences lors des urgences de santé publique. Les autres atouts en matière de personnel sont décrits dans les différents piliers de l'AHSS à la section 4 ci-dessous.

5. Renforcement des systèmes internes

Africa CDC a atteint l'autonomie financière, a mis en place la réception et la gestion directes des fonds et a obtenu l'accréditation de partenaires majeurs tels que le FCDO britannique. Les réformes de la gestion financière ont permis à Africa CDC de recevoir et de gérer des ressources provenant de sources diversifiées, de mettre en place des systèmes d'audit robustes et de réduire les retards dans le financement d'urgence.

Les systèmes d'approvisionnement et opérationnels ont été réformés afin de permettre une exécution rapide mais responsable, en particulier lors des situations d'urgence. Parallèlement, un tableau de bord continental sur la maturité de la chaîne d'approvisionnement a été développé et est désormais pleinement opérationnel, fournissant un aperçu de la capacité de la chaîne d'approvisionnement dans les États membres.¹

Afin d'institutionnaliser l'excellence, l'agence a créé un bureau de contrôle interne et a lancé la certification ISO 9001 de ses opérations afin de garantir une gestion rigoureuse des risques, l'intégrité des processus et une amélioration continue. Au-delà de cela, Africa CDC a institutionnalisé la gestion des risques d'entreprise dans l'ensemble de l'organisation et a fait progresser la mise en œuvre des programmes en adoptant le cadre de gestion axée sur les résultats.

6. Mise en place de la gestion des risques d'entreprise :

Africa CDC a institutionnalisé un cadre complet de gestion des risques d'entreprise (GRE). Un registre des risques officiel à l'échelle de l'organisation a été lancé, permettant un suivi en temps réel des risques financiers, opérationnels et de réputation. Le système est soutenu par des champions des risques désignés dans toute l'organisation afin de garantir une identification et une atténuation actives des risques.

Mise en place de mécanismes de lutte contre la fraude, de dénonciation et de protection :

L'institution a mis en place des mesures de protection institutionnelles solides afin de renforcer l'intégrité et la responsabilité. Ces réformes comprenaient :

L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de lutte contre la fraude et la corruption.

¹ <https://app.akuko.io/post/269dc25a-a188-4911-97be-f78d76e4cd1e>

La mise en place de mesures de protection des lanceurs d'alerte et d'un mécanisme dédié de signalement des préoccupations afin de permettre aux parties prenantes de faire part de leurs commentaires en toute sécurité.

La mise en place d'une politique environnementale, sociale et de gouvernance, y compris des mesures de protection

Des systèmes de suivi numériques pour renforcer la surveillance et prévenir l'utilisation abusive des ressources.

Le personnel a reçu une formation et une orientation sur ces politiques afin qu'elles soient intégrées dans la gestion et les opérations quotidiennes.

7. Maturité de l'audit

Africa CDC a démontré son engagement en faveur de la transparence et d'un contrôle externe rigoureux en se soumettant à neuf audits complets en 2025. Cette série d'audits comprenait :

L'audit annuel réalisé par le Comité des commissaires aux comptes de l'UA.

Deux audits internes réalisés par le Bureau de contrôle interne de l'Union africaine.

Un audit judiciaire indépendant.

Cinq audits spécifiques aux donateurs.

Les résultats de ces audits sont communiqués en toute transparence et la mise en œuvre des recommandations formulées fait l'objet d'un suivi. Africa CDC a mis en place un système de suivi des conclusions d'audit afin de s'assurer que toutes les conclusions d'audit sont prises en compte et font l'objet d'un suivi jusqu'à leur achèvement.

Le paysage sanitaire en Afrique en 2025

L'Afrique a été confrontée à un environnement sanitaire complexe en 2025, avec l'apparition simultanée de maladies telles que la fièvre de Marburg, le choléra, le Mpox et la rougeole. Les contraintes budgétaires se sont intensifiées dans un contexte de baisse de l'aide extérieure et d'augmentation des coûts des soins de santé pour les ménages, tandis que les vulnérabilités géopolitiques et celles liées à la chaîne d'approvisionnement persistaient. Dans ce contexte, le continent a continué à connaître une augmentation des urgences de santé publique, passant de 153 cas signalés en 2022 à 242 et 213 cas signalés respectivement en 2024 et 2025. Les chocs sanitaires ont de plus en plus d'implications en matière de sécurité et de souveraineté, ce qui souligne la nécessité d'une approche continentale.

Mise en œuvre du programme pour la Sécurité et la Souveraineté sanitaires en Afrique (AHSS)

Pilier 1 : Architecture sanitaire mondiale et leadership africain

Sous la direction de l'Assemblée de l'UA, Africa CDC s'est imposé comme la voix continentale en matière de santé mondiale. En 2025, l'institution a fait passer le continent d'une participation réactive à un leadership collectif, en dirigeant les déclarations d'urgence continentales, en établissant un mécanisme de coordination continental pour la gestion des épidémies multinationales telles que l'IMST, en façonnant les réformes de la gouvernance mondiale en matière de santé et en présentant une position africaine unifiée dans les négociations mondiales cruciales telles que l'Assemblée mondiale de la santé, les négociations de l'accord sur la pandémie, les reconstitutions du Fonds mondial et de Gavi, les forums du G7, du G20 et de l'UA-UE. Cette consolidation politique a permis de faire entendre la voix de l'Afrique, de tirer parti des ressources stratégiques et des partenariats pour s'orienter vers les priorités africaines. Elle a réduit la fragmentation entre les États membres, accéléré la prise de décision en cas de crise et élevé la sécurité et la souveraineté sanitaires au rang de priorité stratégique au même titre que le commerce, l'industrialisation et la résilience économique.

Ce leadership s'est traduit par des investissements mieux alignés et des résultats mesurables pour les États membres. Grâce au programme AHSS et à la gestion du programme de Lusaka, le financement mondial de la santé a de plus en plus soutenu les priorités africaines, notamment la fabrication locale, les systèmes de santé publique numériques et la mobilisation des ressources nationales. La mise en œuvre de son mandat, notamment la déclaration sur les urgences de santé publique menaçant la sécurité continentale (USPSC), a permis une action plus rapide et coordonnée lors de l'épidémie de Mpox, renforçant ainsi la légitimité nationale et réduisant le risque politique pour les gouvernements. Une diplomatie fondée sur des données probantes, soutenue par une surveillance continentale et des tableaux de bord politiques, a renforcé la crédibilité des décisions nationales, tandis que le lancement du Global Health Diplomacy Fellowship a institutionnalisé la capacité de l'Afrique à maintenir son leadership et à protéger ses intérêts dans les futures négociations mondiales sur la santé.

Pilier 2 : Prévention, préparation et réponse aux pandémies (PPPR)

Africa CDC a renforcé la préparation et la réponse de l'Afrique aux pandémies en institutionnalisant les structures nationales et en augmentant les effectifs et les capacités opérationnelles. Africa CDC a notamment réalisé les progrès suivants dans la mise en œuvre du PPPR sur le continent :



Figure 1 : Aperçu des performances d'Africa CDC en 2025

Structures nationales : Africa CDC a collaboré avec les États membres pour rendre opérationnels 27 instituts nationaux de santé publique (INSP) pleinement fonctionnels, dont 19 sont à différents stades de création. Parmi ceux-ci, Africa CDC a désigné 9 INSP comme centres d'excellence afin d'aider les autres États membres à renforcer et à créer leurs propres INSP. Les INSP regroupent toutes les fonctions de santé publique au sein des États membres afin d'améliorer l'efficacité et de réduire le gaspillage, en particulier lors des interventions d'urgence en matière de santé publique.

Grâce au programme de formation en épidémiologie de terrain, 303 épidémiologistes et agents de surveillance ont été formés dans 21 États membres entre 2023 et 2025. Africa CDC a créé l'African Epidemic Service, un programme de bourses de deux ans articulé autour de trois axes stratégiques : l'épidémiologie appliquée, la direction de laboratoire et l'informatique de santé publique. À ce jour, 47 boursiers ont été recrutés dans deux axes, dont 26 en épidémiologie et 21 en informatique de santé publique. Le programme de bourses pour la gestion des urgences de santé publique a désormais diplômé 27 professionnels de la santé publique de niveau expert issus de 22 États membres, dont 19 boursiers de 16 pays pour la seule année 2025. Grâce au Kofi Annan Global Health Leadership Program, 84 boursiers ont obtenu leur diplôme dans quatre promotions depuis 2019, et beaucoup occupent désormais des postes de direction qui font progresser les priorités nationales et continentales en matière de santé. Une cinquième promotion de vingt-cinq boursiers est actuellement en formation. Au total, 1 436 agents de santé communautaires ont été formés et déployés en Ouganda, au Burundi et en République démocratique du Congo pour soutenir la surveillance et la prévention et le contrôle des infections, avec l'aide de modules régionaux de formation des formateurs coordonnés par les centres régionaux de collaboration en Afrique orientale et centrale.

Réponse aux urgences de santé publique : le modèle de l'équipe de soutien à la gestion des incidents (IMST) a permis d'apporter des réponses rapides et coordonnées à des épidémies telles que celle de Mpox, en mobilisant plus de 1 400 intervenants de première ligne et 300 épidémiologistes dans les cinq régions. Au cours de cette période, Africa CDC a formé 4 870 pro-

fessionnels de la santé publique, dont 303 épidémiologistes de terrain. Africa CDC a aidé 33 pays à créer ou à moderniser des centres d'opérations d'urgence sanitaire (COUSP) grâce à des outils numériques et à des formations. En outre, la création de centres logistiques d'urgence à Addis-Abeba et à Douala, d'une valeur de 2 millions de dollars, a facilité la distribution de fournitures essentielles. Plus de 515 000 doses de vaccin, 175 000 kits de test et 192 000 unités d'EPI ont été distribués à 29 pays, renforçant ainsi la préparation opérationnelle et la capacité de réponse régionale de l'Afrique. En décembre 2025, 32 États membres disposaient de COUSP fonctionnels au moins au niveau national.

Surveillance : Africa CDC a également fait progresser les systèmes de surveillance et d'alerte précoce à travers le continent. La surveillance basée sur les événements a été mise en place dans 38 pays, grâce à la formation de plus de 1 000 agents de surveillance et 3 400 agents de santé communautaires. Le taux de détection précoce des événements de santé publique dans les sept jours est passé de 39 % en 2022 à 58 % en 2025, avec 213 événements de santé publique surveillés dans 44 États membres au niveau continental.

Laboratoires : 46 États membres disposent désormais de capacités de séquençage génomique, contre 7 en 2019. En outre, Africa CDC a investi plus de 8 millions de dollars pour équiper plus de 120 laboratoires et former 1 200 membres du personnel de laboratoire, ce qui a considérablement accru les capacités de diagnostic et de séquençage génomique. En conséquence, le nombre de laboratoires de dépistage de Mpox est passé d'une médiane de 1 à 11 par pays, le délai de séquençage est passé de plus de 30 à moins de 7 jours, et 46 États membres disposent désormais de capacités de séquençage génomique.

Pilier 3 : Financement durable de la santé et mobilisation des ressources nationales

Africa CDC a aidé les États membres à aligner le financement de la sécurité sanitaire sur les priorités nationales, à intégrer des experts en gestion financière et à élaborer des dossiers d'investissement. En décembre 2025, plus de 40 milliards de dollars avaient été mobilisés pour la sécurité sanitaire en Afrique. Les réformes en matière

d'efficacité ont permis d'identifier d'importantes économies potentielles. En 2025, Africa CDC a fait du financement de la santé un élément central de la sécurité sanitaire en déployant 20 experts en gestion des finances publiques afin de renforcer l'exécution du budget et d'aligner les investissements sur les objectifs de préparation et de couverture sanitaire universelle. Dans le cadre du programme de Lusaka, il a lancé un tableau de bord continental pour suivre l'alignement du financement, la responsabilité et les progrès. Dix pays ont réalisé des analyses de rentabilité en matière de sécurité sanitaire, faisant passer le dialogue des propositions menées par les donateurs aux priorités nationales.

Africa CDC a également fait progresser le financement innovant, en soutenant des mécanismes tels que les taxes sur la santé, les économies réalisées grâce aux achats groupés et les obligations de la diaspora. Il a mobilisé 463 millions de dollars d'aide directe et influencé plus de 40 milliards de dollars de financement mondial aligné pour les États membres, dont 10 milliards de dollars pour la fabrication locale. Un accord visant à concevoir un mécanisme de financement mixte pour la souveraineté sanitaire africaine est en place. L'Observatoire du financement de la santé proposé permettra d'institutionnaliser davantage la transparence des dépenses et la responsabilité entre pairs à travers le continent.

Pilier 4 : Transformation numérique et souveraineté des données

Les plateformes numériques et la surveillance basée sur les événements se sont développées dans les États membres, permettant une analyse et une prise de décision en temps réel. Africa CDC a fait progresser la gouvernance des données, l'interopérabilité et l'innovation en matière de santé numérique, en soutenant la cartographie de la recherche et les évaluations de la maturité numérique dans les États membres. Des progrès importants ont été réalisés en matière de transformation numérique grâce au lancement de cadres clés pour guider la gouvernance des données, l'interopérabilité et la maturité numérique en matière de santé dans les États membres. Des efforts parallèles ont permis de faire progresser la numérisation des soins de santé primaires (SSP), en mobilisant 40 millions de dollars américains pour soutenir la transformation numérique dans neuf pays et en élaborant un cadre dédié aux SSP avec les États membres. Le Centre africain de données épidémiologiques (KHub) d'Africa CDC a été lancé en tant que portail numérique centralisé pour soutenir le partage des connaissances, les politiques et la collaboration à travers l'Afrique. En outre, le Journal de Santé Publique en Afrique a publié 167 articles, touchant des auteurs dans 47 pays.

Pilier 5 : Fabrication locale et achats groupés

L'Afrique est en passe d'atteindre l'objectif continental consistant à fabriquer au moins 60 % de ses produits de santé sur le continent d'ici 2040. En 2025, Africa CDC a fait progresser ce programme grâce à une série de mesures concrètes et complémentaires qui ont renforcé la demande,

les marchés, le financement et la coordination dans l'ensemble de l'écosystème de fabrication. Parmi les étapes clés, on peut citer:

- **Achats groupés** : le mécanisme africain d'achats groupés (APPM) a été mis en place, lançant les achats groupés pour 10 produits prioritaires et deux besoins d'urgence. Cela a permis de jeter les bases d'une demande prévisible et agrégée afin de soutenir les fabricants africains.
- **Modelage du marché** : l'intégration et la durabilité du marché ont été renforcées grâce à l'alignement des achats groupés, à des partenariats stratégiques et à un plaidoyer politique soutenu en faveur du programme « *Acheter Africain* », renforçant ainsi la cohérence des politiques et la confiance à long terme dans le marché.
- **Fabrication** : la Plateforme pour l'harmonisation de la fabrication de produits de santé en Afrique (PHAHM) a été institutionnalisée, répertoriant plus de 27 initiatives de fabrication de vaccins et plus de 20 transferts de technologie en cours pour une gamme de produits de santé, offrant ainsi une vue d'ensemble des capacités, des lacunes et des voies de développement à l'échelle du continent.
- **Financement** : plus de 10 milliards de dollars américains ont été mobilisés pour développer la production locale, notamment grâce au soutien de GAVI à l'Accélérateur africain de fabrication de vaccins (AVMA), ce qui a contribué à réduire les risques liés aux investissements et à accélérer la mise sur le marché.
- **Recherche et développement** : Africa CDC met en place les mécanismes continentaux de gouvernance et de coordination de la R&D afin de soutenir de manière optimale la fabrication locale de contre-mesures médicales.

Partenariats

Africa CDC est passé de projets fragmentés à des partenariats stratégiques, alignant le soutien externe sur les priorités de l'Afrique. Les partenariats avec les États membres, les agences multilatérales, les organisations philanthropiques et le secteur privé ont été gérés dans une optique de résultats, renforçant les systèmes nationaux et réduisant les doublons.

Risques, enseignements et leadership adaptatif

Africa CDC a su gérer les risques opérationnels, financiers, politiques et stratégiques dans un environnement complexe. Les principaux enseignements tirés ont été l'importance d'une gouvernance structurée, d'une autonomie disciplinée et d'une action continentale unifiée. Le leadership adaptatif et l'apprentissage continu ont renforcé la résilience institutionnelle.

Prévisions stratégiques pour 2026

À l'avenir, Africa CDC se concentrera sur la consolidation des acquis tout en accélérant la mise en œuvre de la chaîne de valeur de la sécurité sanitaire. Les principales priorités pour 2026 sont les suivantes

- **Institutionnaliser la préparation en tant que fonction publique permanente :** Intégrer la préparation dans les systèmes nationaux et régionaux grâce à un financement durable, des repères clairs et des mécanismes de responsabilité systématiques, passant ainsi d'une préparation ponctuelle à une capacité permanente.
- **Déployer la prestation intégrée à l'échelle continentale :** Promouvoir un modèle opérationnel intégré qui relie la surveillance, les interventions d'urgence, le financement durable, les achats groupés, le financement à risque pour les contre-mesures médicales (CMM) et la fabrication dans des systèmes de prestation unifiés.
- **Accélérer la production locale et l'accès au marché :** Favoriser les progrès vers l'objectif continental de production, grâce à l'expansion des achats groupés, à une demande prévisible et à un soutien ciblé aux fabricants africains afin de parvenir à une commercialisation réussie.

- **Intégrer l'intelligence numérique et la souveraineté des données :** renforcer les plateformes numériques, l'analyse et la cybersécurité afin de permettre l'intelligence en temps réel, le partage sécurisé des données et le contrôle souverain des données de santé publique en Afrique.
- **Consolider le leadership de l'Afrique dans la gouvernance mondiale de la santé :** promouvoir une architecture mondiale de la santé rééquilibrée dans laquelle les pays dirigent, les institutions régionales coordonnent et les entités mondiales soutiennent, en positionnant la sécurité sanitaire comme un pilier stratégique de la croissance économique, de la résilience et de l'engagement géopolitique.

Africa CDC appelle les États membres à maintenir leur soutien politique, à intégrer la sécurité sanitaire dans leurs budgets, à soutenir le partage des données et à participer aux achats groupés. Les partenaires sont invités à aligner leur soutien sur les priorités de l'Afrique, à investir dans la mise en place de systèmes et à renforcer la structuration du marché sous l'impulsion de l'Afrique.

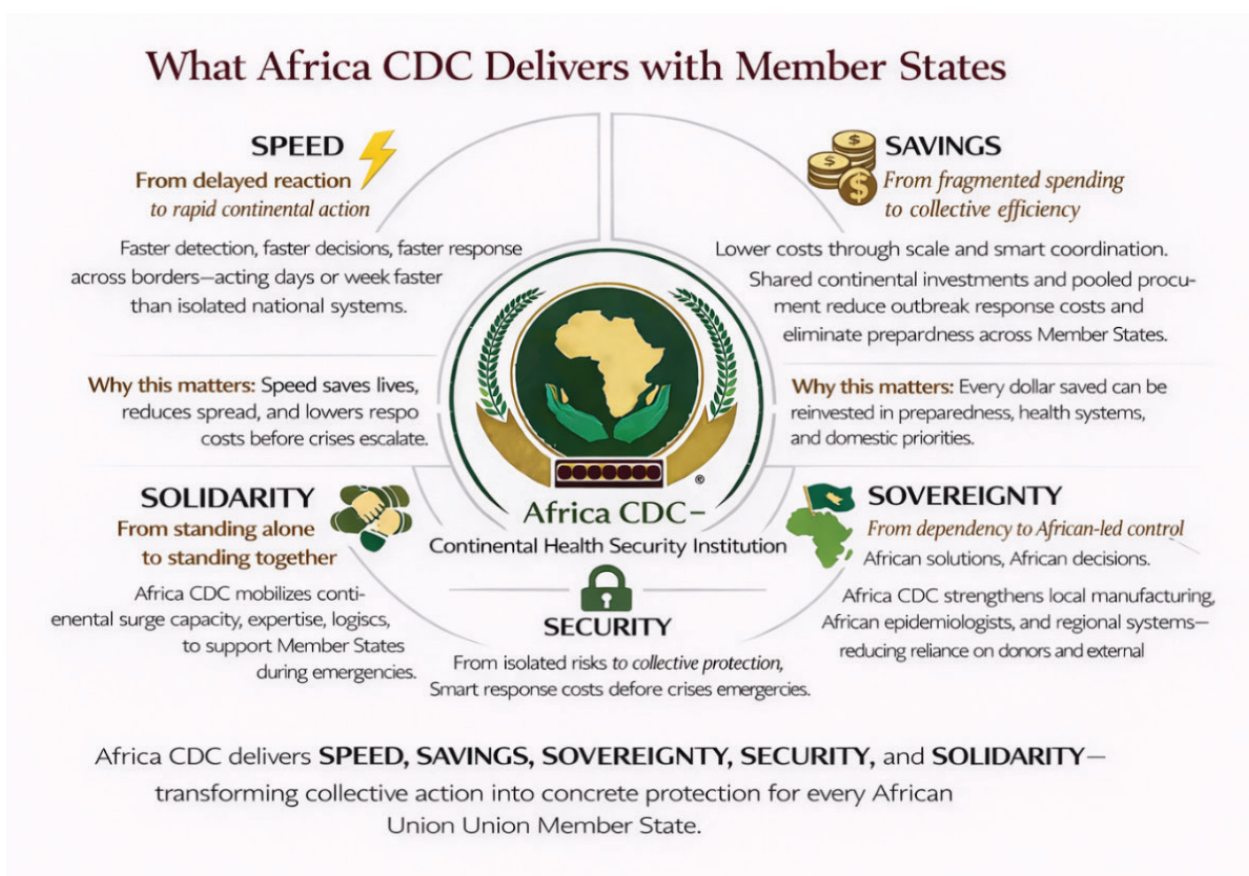


Figure 2 : Ce que Africa CDC réalise avec les États membres

Mandat, gouvernance et modèle de prestation d'Africa CDC



Africa CDC :
Du mandat politique à la
mise en œuvre de la sécurité
sanitaire continentale

ASSEMBLÉE DE L'UNION AFRICAINE

Autorité politique suprême



COMITÉ DES CHEFS D'ÉTAT ET DE
GOUVERNEMENT (CHSG)

Leadership stratégique et gestion
politique



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Supervision, responsabilisation
et orientation



Africa CDC : Institut continental
de sécurité sanitaire

Connecteur • Organisateur • Exécutant



CENTRES DE COORDINATION
RÉGIONAUX (CCRR)

Coordination et collaboration
régionales



Infrastructure nationale de
préparation et de réponse

Instituts nationaux
de santé publique
(INSP)

PRÉSENCE PAYS
Représentation du
CDC Afrique dans
les pays



Figure 3 : Modèle de prestation
d'Africa CDC

Du mandat politique à la mise en œuvre continentale

Africa CDC existe parce que les chefs d'État et de gouvernement des États membres de l'UA ont fait un choix stratégique délibéré : reconnaître la sécurité sanitaire comme une question de souveraineté continentale, plutôt que comme une question sectorielle à gérer pays par pays, après que la crise se soit déjà déclarée. Cette décision a été motivée par des épidémies de santé publique répétées et à grande échelle, ainsi que par des menaces émergentes qui ont mis en évidence les vulnérabilités systémiques et testé les limites des réponses nationales fragmentées à travers le continent.

En 2025, dix ans après la création d'Africa CDC au sein de la Commission de l'UA par la Décision **AU/Dec.499 (XXII)** de l'Assemblée de l'UA, la pertinence de l'institution est devenue plus évidente, et non plus purement symbolique. Les urgences sanitaires ont augmenté tant en fréquence qu'en complexité, tandis que l'Afrique est confrontée à des vulnérabilités croissantes dues aux pressions climatiques, aux changements démographiques et à un environnement de financement externe plus contraignant.

En février 2022, l'UA a élevé Africa CDC au rang d'**organe autonome de l'Union** par la **Décision Assembly/AU/Dec.835 (XXXV)**. En juillet 2022, la modification des statuts a consolidé cette élévation, habilitant Africa CDC à agir en tant qu'agence de santé publique du continent.

Cette évolution juridique est importante car elle crée les conditions nécessaires à ce que les chefs d'État exigent en fin de compte : un modèle de prestation continental, la capacité de détecter rapidement les menaces, de coordonner les actions au-delà des frontières, de mobiliser rapidement les ressources et les contre-mesures, et de communiquer les résultats de manière transparente.

La preuve la plus évidente que le mandat d'Africa CDC est devenu opérationnel est l'escalade de l'urgence liée au Mpox. En 2024, le Mpox s'est propagé à **21 États membres de l'UA**,

avec **81 327 cas notifiés, 17 899 cas confirmés en laboratoire et 1 377 décès** (taux de létalité de **1,7 %**).

Africa CDC a déclaré le Mpx **urgence de santé publique de sécurité continentale (USPSC)** le **13 août 2024**, après consultation des structures dirigeantes de l'UA et des mécanismes d'examen par des experts ; l'OMS a déclaré une USPPI le **14 août 2024**.

Cette escalade politico-technique a donné naissance à une plateforme d'intervention : Africa CDC et l'OMS ont mis en place une équipe continentale d'appui à la gestion des incidents (IMST) à Kinshasa, le centre de l'épidémie, fonctionnant selon le principe « **UNE ÉQUIPE, UN PLAN, UN BUDGET, UNE SURVEILLANCE ET UNE ÉVALUATION** » et structurée autour de 10 piliers techniques couvrant la coordination, la communication des risques et engagement communautaire (CREC), la surveillance, les laboratoires, la prévention et contrôle des infections (PCI), la vaccination, la gestion des cas, la logistique, la recherche et la continuité des services essentiels.

En décembre 2024, le mécanisme de coordination de l'IMST avait réuni plus de 28 partenaires au sein d'une structure opérationnelle unique, mobilisé 1,1 milliard de dollars américains et 6 millions de doses de vaccin grâce à des promesses de dons, des engagements, des décaissements et des contributions nationales, formé 303 épidémiologistes et agents de surveillance, déployé 48 épidémiologistes et spécialistes de laboratoire, formé 169 experts de laboratoire et distribué 175 362 kits de test et réactifs de séquençage à 29 États membres.

Voilà à quoi ressemble le « mandat d'exécution » à l'échelle continentale : il ne s'agit pas seulement de déclarations, mais d'un système opérationnel qui convertit l'autorité en résultats mesurables.

L'autonomie institutionnelle devenue réalité : combler le fossé entre le statut juridique et la capacité opérationnelle.

Un thème central dans l'histoire du mandat d'Africa CDC est que l'autonomie devait être mise en œuvre, et non simplement déclarée. En mars 2022, les contraintes de base d'Africa CDC étaient explicites : la gestion financière dépendait des procédures de la Commission de l'UA ; les ressources humaines et les achats étaient centralisés ; il n'y avait pas d'audit interne ni de registre des risques ; il n'existait que 5 COUSP nationaux ; 24 États membres disposaient de capacités de séquençage génomique ; l'effectif approuvé était de 155 personnes, dont moins de 40 % étaient pourvus ; et seuls 6 États membres soumettaient des données de surveillance en temps réel à Africa CDC.

L'évaluation de la direction d'Africa CDC de février 2023 apporte des précisions institutionnelles : planification et rapports de responsabilité insuffisants ; forte dépendance à l'égard de consultants externes ;

contrôle des partenaires sur les fonctions administratives essentielles ; faibles taux d'utilisation ; prestation cloisonnée ; et CCR existant principalement sous forme de concepts sans accords d'hébergement. Ce contexte explique pourquoi le renforcement institutionnel en 2023-2025 ne concernait pas la bureaucratie interne, mais constituait une condition préalable à une exécution de niveau urgence.

À la fin de 2025, le changement institutionnel sera mesurable :

- Croissance du portefeuille de subventions de 52 millions de dollars américains (2022) à 451 millions de dollars américains (2025) pour 66 subventions actives, reflétant la confiance accrue des partenaires et la capacité croissante d'Africa CDC en matière d'absorption et de responsabilité.
- Renforcement des systèmes de gouvernance et d'intégrité : gestion des risques, suivi des mesures d'audit et multiples flux d'audit en 2025 (audits externes et internes, examen judiciaire, audits des donateurs).
- Transition visible vers une culture de la performance : rapports annuels élaborés et publiés, planification stratégique et planification des actions institutionnalisées, et réformes des systèmes (lutte contre la fraude, OIO, registre des risques, protection et parcours de préparation à la certification ISO).

Exécution opérationnelle à l'échelle continentale : le « système d'exploitation de santé publique » tangible

Le rapport de performance 2025 d'Africa CDC présente les résultats opérationnels à l'échelle continentale :

- 213 événements de santé publique suivis dans 52 États membres
- 32 COUSP fonctionnels (contre 9 en 2020) et soutenus par des équipements TIC.
- 46 États membres capables d'effectuer un séquençage génomique (contre 7 en 2019)
- AVoHC s'est étendu à 1 184 intervenants, déployés plus de 150 fois en 2025.
- 25 instituts nationaux de santé publique opérationnels, dont 19 en cours de développement, renforçant l'appropriation par les pays comme fondement de la souveraineté, et dont 9 ont été désignés comme centres d'excellence pour aider les pays qui développent les leurs.
- Un dividende financier mesurable en cas d'urgence : le Fonds africain pour les épidémies a réduit les délais moyens de financement des opérations d'ur-

gence de 21 à 7 jours (comme indiqué dans le rapport de 2025).

Ce sont là les éléments constitutifs d'un système d'exploitation continental : alerte précoce, escalade d'urgence, gestion coordonnée des incidents, main-d'œuvre supplémentaire, laboratoires, logistique, financement et rapports mesurables.

1.1. Mandat juridique et autonomie d'Africa CDC

L'autorité d'Africa CDC repose sur un accord juridique et politique clair conclu par les États membres de l'Union africaine (UA) : la sécurité sanitaire est un bien public continental qui nécessite une institution autonome ayant le pouvoir d'agir rapidement, de coordonner les actions au-delà des frontières et de rester responsable devant les gouvernements souverains.

1.1.1. Fondement juridique : ce que Africa CDC est chargé de faire

Africa CDC a été créé par une décision de l'Assemblée de l'UA en tant qu'institution continentale chargée de prévenir, détecter et contrôler les maladies à travers l'Afrique, et de renforcer les institutions nationales de santé publique plutôt que de les remplacer.

Cette conception intègre deux principes juridiques :

1. **Subsidiarité avec autorité** : Africa CDC intervient lorsque l'action collective apporte une valeur ajoutée (surveillance transfrontalière, mise en commun des outils, escalade d'urgence), tandis que les institutions nationales restent les principaux exécutants.
2. **Coordination continentale avec appropriation souveraine** : Africa CDC coordonne et convoque ; les États membres décident et mettent en œuvre dans leurs juridictions respectives.

L'élévation d'Africa CDC au rang d'organe autonome de l'Union africaine en février 2022 a officialisé ce mandat. La consolidation des statuts en juillet 2022 a transformé Africa CDC d'un centre de coordination en une autorité continentale dotée de pouvoirs juridiques, capable de diriger l'architecture de santé publique africaine et d'interagir en tant que pair avec les institutions mondiales de santé. En 2023, l'Assemblée de l'UA a clairement défini Africa CDC comme l'Agence de santé publique pour l'Afrique. Puis, en 2024 et 2025, Africa CDC s'est vu confier la direction de l'APPM, de la fabrication africaine, du financement de la santé, de l'agenda de Lusaka, de la santé numérique et des initiatives mondiales en matière de santé.

Pourquoi est-ce important ? L'autorité permet d'agir de manière efficace tout en garantissant la responsabilité. Par exemple, en cas d'urgence, Africa CDC ne demande pas la coordination, mais la déclenche officiellement dans le cadre de gouvernance établi par l'UA.

1.1.2. Pouvoirs d'urgence : autorité pour faire remonter les risques continentaux

Les Statuts d'Africa CDC habilite explicitement l'institution à déclarer et à coordonner une urgence de santé publique de sécurité continentale (USPSC) lorsqu'une menace sanitaire présente un risque pour plusieurs pays et nécessite une action collective. Cette autorité s'exerce par le biais d'un processus décisionnel structuré qui combine des preuves techniques et la responsabilité politique :

- Évaluation épidémiologique et analyse des risques.
- Examen par des experts au moyen de mécanismes consultatifs désignés.
- Consultation avec les structures de direction de l'UA.
- Déclaration officielle par le directeur général.

L'escalade de la maladie du singe en août 2024 a démontré cette autorité dans la pratique : Africa CDC a publié une déclaration USPSC, qui a catalysé la mobilisation à l'échelle du continent, aligné les États membres et les partenaires sous un cadre opérationnel unique et synchronisé l'action continentale avec l'escalade mondiale.

1.1.3. L'autonomie dans la pratique : ce que Africa CDC peut désormais faire de manière autonome

L'autonomie n'est pas symbolique. Elle est opérationnelle, fiduciaire et managériale. Depuis 2022, Africa CDC a progressivement mis en œuvre son autonomie dans quatre domaines critiques :

1. **Autorité financière** : Africa CDC peut recevoir et gérer directement des fonds, gérer des comptes bancaires dédiés, effectuer des dépenses d'urgence et rendre compte grâce à des systèmes vérifiables. Cela permet un financement rapide et réduit la dépendance vis-à-vis des intermédiaires en cas de crise.
2. **Autorité en matière d'approvisionnement** : Africa CDC peut se procurer des biens et des services, y compris des contre-mesures médicales d'urgence, à l'échelle continentale. Cette autorité

sous-tend les achats groupés, la structuration du marché et la logistique d'urgence.

3. **Autorité en matière de ressources humaines** : Africa CDC peut recruter, déployer et gérer du personnel spécialisé et du personnel supplémentaire dans le cadre d'une structure approuvée, ce qui permet des déploiements techniques rapides en cas d'urgence et un renforcement durable des capacités en temps de paix.
4. **Autorité décisionnelle opérationnelle** : Africa CDC peut activer des mécanismes de coordination d'urgence, déployer des systèmes de gestion des incidents et publier des directives continentales alignées sur les décisions de l'UA.

Pourquoi est-ce important ?

Sans autonomie opérationnelle, les délais d'intervention d'urgence s'allongent, les coûts de transaction augmentent et les décisions politiques perdent de leur efficacité au niveau national.

1.1.4. Garanties : autonomie contrebalancée par la responsabilité

L'autonomie d'Africa CDC est délibérément associée à des mécanismes de contrôle solides afin de protéger les États membres et les partenaires :

- **Délibérations et recommandations du conseil d'administration** sur les activités, le budget et la stratégie
- **Supervision du CHOS** sur la stratégie, les budgets, les performances et le leadership politique
- **Systèmes d'audit interne et de gestion des risques** visant à détecter et à atténuer les risques fiduciaires et opérationnels.
- **Gestion axée sur les résultats et rapports de performance** alignés sur les cycles de contrôle de l'UA.
- **Audits externes et processus de diligence raisonnable des partenaires** pour confirmer et améliorer les contrôles internes et la gestion financière, permettant des modalités de financement direct.

Cet équilibre entre autorité et contrôles est la condition institutionnelle qui permet à Africa CDC de fonctionner à un rythme d'urgence tout en maintenant la confiance entre les ministres des Finances, les chefs d'État et les partenaires.

1.1.5. Interopérabilité juridique : Africa CDC au sein du système mondial de santé

Les statuts d'Africa CDC prévoient également une collaboration structurée avec l'Organisation mondiale de la santé et d'autres partenaires mondiaux dans le domaine de la santé afin d'assurer la complémentarité et de présenter une position africaine unifiée en matière de gouvernance mondiale de la santé. Cette interopérabilité juridique permet à Africa CDC :

- Aligner les déclarations d'urgence continentales sur les mécanismes mondiaux.
- Coordonner la gestion des incidents sans structures de commandement parallèles.
- Négocier à partir d'une position d'autorité collective africaine.

1.2. de l'architecture de gouvernance

L'architecture de gouvernance d'Africa CDC est délibérément conçue pour résoudre une tension centrale à laquelle sont confrontées toutes les institutions continentales : comment agir rapidement en cas d'urgence tout en restant politiquement responsable devant les États membres souverains. Le modèle adopté par l'Union africaine ne dilue pas l'autorité entre les comités, ni ne centralise le pouvoir sans contrôle. Au contraire, il crée un système à plusieurs niveaux de direction politique, de jugement technique et d'action exécutive, ancré dans le droit et la pratique de l'UA.

1.2.1. Logique de gouvernance : autorité assortie de responsabilité, et non bureaucratie

La gouvernance d'Africa CDC repose sur un principe clair : les décisions qui affectent la sécurité sanitaire continentale doivent être fondées sur des preuves, politiquement légitimes et opérationnellement exécutoires. Les organes de gouvernance ne sont donc pas purement cérémoniels ; chacun a un rôle défini pour garantir que l'autonomie d'Africa CDC soit exercée de manière responsable et prévisible.

Fondamentalement, le système de gouvernance remplit trois fonctions :

1. La gestion politique, qui garantit que les actions d'Africa CDC reflètent les priorités collectives de l'UA et protègent la souveraineté nationale.
2. L'intégrité technique, qui garantit que les décisions sont fondées sur la science, l'analyse des risques et les meilleures pratiques.

3. La mise en œuvre exécutive, qui permet une action rapide et décisive lorsque tout retard pourrait coûter des vies et nuire à la stabilité.

Cette architecture est essentielle à la crédibilité. Sans elle, Africa CDC risquerait soit la paralysie (trop d'approbations), soit l'excès (trop peu de responsabilité).

1.2.2. Assemblée de l'UA et Conseil exécutif de l'Union africaine

L'Assemblée de l'UA confère à Africa CDC son mandat politique ultime par le biais de décisions relatives à sa création, à son autonomie et à ses politiques. Le Conseil exécutif exerce un contrôle délégué, notamment en approuvant les structures institutionnelles, les cadres de dotation en personnel et les orientations stratégiques. Cela garantit que l'autorité d'Africa CDC reste fermement ancrée dans le consensus des États membres.

Pourquoi est-ce important ? Cet ancrage protège Africa CDC contre le risque d'être perçu comme une entité externe ou dirigée par les donateurs, mais comme faisant partie intégrante de l'Union, et garantit sa légitimité lors de décisions d'urgence politiquement sensibles.

1.2.3. Le Comité des chefs d'État et de gouvernement (CHSG) d'Africa CDC.

Le CHSG a continué à ancrer le mandat d'Africa CDC dans le cadre de l'Union africaine, renforçant ainsi l'appropriation continentale de la sécurité sanitaire et de la souveraineté au plus haut niveau politique. Élever la santé au rang d'instrument de paix et de sécurité, de croissance économique et de développement.

Rien qu'en 2025, le CHSG d'Africa CDC a joué un rôle déterminant pour :

1. Faire progresser la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies grâce à son soutien sans faille à la coordination continentale de la réponse aux pandémies et aux épidémies, et à la lutte contre les nouveaux défis tels que la résistance aux antimicrobiens. En particulier,
2. Soutenir le financement durable de la santé en Afrique et la mise en œuvre du Fonds africain de lutte contre les épidémies en encourageant la mobilisation des ressources afin de garantir une réponse durable, coordonnée et transparente aux urgences sanitaires en Afrique.
3. Faire progresser la Décision A/AU/Dec.880(XXXVII) sur la mise en place d'un cadre de responsabilité pour la mise en œuvre effective du programme de Lusaka en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU), en demandant à Africa CDC d'unifier la voix des États membres de l'UA et de représenter l'Afrique ; et la **Décision AU/Dec.924 (XXXVIII)** qui a chargé Africa CDC, en

collaboration avec la CUA, l'AUDA-NEPAD, l'AMA, la ZLECAf et d'autres organes de l'UA, de traiter tous les aspects de la santé publique, y compris ceux liés au financement national et international de la santé, à la fabrication locale de produits de santé, au mécanisme africain d'achat groupé, à l'engagement communautaire, à la numérisation des systèmes d'information sur la santé et à diverses autres innovations dans le domaine de la santé.

4. Encourager les efforts visant à promouvoir la fabrication locale de produits de santé prioritaires en Afrique.

1.2.4. Conseil d'administration d'Africa CDC : l'organe délibérant

Le Conseil d'administration est l'organe central qui délibère et évalue les activités, les budgets et les stratégies, et formule des recommandations en vue de leur approbation. Il veille à ce que l'autonomie d'Africa CDC se traduise par des résultats sans compromettre la responsabilité. Ses principales fonctions sont les suivantes :

- Approuver les plans stratégiques, les plans de travail annuels et les budgets.
- Conseils en matière de gestion financière, de résultats d'audit et d'atténuation des risques.
- Le suivi des performances institutionnelles par rapport aux indicateurs convenus.
- Fournir des orientations stratégiques au directeur général.

Le Conseil d'administration ne gère pas les opérations. Son rôle est de protéger l'orientation stratégique et l'intégrité de l'institution, en particulier à mesure que le volume financier, la visibilité politique et l'empreinte opérationnelle d'Africa CDC s'étendent.

En 2025, le Conseil d'administration a continué à jouer un rôle central en veillant à ce que Africa CDC soit bien guidé sur les plans technique et politique dans le cadre de la poursuite de ses activités à travers le continent. Cela comprend, sans s'y limiter :

1. L'examen et l'approbation du cadre permettant de déclarer une urgence de santé publique de sécurité continentale
2. Guider les efforts coordonnés à l'échelle continentale pour répondre aux épidémies touchant plusieurs pays, telles que le Mpox et le choléra.
3. Guider le travail d'Africa CDC pour garantir la sécurité et la souveraineté sanitaires de l'Afrique et faire progresser le financement de la santé dans la nouvelle ère.

Pourquoi est-ce important ? Pour les ministres des Finances et les chefs d'État, le Conseil d'administration est le mécanisme de garantie qui permet de s'assurer que l'autonomie croissante d'Africa CDC est exercée de

manière responsable et ne crée pas de risques financiers ou de réputation non maîtrisés.

1.2.5. Conseil technique consultatif : préserver la crédibilité scientifique

Le Conseil technique consultatif (CTC) fournit des avis d'experts indépendants à Africa CDC sur des questions techniques, scientifiques et politiques. Il joue un rôle essentiel en ce qui concerne :

1. l'examen des données relatives aux menaces sanitaires émergentes et actuelles.
2. les conseils sur les normes, les lignes directrices et les positions politiques.
3. l'information sur les décisions d'escalade en cas d'urgence.

Le CTC ne prend pas de décisions politiques ; il protège l'intégrité des données sur lesquelles ces décisions s'appuient.

En 2025, le CTC a joué un rôle déterminant en guidant Africa CDC dans les domaines suivants :

1. L'examen et la formulation de recommandations sur le plan et le budget 2026 d'Africa CDC, en mettant particulièrement l'accent sur l'alignement avec les priorités des États membres.
2. Guide technique sur la coordination de la réponse à une épidémie dans plusieurs pays et la mise en œuvre du PPPR en Afrique.
3. L'examen et la fourniture de conseils techniques sur les principaux documents techniques continentaux, y compris la stratégie continentale de vaccination.
4. La mise en œuvre des centres de coordination régionaux d'Africa CDC et leurs liens avec les mécanismes régionaux existants, tels que les CER et les organisations régionales de santé.

Pourquoi est-ce important ? Cette séparation entre le jugement technique et l'autorité politique garantit que les décisions d'Africa CDC restent crédibles au niveau national et international, en particulier lorsque l'Afrique doit défendre ses positions dans les forums mondiaux.

1.2.6. Mécanisme consultatif d'urgence : gouvernance en situation de crise

Lors de situations d'urgence sanitaire à l'échelle continentale, Africa CDC active un mécanisme consultatif d'urgence dédié, qui rassemble des experts techniques et des dirigeants stratégiques afin de conseiller le directeur général. Ce mécanisme garantit que les déclarations d'urgence et les décisions importantes en matière de réponse sont :

- Basées sur une évaluation structurée des risques.
- Examinées par des experts reconnus.
- Communiquées par les canaux politiques de l'UA.

Cette conception permet à Africa CDC de raccourcir les délais de décision sans contourner la gouvernance, une caractéristique essentielle lors d'épidémies à évolution rapide.

Pourquoi est-ce important ? La gouvernance d'urgence doit fonctionner plus rapidement que la gouvernance courante, avec une tolérance au risque plus élevée compte tenu des conséquences de l'inaction ou du retard. Ce mécanisme assure l'équilibre nécessaire.

1.2.7. Pouvoir exécutif : le rôle du Directeur général

Le Directeur général (DG) est le chef de l'exécutif chargé de traduire les décisions de gouvernance en actions. Agissant dans le cadre fixé par l'UA, le conseil d'administration et les organes consultatifs, le DG est habilité à :

- Déclarer et coordonner les urgences de santé publique continentales.
- Activer les mécanismes de gestion des incidents et de renforcement des capacités.
- Déployer des ressources et du personnel.
- Représenter l'Afrique dans les négociations mondiales sur la santé et les plateformes de coordination.

Cette concentration du pouvoir exécutif est intentionnelle. En cas d'urgence, la clarté du commandement permet de gagner du temps et de sauver des vies.

Pourquoi est-ce important ? L'autorité du Directeur général s'accompagne d'une responsabilité, ce qui permet de prendre des mesures décisives en cas de crise sans compromettre la gouvernance.

1.2.8. Gouvernance au-delà du siège : interfaces régionales et nationales

L'architecture de gouvernance d'Africa CDC s'étend au-delà du siège. Elle est conçue pour fonctionner par le biais :

- des centres de coordination régionaux (CCR), qui font office de plateformes de gouvernance et de coordination au niveau régional
- des bureaux nationaux travaillant en étroite collaboration avec les instituts nationaux de santé publique et les ministères, qui conservent la responsabilité souveraine de la mise en œuvre.

Ce modèle de gouvernance à plusieurs niveaux garantit que les décisions continentales sont adaptées aux réalités régionales et aux systèmes nationaux plutôt que d'être imposées de manière uniforme.

1.2.9. Transparence, audit et confiance

La crédibilité de la gouvernance dépend en fin de compte de la transparence. L'architecture d'Africa CDC intègre donc :

- Des mécanismes d'audit interne et externe.
- Des systèmes de gestion des risques et de contrôle interne.
- Des rapports réguliers sur les performances à l'intention des organes de l'UA et des États membres.

Ces mécanismes permettent à Africa CDC d'exercer son autonomie tout en restant ouvert au contrôle, condition essentielle pour bénéficier d'un soutien politique durable.

I. Ce qu'il faut protéger à l'avenir

Pour que la gouvernance d'Africa CDC reste adaptée à son objectif, trois garanties sont essentielles :

1. **Respect des limites des rôles** : les organes politiques fixent les orientations, les organes techniques donnent des conseils, les cadres exécutifs mettent en œuvre les décisions.
2. **Cohérence lors des transitions au niveau de la direction** : les règles de gouvernance doivent protéger la continuité institutionnelle.
3. **Prise de décision en temps opportun** : les processus de gouvernance doivent rester compatibles avec les délais d'intervention d'urgence.

1.3. Modèle opérationnel : siège, centres de coordination régionaux et mise en œuvre centrée sur les États membres

Le modèle opérationnel d'Africa CDC est conçu pour répondre à une question primordiale posée par les chefs d'État et les ministres : comment une institution continentale peut-elle obtenir des résultats dans des pays souverains sans faire double emploi avec les autorités nationales ni fragmenter l'action ? La réponse est un modèle délibérément stratifié qui combine un leadership stratégique central, une coordination opérationnelle régionale et une mise en œuvre propre à chaque pays. Ce modèle permet à Africa CDC d'agir à grande échelle tout en restant ancré dans les systèmes nationaux.

1.3.1. Principe de fonctionnement fondamental : « Africa CDC sans murs »

Africa CDC ne fonctionne pas comme un organisme de mise en œuvre centralisé. Sa doctrine opérationnelle est celle d'un « Africa CDC sans murs », un modèle dans lequel l'autorité, les données, l'expertise et les ressources se déplacent rapidement vers les endroits où elles sont nécessaires, sans créer de structures parallèles qui compromettent l'appropriation nationale.

Trois principes définissent cette approche :

1. **La subsidiarité** s'applique au niveau national ; Africa CDC n'intervient que lorsque l'action collective apporte une valeur ajoutée.
2. **La régionalisation**, la coordination et le soutien d'urgence sont organisés à travers les cinq régions d'Afrique afin de refléter les réalités épidémiologiques, politiques et logistiques sous la coordination des RCC.
3. La stratégie **de cohérence centrale**, les normes, les instruments de financement et la représentation externe sont ancrés au siège afin de préserver l'unité d'objectif.

Cette structure n'est pas théorique ; elle reflète les enseignements opérationnels tirés de la COVID-19, de Mpox, du choléra et d'autres événements multinationaux où une coordination fragmentée a retardé l'action et augmenté les coûts.

1.3.2. Siège : centre névralgique stratégique, et non une bureaucratie chargée de la mise en œuvre

Le siège d'Africa CDC fonctionne comme le centre névralgique continental. Son rôle n'est pas de remplacer les services nationaux, mais d'exercer des fonctions qui ne peuvent être exécutées efficacement au niveau national ou régional, y compris au niveau interrégional.

Les principales fonctions du siège sont les suivantes

- **Leadership stratégique et orientation politique** : traduire les décisions politiques de l'UA en stratégies, normes et cadres opérationnels continentaux, notamment en matière de sécurité et souveraineté sanitaires en Afrique (AHSS), de prévention et de préparation aux pandémies (PPPR), de mise en œuvre du programme de Lusaka, de gouvernance numérique de la santé et de plateformes de fabrication et d'approvisionnement.
- **Renseignement continental et alerte précoce** : agréger les données de surveillance, les

renseignements sur les événements et les analyses de risques afin d'identifier rapidement les menaces transfrontalières et de déclencher des mécanismes d'escalade si nécessaire.

- **Autorité d'escalade et de coordination en cas d'urgence** : déclarer les urgences sanitaires continentales, activer les mécanismes de gestion des incidents et aligner les partenaires et les États membres sous une architecture de réponse unique.
- **Instruments de mise en forme du marché et d'approvisionnement groupé** : gérer les outils continentaux tels que l'approvisionnement groupé, les plateformes de financement et la coordination de la fabrication qui nécessitent une négociation à grande échelle et unifiée.
- **Représentation externe et négociation mondiale** : agir en tant qu'interlocuteur technique et politique de l'Afrique dans les forums mondiaux sur la santé, en veillant à ce que les positions africaines soient cohérentes, fondées sur des preuves et approuvées collectivement.

Le siège concentre donc le pouvoir décisionnel, la définition des normes et l'interface politique, tout en évitant délibérément la prestation de services courants qui relève davantage des communautés.

1.3.3. Centres de coordination régionaux : la colonne vertébrale opérationnelle

Les centres de coordination régionaux (CCR) d'Africa CDC sont la clé de voûte de son modèle opérationnel. Ils traduisent la stratégie continentale en une coordination opérationnelle spécifique à chaque région, en tenant compte du fait que les régions africaines diffèrent en termes d'épidémiologie, de schémas de mobilité, d'infrastructures et d'économie politique.

Les CCR remplissent cinq fonctions essentielles :

1. **Surveillance régionale et coordination des risques** : soutien au partage transfrontalier des données, aux évaluations conjointes des risques et à l'harmonisation des alertes au sein des régions.
2. **Coordination opérationnelle en cas d'urgence** : hébergement ou soutien de la coordination régionale des incidents, facilitation des déploiements d'urgence et harmonisation du soutien des partenaires entre les pays.
3. **Renforcement des capacités et apprentissage entre pairs** : permettre aux pays de partager leurs pratiques en matière de COUSP, de

laboratoires, de génomique, de développement de la main-d'œuvre et de systèmes communautaires.

4. **Interface avec les communautés économiques régionales (CER)** : aligner les mesures de sécurité sanitaire sur les réalités du commerce, de la mobilité et de la gestion des frontières.
5. **Proximité rapide avec les États membres** : réduire le temps de réponse en positionnant la coordination plus près des lieux où les épidémies se déclarent.

Les CCR ne sont pas des institutions indépendantes ; elles sont des extensions de l'autorité d'Africa CDC, intégrées dans les écosystèmes politiques et opérationnels régionaux. Leur valeur réside dans leur rapidité, leur intelligence contextuelle et la confiance qu'elles inspirent.

1.3.4. Une mise en œuvre centrée sur les États membres : la souveraineté comme fondement

Au cœur du modèle opérationnel d'Africa CDC se trouve un principe non négociable : la mise en œuvre relève de la responsabilité des États membres. Africa CDC renforce les systèmes nationaux, il ne les remplace pas.

Cette approche centrée sur les pays fonctionne grâce à :

- **Les instituts nationaux de santé publique (INSP)** : en tant que structures institutionnelles permanentes chargées de la surveillance, des laboratoires, des opérations d'urgence et du leadership technique.
- **Les ministères de la Santé et des Finances** : en tant qu'autorités souveraines en matière de politique, de budgétisation et de mise en œuvre.
- **Les systèmes communautaires** : notamment les agents de santé communautaires et les structures de surveillance locales qui assurent l'alerte précoce et la desserte des services de santé dans les zones reculées.

Les interventions d'Africa CDC, telles que l'assistance technique, les déploiements d'urgence, les instruments de financement et les achats groupés, sont conçues pour renforcer les capacités nationales afin que les pays sortent plus forts après chaque situation d'urgence, et non plus dépendants.

1.3.5. Le déroulement de l'exécution : comment le système fonctionne-t-il dans la pratique ?

Le modèle opérationnel d'Africa CDC suit un flux d'exécution prévisible sur lequel les dirigeants peuvent compter :

1. **Détection et renseignement** : événements identifiés grâce à la surveillance nationale et régionale.
2. **Évaluation des risques et escalade** : le siège centralise les données et détermine si une coordination continentale est nécessaire.
3. **Activation de la réponse** : les mécanismes d'urgence et les structures de gestion des incidents sont déclenchés lorsque les seuils sont atteints.
4. **Coordination régionale** : les CCR alignent les pays et les partenaires autour des priorités opérationnelles.
5. **Mise en œuvre au niveau national** : les autorités nationales mettent en œuvre les actions, avec le soutien de capacités de renfort, de financements et de moyens logistiques au niveau régional et continental.
6. **Suivi et responsabilité** : les progrès sont suivis grâce à des cadres unifiés de rapportage et de performance.

Ce flux garantit que la rapidité ne se fait pas au détriment de la gouvernance et que la responsabilité est préservée même en situation de crise.

1.3.6. Pourquoi ce modèle opérationnel est-il important sur le plan politique ?

Pour les chefs d'État et les ministres, ce modèle offre trois avantages stratégiques :

- **Réponse plus rapide sans perte de souveraineté** : les pays conservent le contrôle tout en bénéficiant d'une coordination continentale.
- **Réduction de la fragmentation et des doublons** : les partenaires s'alignent sur des plans nationaux dans un cadre continental.

- **Un pouvoir de négociation renforcé** : l'Afrique parle et agit d'une seule voix lorsqu'elle s'engage auprès des marchés et des institutions mondiaux.
- **Le pouvoir de l'action collective** : y compris pour les opérations transfrontalières, qui bénéficient d'actions collectives telles que les biens publics régionaux.

C'est là l'expression concrète de la sécurité et de la souveraineté sanitaires de l'Afrique : non pas une centralisation pour elle-même, mais une solidarité structurée qui fonctionne.

1.3.7. Que faut-il protéger pour que le modèle reste efficace ?

Pour maintenir ce modèle opérationnel, trois conditions sont essentielles :

- **Des CCR pleinement opérationnels dans toutes les régions**, avec un financement prévisible et une autorité claire.
- **Un partage des données basé sur la confiance**, dans le cadre de structures de gouvernance convenues qui protègent la souveraineté et la confidentialité.
- **Le respect de la clarté des rôles**, en évitant la dérive vers des structures de mise en œuvre parallèles, en particulier dans les portefeuilles multisectoriels et ceux des partenaires.

Une fois le mandat (1.1), la gouvernance (1.2) et le modèle opérationnel (1.3) établis, le rapport définit comment Africa CDC sert d'instrument continental de prestation de services de santé. Pour atteindre son objectif, la question clé est de savoir comment Africa CDC s'est renforcé sur le plan institutionnel pour assumer cette responsabilité, notamment en termes de personnel, de systèmes financiers, de contrôles internes et de responsabilité envers les États membres.

Ce point sera abordé dans la section II, consacrée au renforcement institutionnel et à la responsabilité, qui montre comment Africa CDC a su faire correspondre l'élargissement de ses pouvoirs à l'élargissement de ses responsabilités.

Renforcement institutionnel et responsabilité

2.1 Croissance, capacités et diversité des effectifs

La capacité d’Africa CDC à remplir son mandat continental dépend fondamentalement des personnes, de leur nombre, de leurs compétences, de leur diversité et de leur disponibilité opérationnelle. En 2025, le renforcement institutionnel s’est concentré sur la constitution d’un personnel adapté à la mission, capable d’intervenir rapidement en cas d’urgence tout en soutenant la mise en place d’un système à long terme. Africa CDC a augmenté ses effectifs, qui sont passés de 262 en 2023 à 459 en 2025 (figure 5), dont 35,3 % (162) sont des femmes.

Africa CDC a délibérément redéfini son personnel comme un atout stratégique essentiel à la souveraineté, à la rapidité d’intervention et à l’efficacité de la réponse aux épidémies, plutôt que comme une fonction de soutien administratif. Opérant dans un environnement marqué par des épidémies simultanées, des menaces transfrontalières et une marge de manœuvre budgétaire limitée, l’institution est passée d’une coordination sous-financée à un personnel prêt à l’action, d’une

dépendance à l’égard de consultants externes à une solide expertise interne, et de rôles statiques au siège à des modèles de déploiement mobiles et capables de faire face à des pics d’activité. Après l’autonomisation, la réforme des effectifs s’est concentrée sur le pourvoi de postes critiques, alignés sur les prestations, au sein d’une structure de personnel initialement fragile, avec une croissance soigneusement séquencée afin de renforcer la capacité opérationnelle sans créer de lourdeur administrative.

En 2025, Africa CDC avait considérablement augmenté ses effectifs dans des domaines clés, notamment la préparation et la réponse aux situations d’urgence, la surveillance, les laboratoires, les systèmes numériques, le financement et les achats, en donnant la priorité aux rôles qui réduisent les temps de réponse et améliorent le soutien aux pays. Cette stratégie mettait l’accent sur le renforcement des capacités en matière de santé publique, notamment dans les domaines de l’épidémiologie, des sciences de laboratoire, des opérations d’urgence, du financement de la santé publique et de la santé numérique, grâce à un recrutement ciblé, une formation structurée et des déploiements dans le monde

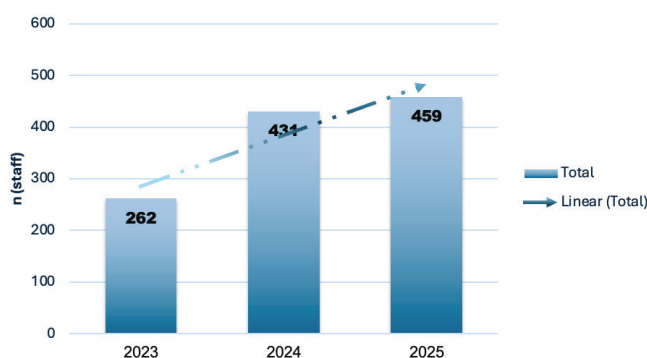


Figure 4 : Évolution des effectifs d’Africa CDC entre 2023 et 2025



réel, afin de garantir que les compétences du personnel se traduisent par une force institutionnelle tangible.

2.1.1. Les effectifs comme atout stratégique, et non comme fonction administrative

Africa CDC considère son personnel comme un instrument essentiel de souveraineté et de prestation de services, et non comme une fonction de soutien. L'environnement opérationnel dans lequel travaille Africa CDC, caractérisé par de multiples épidémies simultanées, des risques transfrontaliers et un espace budgétaire limité, exige un personnel techniquement crédible, réparti géographiquement et pouvant être déployé à court terme.

Ce cadre stratégique a entraîné trois changements délimités :

- D'une coordination en sous-effectif à un personnel prêt à l'action
- Du recours à des consultants externes à une capacité interne institutionnalisée
- Des rôles statiques au siège à des modèles de déploiement mobiles et capables de faire face à des pics d'activité.

2.1.2. Développer l'institution : d'une base fragile à une force opérationnelle

Au début de son autonomie, Africa CDC a été confronté à une contrainte structurelle : un cadre de dotation en personnel approuvé qui était en grande partie non pourvu, ce qui limitait sa capacité à exécuter son mandat. La réforme institutionnelle a donc donné la priorité au pourvoi des postes essentiels liés à l'exécution des missions, plutôt qu'à l'élargissement des niveaux hiérarchiques.

D'ici 2025:

- Africa CDC aura considérablement augmenté ses effectifs par rapport à sa structure approuvée, en donnant la priorité à la préparation et à la réponse aux situations d'urgence, à la surveillance, aux laboratoires, aux systèmes numériques, au financement et aux achats.
- Le recrutement s'est concentré sur les postes qui réduisent directement le temps de réponse, renforcent le soutien aux pays et permettent l'autonomie fiduciaire et opérationnelle.
- La croissance des effectifs a été échelonnée afin d'éviter toute extension excessive et de garantir que les systèmes, la supervision et la responsabilité suivent le rythme.

Cette approche a permis de garantir que l'augmentation des effectifs se traduise par une capacité institutionnelle mesurable plutôt que par un gonflement administratif.

2.1.3. Capacités : renforcer les domaines où l'Afrique en a le plus besoin

La stratégie d'Africa CDC en matière de main-d'œuvre a donné la priorité aux capacités essentielles en matière de santé publique qui déterminent si les urgences s'aggravent ou sont maîtrisées rapidement. Il s'agit notamment

- L'épidémiologie et la surveillance, afin d'améliorer la détection précoce et l'évaluation des risques transfrontaliers.
- La science de laboratoire et la génomique, afin de renforcer le suivi des variants et la portée des diagnostics.
- Les opérations d'urgence et la gestion des incidents, afin de coordonner les réponses multinationales.
- Le financement et les achats dans le domaine de la santé publique, afin de raccourcir le délai entre la décision et la mise en œuvre.
- La santé numérique et la gouvernance des données, afin de soutenir le renseignement en temps réel et l'interopérabilité entre les différents systèmes d'échange d'informations sanitaires.

Le développement des capacités a combiné un recrutement ciblé, une formation structurée et une exposition opérationnelle par le biais de déploiements, garantissant ainsi que les compétences du personnel étaient testées dans des conditions réelles, et pas seulement dans des environnements de planification.

2.1.4. Capacité de pointe : institutionnalisation du déploiement rapide

Le mandat d'Africa CDC exige la capacité d'envoyer rapidement des experts dans les pays en crise sans improvisation. Cela a conduit à la consolidation de l'African Volunteers Health Corps / Corps des Volontaires Africains de la Santé (AVoHC) en tant que mécanisme d'intervention rapide permanent.

En 2025:

- La liste de l'AVoHC s'est élargie pour compter environ 1 180 intervenants formés dans plusieurs disciplines.
- Les déploiements d'urgence sont devenus courants plutôt qu'exceptionnels, soutenant la réponse aux épidémies, l'extension des laboratoires et la coordination des urgences.
- Les protocoles de déploiement ont été normalisés afin de garantir la rapidité, la responsabilité et l'alignement avec les autorités nationales.
- Cette institutionnalisation de la capacité d'intervention d'urgence a transformé la solidarité d'une déclaration politique en une réalité opérationnelle.

Figure 5 : Représentation géographique de la main-d'œuvre dans les régions de l'UA

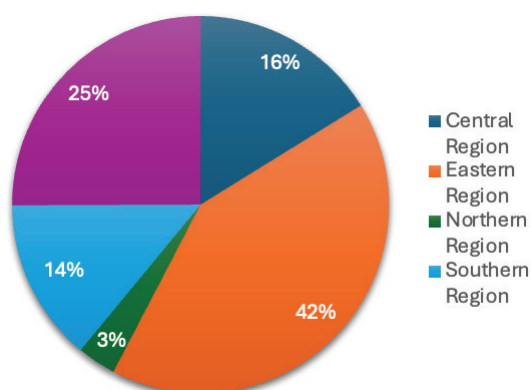


Figure 7 : Répartition des effectifs par sexe

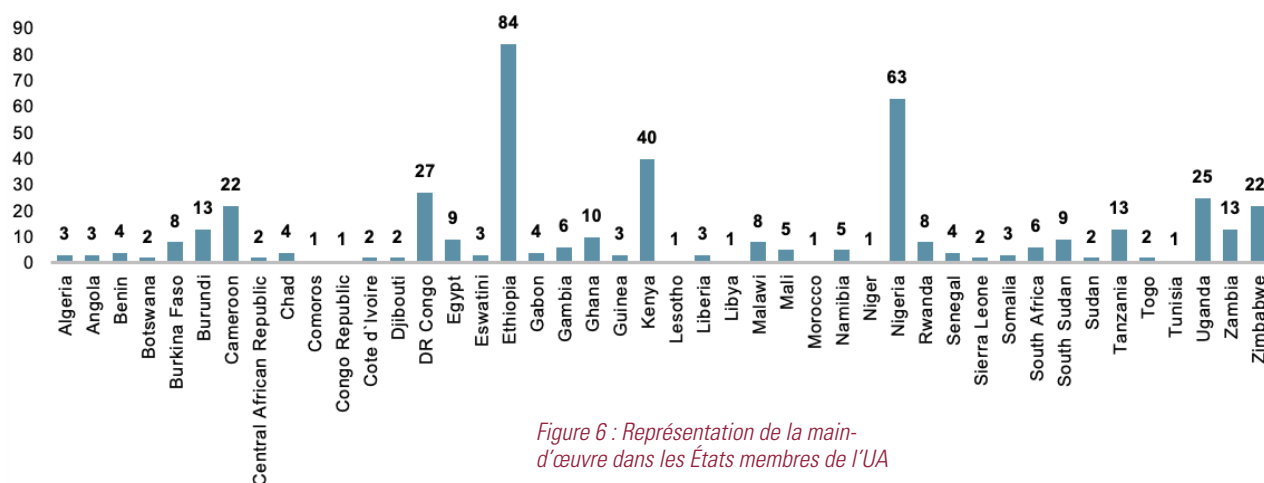
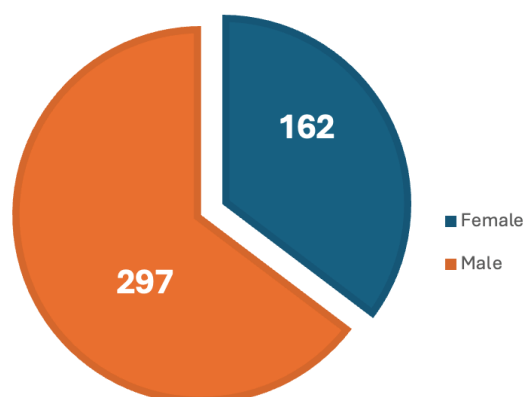


Figure 6 : Représentation de la main-d'œuvre dans les États membres de l'UA

2.1.5. Diversité et représentation : la légitimité par l'inclusion

Le personnel d'Africa CDC reflète le continent qu'il sert. La diversité n'est pas symbolique ; elle sous-tend la légitimité, la confiance et l'efficacité dans un environnement politiquement diversifié.

Les dimensions clés de la diversité du personnel comprennent :

- La représentation géographique, qui garantit que la composition du personnel d'Africa CDC couvre toutes les régions et tous les blocs linguistiques de l'UA.
- L'équilibre entre les sexes, en particulier dans les postes de direction et les fonctions techniques.
- L'expertise interdisciplinaire, qui fait le lien entre la santé, l'économie, la logistique, les systèmes numériques et les politiques.

Cette diversité renforce la capacité d'Africa CDC à collaborer de manière crédible avec les États membres et à représenter collectivement l'Afrique dans les forums mondiaux.

Au 31 décembre 2025, toutes les régions de l'Union africaine sont représentées à Africa CDC, avec 44 États membres de l'UA disposant d'une représentation officielle. Cette main-d'œuvre diversifiée apporte un large éventail de perspectives, d'expériences et d'approches de résolution de problèmes, ce qui améliore considérablement la qualité de la prise de décision dans l'ensemble de l'organisation.

Au-delà de l'amélioration de la prise de décision, la diversité de la main-d'œuvre a également contribué à une plus grande innovation, à un engagement plus fort des parties prenantes, à une meilleure gestion des risques et à une amélioration des performances du personnel. Ces facteurs conduisent collectivement à une plus grande efficacité, résilience et impact organisationnels.

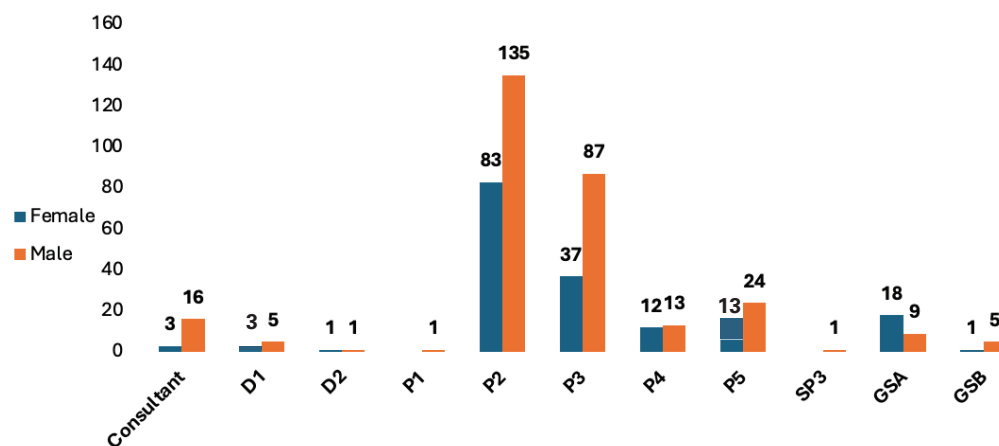


Figure 8 : Répartition des sexes par grade

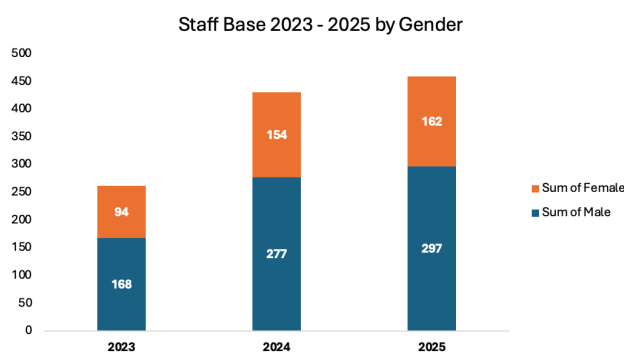


Figure 9 : Effectifs 2023-2025

La stratégie d'acquisition de talents d'Africa CDC attire une main-d'œuvre diversifiée qui travaille avec l'organisation dans différentes fonctions et selon différents modes de recrutement, notamment des contrats à durée indéterminée, des contrats à durée déterminée, des contrats ALD (Contrats à durée déterminée), des détachements et des consultants.

Les 44 États membres de l'UA sont représentés par des membres du personnel d'Africa CDC.

2.1.6. Culture de la performance : responsabilité au niveau individuel et institutionnel

Le renforcement des effectifs en 2025 s'est accompagné d'attentes claires en matière de performance et de responsabilité. Africa CDC a renforcé :

- La clarté des rôles liés aux priorités stratégiques
- Le suivi des performances aligné sur les objectifs institutionnels
- Le passage d'un rapport d'activité à une responsabilité axée sur les résultats

Cette culture de la performance est essentielle pour maintenir la confiance politique, en particulier à mesure

que l'autonomie et l'enveloppe budgétaire d'Africa CDC s'élargissent.

Afin de garantir une gestion efficace des performances, Africa CDC a automatisé en 2025 son système d'évaluation des performances du personnel afin de prendre en compte toutes les catégories de personnel et d'apporter un soutien continu à sa mise en œuvre. Ce système a joué un rôle déterminant dans les initiatives d'apprentissage et de développement, les membres du personnel soumettant leurs plans de développement personnel et les superviseurs identifiant les besoins d'apprentissage de leurs collaborateurs.

En 2022, Africa CDC avait une structure organisationnelle naissante avec 82 employés, aucun cadre de compétences et des politiques des Ressources Humaines entièrement dépendantes de la Commission de l'UA.

En novembre 2025, il était devenu une organisation continentale structurée dotée :

- Un système moderne de gestion des performances et un cadre de compétences liés au plan stratégique 2023-2027.
- Des mécanismes réguliers de formation, de développement du leadership et de planification de la relève, ancrés dans l'Académie Africa CDC.
- Un « manuel de l'employé » d'Africa CDC qui fournit des références complètes sur les politiques, les procédures et les attentes en matière de personnel qui guident l'emploi, la conduite, les performances et les opérations organisationnelles. Tous les employés sont tenus de lire, de comprendre et de se conformer aux directives énoncées.

Ces réformes ont professionnalisé Africa CDC et renforcé sa crédibilité en tant qu'employeur continental de choix.

Tableau 1 : Résultats des indicateurs clés de performance en matière de ressources humaines (2022-2025)

Indicateur	2022	2025	Variation en	Source
Effectif total	262	459	+75	Base de données RH d’Africa CDC
Nombre de femmes	94 (36 %)	162 (35 %)	+72	Base de données RH d’Africa CDC
Représentation féminine parmi les cadres supérieurs (chefs de division, directeurs et postes supérieurs)	1/15 (6,7 %)	7/36 (19,4 %)	+12,7 pp	Base de données RH d’Africa CDC
Effectif total basé dans les CCR	62	128	+107	Base de données RH d’Africa CDC
Nombre total de nouvelles recrues	15	75	+400	Base de données RH d’Africa CDC
Taux de rotation annuel du personnel	0	8 (1,7 %)	Nouveau	Base de données RH d’Africa CDC
Capacités du personnel d’Africa CDC renforcées ou formées dans différents domaines clés pour les plans de développement individuel (IDP) et le développement institutionnel	20	151	+655	Base de données RH d’Africa CDC

Croissance et structure de la main-d’œuvre organisationnelle

Résultat clé : Africa CDC a doublé ses effectifs en trois ans tout en maintenant l’équilibre entre les sexes et la diversité technique.

Développement du capital humain et systèmes d’apprentissage

Africa CDC a lancé l’Académie d’Africa CDC, un centre continental de renforcement des capacités qui coordonne la formation dans les CCR et les États membres.

Entre 2023 et 2025 :

- **1 874 membres du personnel et participants au programme de bourses** ont suivi des cours techniques ou de leadership.

Le Kofi Annan Global Health Leadership Program (KAGHLP) a diplômé deux promotions et en a accueilli une troisième (35 boursiers par promotion).

- **Le Programme de leadership exécutif ministériel (MELP)** a formé 45 ministres de la Santé et plus d’une centaine de hauts fonctionnaires.
- **L’African Epidemic Service (AES)** a lancé trois filières de formation : épidémiologie appliquée, informatique de santé publique et leadership en laboratoire, avec des promotions initiales de 10 à 20 boursiers chacune.

Ces initiatives ont permis d’élargir le vivier interne et externe de responsables de la santé publique d’Africa CDC.

Déploiement régional et soutien sur le terrain

Dans le cadre du programme de décentralisation, Africa CDC a déployé soixante-huit membres du personnel dans les CCR au Gabon, au Kenya, au Nigeria et en Zambie afin de coordonner les activités de terrain pour les programmes de surveillance, d’EPR et de laboratoire.

Exemple – Réponse au Mpxv 2024 :

Plus de 100 experts techniques et 400 agents de santé communautaires ont été mobilisés dans 29 pays dans le cadre de structures coordonnées par les CCR, une première dans l’histoire des opérations continentales du CDC. Cette évolution vers une présence régionale a permis de réduire les délais de réponse aux demandes des États membres d’environ 35 % par rapport aux niveaux de 2022.

Genre et inclusion

Africa CDC a intégré l’égalité des sexes dans la planification de la main-d’œuvre grâce au cadre « Gender in Preparedness » (2024).

Principaux engagements et progrès :

- Objectif : 40 % de femmes dans les effectifs d’ici 2027 -35 % atteints en 2025.
- Points focaux pour l’égalité des sexes dans chaque CCR et division.

Culture organisationnelle et bien-être du personnel

Africa CDC a introduit des réformes de la culture organisationnelle visant à retenir les talents, à renforcer

Tableau 2 : Résumé – Systèmes institutionnels et capacités en matière de ressources humaines (2022 vs 2025)

Dimension	Référence 2022	Situation en 2025	Évaluation des progrès
Effectifs	82 employés	459 employés	Croissance significative
Gouvernance RH	Pas de manuel ni de politique	Adoption d'un manuel complet sur les ressources humaines et l'éthique.	Réalisé
Gestion des performances	Absente	Une gestion axée sur les résultats (GAR), des évaluations de performance et un cycle d'examen trimestriel sont en place.	Réalisé
Renforcement des capacités	Formations ponctuelles	L'académie et les programmes de leadership d'Africa CDC sont opérationnels.	Réalisé
Systèmes numériques intégrés	Dossiers manuels	ERP acheté ; déploiement prévu en 2026.	30 % du projet exécuté ; spécifications techniques et procédures opérationnelles standardisées finalisées pour la mise en service du système.

le travail d'équipe et les performances des équipes, et à consolider une éthique unifiée axée sur la « mission d'abord » dans toute l'institution.

Africa CDC a créé en 2025 un poste de conseiller du personnel afin d'apporter un soutien dédié au bien-être psychosocial, à la résilience et à la santé mentale globale de ses employés. Au troisième trimestre, la direction a lancé une série de séances d'écoute structurées dans toute l'institution afin de mieux comprendre le moral du personnel, la dynamique des équipes et les possibilités d'amélioration. Sur la base des commentaires reçus, un plan de travail complet a été élaboré et est actuellement mis en œuvre et suivi afin de renforcer la culture du lieu de travail, le bien-être et la satisfaction du personnel.

Ces mesures comprennent des discussions sur le développement de carrière et un soutien en matière de santé mentale pour le personnel engagé dans des opérations d'urgence prolongées.

2.1.7. Ce qu'il faut préserver à l'avenir

Afin de préserver l'efficacité de la main-d'œuvre, trois priorités doivent faire l'objet d'une attention constante :

- Conserver les compétences essentielles, en particulier dans les domaines techniques très demandés.
- Poursuite des progrès en matière de représentation des femmes
- Poursuite des investissements dans les capacités de leadership et de gestion, et pas seulement dans l'expertise technique.

- Maintenir le moral et l'intégrité dans des conditions d'urgence extrêmes.

Une main-d'œuvre compétente ne peut être efficace que si elle est soutenue par des systèmes financiers solides et une gouvernance transparente. La sous-section 2.2 montrera comment Africa CDC a renforcé sa gestion financière, ses contrôles fiduciaires et sa transparence afin de s'adapter à son mandat élargi et à l'ampleur croissante de ses opérations.

2.2 Gestion financière, transparence et autonomie institutionnelle

À mesure que le mandat, la visibilité politique et les ressources financières d'Africa CDC se sont renforcés, les États membres et les partenaires ont légitimement attendu des preuves concrètes que cette autonomie accrue se traduisait par une capacité d'exécution plus rapide et plus efficace, sans compromettre les exigences de transparence, de redevabilité et de contrôle.

2.2.1. L'autonomie financière comme facteur de rapidité et de crédibilité

L'autonomie financière n'est pas une fin en soi. Pour Africa CDC, les conditions opérationnelles permettent de traduire les décisions continentales en actions rapides, en particulier lors de situations d'urgence où les retards coûtent des vies et atténuent la confiance.

En 2025, Africa CDC avait mis en œuvre les éléments fondamentaux de l'autonomie financière :

- Réception et gestion directes des fonds alignés sur les programmes approuvés.
- Planification et exécution financières autonomes dans le cadre des cadres approuvés par l'UA.
- Capacité à engager et à déboursier rapidement des ressources en cas d'urgence.

Sans cette autonomie, Africa CDC resterait dépendant d'intermédiaires, ce qui allongerait les délais d'intervention et affaiblirait les réponses aux urgences sanitaires. Grâce à elle, Africa CDC peut fonctionner comme un véritable instrument continental tout en restant responsable devant les États membres.

2.2.2. D'un financement fragmenté à une gestion rigoureuse du portefeuille

Le renforcement financier d'Africa CDC s'est concentré sur le passage d'un financement fragmenté, projet par projet, à une gestion au niveau du portefeuille alignée sur les priorités institutionnelles.

Les principales caractéristiques de cette transition sont les suivantes :

- Un cadre budgétaire consolidé aligné sur le plan stratégique et les priorités du AHSS.
- L'intégration des activités de base et des activités financées par des partenaires dans une structure unique de planification et de rapportage (« un plan, un budget, un rapport »).
- Des liens clairs entre le financement, les résultats et les cycles de contrôle de l'UA.
- Cette approche réduit les coûts de transaction pour les États membres et les partenaires et renforce la capacité d'Africa CDC à démontrer son rapport qualité-prix au niveau institutionnel, et pas seulement au niveau des projets.

2.2.3. Transparence et contrôle : des systèmes qui protègent les États membres

Le rôle financier élargi d'Africa CDC s'appuie sur des contrôles internes et des mécanismes de transparence renforcés, conçus pour protéger à la fois l'institution et ses États membres contre les risques fiduciaires et les risques pour la réputation.

D'ici 2025, Africa CDC:

- Aura mis en place et rendu opérationnelles des fonctions d'audit interne et de supervision.
- Aura mis en œuvre une gestion des risques d'entreprise, comprenant un registre officiel des risques et un suivi des mesures d'atténuation.
- Aura renforcé ses cadres de lutte contre la fraude, d'éthique et de protection.
- Aura soumis ses opérations à plusieurs niveaux d'audit (interne, externe et spécifique aux partenaires).
- Aura mis en place un système de suivi des audits transparent qui facilitera l'apprentissage, la conformité, la prise de mesures en temps opportun et la mise en œuvre des recommandations. En 2025, Africa CDC a fait l'objet de neuf audits, dont l'audit annuel du Comité des commissaires aux comptes de l'UA, deux audits internes, un audit judiciaire indépendant et cinq audits spécifiques aux donateurs.

Afin de renforcer les contrôles financiers et de réduire les risques opérationnels, l'organisation a mis en œuvre une politique de dématérialisation des paiements, assuré des rapprochements bancaires mensuels pour tous les comptes et accéléré le recouvrement de la TVA et des soldes impayés des fournisseurs. Les états financiers 2024 d'Africa CDC ont été audités et vérifiés par des auditeurs externes, confirmant l'intégrité des rapports financiers de l'organisation.

Figure 10 : Principaux documents stratégiques publiés en vue de l'autonomie financière de l'Afrique





Figure 11 : Transformation des systèmes internes d'Africa CDC pour une efficacité opérationnelle

En outre, des rapports de clôture ont été établis pour le Fonds COVID-19 et le compte spécial Mpx. Les directives opérationnelles du Fonds épidémique africain (AfEF) ont été publiées après consultation du Comité des quinze ministres de l'UA, avec l'ouverture du compte AfEF.

Pour les ministres des Finances, ces systèmes garantissent que l'autonomie d'Africa CDC n'expose pas les ressources nationales ou continentales à des risques non maîtrisés.

2.2.4. Financement d'urgence : raccourcir le délai entre la décision et l'action

L'un des dividendes les plus visibles de la réforme financière est la capacité d'Africa CDC à financer plus rapidement les interventions d'urgence.

En 2025 :

- Africa CDC a déployé un instrument continental de financement d'urgence qui a considérablement réduit le délai entre la déclaration de l'urgence et l'arrivée des fonds sur le terrain.
- Les ressources d'urgence ont pu être rapidement alignées sur les structures de gestion des incidents, les déploiements d'urgence et les besoins en matière d'approvisionnement.

Cette capacité transforme les déclarations politiques en réalité opérationnelle et renforce la confiance dans la coordination continentale.

2.2.5. Responsabilité envers les organes de l'UA et les États membres

L'autonomie financière s'inscrit dans un cadre de responsabilité clair :

- Rapports financiers et de performance réguliers au CHOSG, au Conseil d'administration et aux organes de contrôle de l'UA.
- Alignement sur les processus budgétaires et d'audit de l'UA.
- Communication transparente sur la mobilisation, l'allocation et l'utilisation des ressources.

Cette responsabilité renforce la légitimité d'Africa CDC en tant qu'institution autonome agissant au nom des États membres. Une gestion financière solide est indissociable de systèmes internes modernes, de ressources humaines efficaces, de processus d'approvisionnement transparents, de plateformes numériques intégrées et d'une gestion des risques robuste. La sous-section 2.3 décrit comment Africa CDC a réformé ses systèmes internes afin de permettre une mise à l'échelle, d'améliorer l'efficacité et de renforcer la responsabilité dans tous les piliers de mise en œuvre.

2.3 Réformes internes et renforcement des systèmes

L'élargissement du mandat et de l'autonomie d'Africa CDC exigeait plus que des ressources supplémentaires ; il nécessitait une refonte fondamentale des systèmes internes afin de permettre à l'institution de fonctionner à grande échelle, de réagir rapidement et de résister à un contrôle constant. En 2025, la réforme interne a été considérée comme un catalyseur stratégique de la mise en œuvre, et non comme une simple tâche administrative. Les principales réformes se sont concentrées sur quatre domaines essentiels : la mise en place d'un système de gestion de la qualité et l'obtention de la certification ISO 9001 ; l'institutionnalisation de la gestion des

risques ; la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats (GAR) ; et l'adoption du cadre de qualité des décisions.

Mise en place d'un système de gestion de la qualité et certification ISO 9001

Africa CDC a commencé à mettre en place un système de gestion de la qualité (SGQ) conforme aux normes ISO 9001:2015. Il a d'abord procédé à une évaluation diagnostique des flux de travail existants, puis a systématiquement élaboré des procédures opérationnelles standardisées et renforcé les capacités à l'échelle de l'institution. Des audits internes et des évaluations de pré-certification ont été lancés afin de renforcer l'intégrité des processus et la conformité. L'institution vise à être prête pour la certification, avec une certification ISO officielle prévue début 2026 et des audits réguliers prévus tous les un à deux ans par la suite.

Institutionnalisation de la gestion des risques

En 2025, Africa CDC a créé le Bureau de contrôle interne (BCI), qui intègre l'audit, la gestion des risques, la conformité, l'éthique et les enquêtes dans une structure de gouvernance unifiée. Le lancement d'un registre des risques institutionnels a amélioré la surveillance en temps réel des risques financiers, opérationnels et réputationnels.

L'institution a achevé son premier audit externe indépendant, réalisé par KPMG et le Comité des commissaires aux comptes de l'UA, et a finalisé les évaluations de conformité dans tous les centres régionaux de coordination et au siège. Cette démarche a été soutenue par

le renforcement des capacités du personnel et l'élaboration de huit outils et politiques de contrôle clés visant à institutionnaliser la responsabilité et à renforcer la gouvernance au cours des prochaines années.

Institutionnalisation de la gestion axée sur les résultats (GAR)

Entre 2024 et 2025, Africa CDC a institutionnalisé la GAR en tant que cadre central pour la responsabilité en matière de performance, en intégrant les propositions de projets, les budgets et les plans de travail annuels avec les unités opérationnelles, le personnel et la performance organisationnelle. Les progrès sont suivis à l'aide d'un recueil complet de fiches de référence sur les indicateurs de performance (PIRS), accessible au public, et d'une base de données interne qui suit les performances, surveille les étapes importantes et les résultats. La transparence a été renforcée grâce à des outils destinés au public, notamment le tableau de bord Mpox, des points presse hebdomadaires et des communiqués de presse conjoints. Un mécanisme de réclamation « Signaler un problème » a également été mis en place pour permettre aux parties prenantes de faire part de leurs commentaires et d'être pris en charge.

Adoption de cadres de qualité des décisions (CQD)

Africa CDC a mis en œuvre le cadre de qualité des décisions organisationnelles (CQDO) en 2025 afin de renforcer la mise en œuvre des programmes grâce à une prise de décision fondée sur des données probantes et responsable. Ce cadre intègre des processus standar-

Tableau 3 : Étapes importantes dans le développement de l'architecture financière (2022-2025)

Étape	Période	Principales mesures mises en œuvre	Résultats obtenus
Référence (2022)	Avant le projet Efficacité	Toutes les opérations financières sont traitées par l'AU ; il n'existe pas de comptes indépendants ni de mécanismes d'audit.	Retards dans les décaissements et flexibilité budgétaire limitée.
Phase de transition (2023)	T1 – T4 2023	Création d'une direction financière dotée d'unités dédiées au budget, à la trésorerie et aux subventions ;	Normes d'information financière alignées sur celles de l'UA
Autonomie opérationnelle (2024)	T1 – T4 2024	Ouverture de comptes bancaires pour le Africa CDC avec des signataires autorisés pour les reçus des donateurs ; mise en œuvre d'un manuel de gestion financière et de procédures opérationnelles standardisées (SOP).	Premiers transferts directs de la Banque mondiale enregistrés.
Institutionnalisation (2025)	T1 – T4 2025	Introduction de la gestion des risques d'entreprise (GRE), y compris un registre des risques à l'échelle de l'organisation ; création d'un bureau d'audit interne et de surveillance ; mise en place de politiques ESG, de protection, de lutte contre la fraude et la corruption ; mise à jour du cadre de contrôle interne ; acquisition d'une plateforme de planification des ressources d'entreprise (ERP) pour l'automatisation des finances, des ressources humaines et des achats.	Lancement de l'intégration des données financières et des rapports trimestriels basés sur les performances.

Source : Rapport semestriel 2025, pp. 45-49, et rapport annuel 2024, pp. 38-40.

Performance financière et exécution du budget

Catégorie budgétaire	Approuvé pour 2025	Exécution budgétaire	%
Budget opérationnel	5 691 876	5 691 876	100
Budget de programme	56 488 228	54 665 766	97
Assistance technique (AT)	88 816 742	82 794 594	93
Total	150 996 847	143 152 236	95

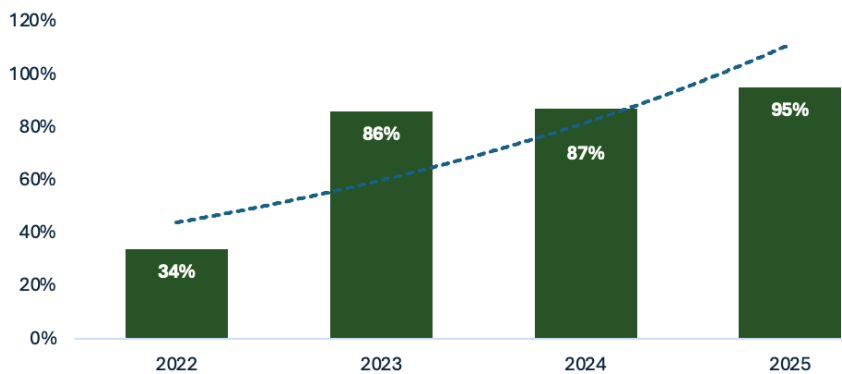


Figure 12 : Évolution du budget d’Africa CDC 2022-2025

disés, un comité de mise en œuvre des programmes renforcé, des outils d’aide à la décision et un renforcement continu des capacités. Toutes les décisions programmatiques sont évaluées selon six critères de qualité, garantissant leur conformité avec le mandat de l’institution et les normes mondiales. En 2026, le manuel CDQ et une formation continue sur mesure pour les divisions et les RCC soutiendront la pleine institutionnalisation de cette approche.

De la dépendance à l’indépendance financière

En 2022, les processus de budgétisation, d’approvisionnement et de comptabilité d’Africa CDC fonctionnaient entièrement dans le cadre de la gestion financière centralisée de la Commission de l’Union Africaine. Si cela garantissait l’alignement sur les systèmes et les normes de l’UA, cela posait également des défis opérationnels, notamment une flexibilité réduite en cas d’urgence et une visibilité limitée pour certains partenaires en ce qui concerne l’utilisation des fonds.

En novembre 2025, Africa CDC s’était transformé en une institution financièrement autonome, capable de recevoir, de gérer et de rendre compte directement des ressources des donateurs, notamment celles de la Banque mondiale, de l’HERA de l’UE, de Gavi, de la CEPI, de la BAD, du FCDO britannique, entre autres. Cette réalisation marque le changement le plus profond dans l’histoire institutionnelle d’Africa CDC.

Africa CDC a achevé l’examen de diligence raisonnable mené par le ministère britannique des Affaires étrangères, du Commonwealth et du Développement (FCDO). Cela a permis au Royaume-Uni de procéder à des versements directs à Africa CDC. Des procédures

d’éligibilité ont été initiées auprès du Fonds pandémique et seront engagées en 2026 auprès de l’Union européenne et du Fonds vert pour le climat.

Architecture financière intégrée

Africa CDC a mis en place un système financier intégré (SFI) qui harmonise la budgétisation, la trésorerie, la comptabilité, les subventions et les achats au sein d’un cadre de gouvernance unique.

En 2025, Africa CDC a atteint ses meilleurs résultats financiers, avec des recettes et une exécution budgétaire record. Ce résultat a été obtenu grâce à une culture axée sur les résultats, soutenue par des examens mensuels et trimestriels de la direction sur l’avancement des activités prévues et l’exécution du budget.

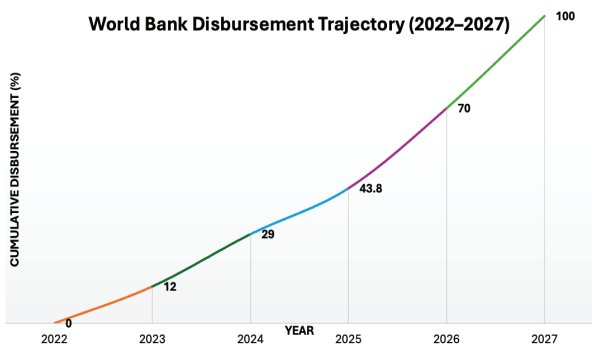


Figure 13 : Trajectoire des décaissements de la Banque mondiale (2022-2025)
(Adapté du rapport ISR de la Banque mondiale (août 2025) et du tableau de bord financier d’Africa CDC)

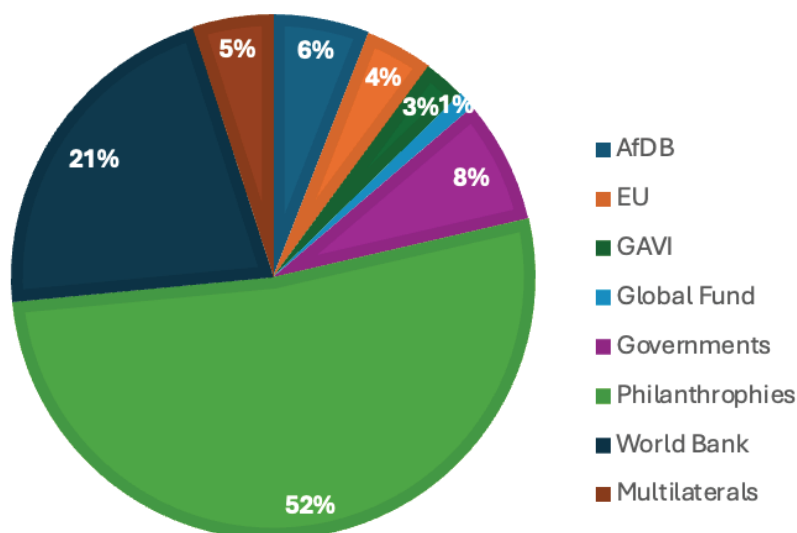


Figure 14 : Composition du portefeuille de subventions d'Africa CDC (2025)

Tableau 4 : Étapes importantes dans le développement de l'architecture financière (2022-2025) :

Paramètre	Référence (octobre 2022)	Situation (août 2025)	Objectif (juillet 2027)	Remarques
Subvention de l'IDA (en millions de dollars américains)	0	44,20 sur 101,93 (43,76 %)	100 %	Accélération post-MTR grâce à un paiement direct et à une révision du plan d'approvisionnement.
Note PDO	N/A	Satisfactory	Satisfactory	Improved from Moderately Satisfactory (2023).
N/A	Satisfaisant	Satisfaisant	Amélioration par rapport à « Modérément satisfaisant » (2023).	90 % completion expected by 2026.
Indicateurs de résultats intermédiaires (atteints/total)	0 / 14	10 / 14	14 / 14	90 % d'achèvement prévu d'ici 2026.
Conformité des rapports financiers	N/A	Rapports financiers trimestriels (RFT) dans les délais prévus.	Automatisation complète via ERP.	Soumission dans les délais confirmée par Bank TTL.

Tableau 6 : Améliorations en matière d'audit et de contrôle

Instrument	Adopté	Résultat
Procédures opérationnelles standardisées en matière de gestion financière	2024	Normalisation des processus financiers au sein du siège social et des centres de contrôle régional.
Gestion des risques d'entreprise	2025	Implémentation des registres des risques à l'échelle de l'organisation et gestion des risques inclus dans le suivi trimestriel.
Audits indépendants (externes)	2025	Un champ d'audit complet, comprenant des audits internes, des audits externes et des examens judiciaires.
Approvisionnement ERP	2025	Automatisation des modules financiers et RH d'ici 2026.

Tableau 7 : gains d'efficacité grâce aux achats groupés

Indicateur d'efficacité	2022	2025	(%) de Changement	Commentaires
Délai moyen d'approvisionnement (jours)	180	92	−49 %	Simplification des processus post-ERP et cadres fournisseurs.
Délai moyen de traitement des paiements (jours)	45	25	−46,8	Mécanisme de paiement direct approuvé par la Banque mondiale 2024.
Taux d'absorption des fonds (subvention de la Banque mondiale)	0	43,8	Nouveau	Accélération après l'autonomie.

Tableau8 : Résumé – Évaluation de la maturité financière (2022 vs 2025)

Dimension	Référence 2022	Situation en 2025	Évaluation des progrès
Autonomie financière	Pas de comptes in-dépendants.	Comptes bancaires propres et encaissements directs opérationnels.	Atteint
Capacité d'exécution budgétaire	34	95	Atteint
Efficacité des décaissements (Banque mondiale)	0	43,8	En bonne voie
Gestion des risques	Absente	Registre des risques et OIA opérationnels.	Achieved
Réalisé	None	External audit in progress.	Achieved
Préparation à l'audit	Aucune	Audit externe en cours.	Réalisé
Automatisation	Rapports manuels	ERP acheté et en cours de configuration.	Important

Performance du projet de la Banque mondiale

Le projet de la Banque mondiale est un élément central du renforcement institutionnel d’Africa CDC. Sur les dépenses de 2025, environ 35 millions de dollars provenaient de fonds de la Banque mondiale. Le tableau suivant présente les résultats financiers de la subvention depuis 2022.

La trajectoire des décaissements montre une accélération marquée à partir de l’exercice 2025, pour atteindre 43,8 % (44,2 millions de dollars) à la fin de l’année. Cette évolution fait suite aux améliorations opérationnelles mises en œuvre après les recommandations de la Banque mondiale à la mi-2024, notamment l’utilisation accrue des paiements directs et la simplification des procédures d’achat. Ces mesures ont complété le renforcement de l’autonomie financière et de la capacité d’exécution du CDC, ce qui a permis de convertir plus rapidement les activités approuvées en décaissements. Les décaissements devraient atteindre 70 % en 2026 et 100 % en 2027.

Les pourcentages reflètent les chiffres cumulés des décaissements rapportés dans le rapport ISR de la Banque mondiale et peuvent différer des chiffres basés sur les flux de trésorerie figurant dans les annexes financières.

Utilisation du budget et tendances en matière de dépenses

En 2025, Africa CDC a exécuté **143,2 millions de dollars** sur son budget mobilisé et approuvé de **151 millions de dollars**, soit son taux d’exécution le plus élevé depuis sa création.

Gestion des subventions et diversification des donateurs

Le portefeuille de subventions d’Africa CDC est passé de 52 millions de dollars américains en 2022 à 463 millions de dollars américains en 2025, pour 66 subventions actives. Les principales sources sont la Banque mondiale (21 %), la BAD (6 %), les gouvernements (8 %), les organisations philanthropiques (52 %), Gavi (3 %), le

Tableau 9: Résultats des indicateurs clés de performance en matière de gestion financière et des subventions 2022-2025

Indicateur	2022	2025	Variation	Source
Croissance du portefeuille de partenariats avec des cadres fonctionnels	8	46	+475	Base de données de suivi des protocoles d'accord
Valeur totale (en USD) des nouvelles ressources financières mobilisées	52 000 000	463 000 000	+890%	Grant Management Database
	+890	Base de données sur la gestion des subventions	New	Africa CDC PIRS Database (2025)
Élaboration de la stratégie de partenariat et de mobilisation des ressources d’Africa CDC	Aucune	80 % achevée (en cours de validation ; déploiement en 2026)	Nouveau	Base de données indicateurs de performance PIRS d’Africa CDC (2025)

Fonds mondial (1 %), l’UE (4 %) et les institutions multilatérales (5 %).

Pour gérer ce portefeuille en expansion, Africa CDC a mis en place un cadre de gestion du cycle de vie des subventions, qui normalise les processus d’approbation des projets, de décaissement et de suivi et d’évaluation dans toutes les divisions et les RCC. Tous les accords avec les bailleurs de fonds comprennent désormais des clauses de responsabilité au niveau national et des mécanismes de rapport conjoints.

Contrôles internes et mécanismes d’audit

Africa CDC a renforcé l’assurance fiduciaire grâce à trois instruments complémentaires :

- 1. **Bureau d’audit interne (OIA)** – créé en 2025 ; **Registre des risques** – institutionnalisé ; suit les risques financiers, opérationnels et de réputation avec des mesures d’atténuation.

Mission d’audit externe – les états financiers 2025 d’Africa CDC sont en cours d’examen par le Comité des commissaires aux comptes de l’UA et un cabinet indépendant (KPMG).

Optimisation des ressources et gains d’efficacité

La transition d’Africa CDC vers l’approvisionnement direct et les achats groupés a généré des économies mesurables :

Gouvernance financière et responsabilité

Africa CDC a adopté une charte de gouvernance financière (2024) définissant les rôles du directeur général, du directeur général adjoint et du directeur financier dans l’approbation et la supervision du budget. La charte impose des réunions trimestrielles d’examen financier et des auditions budgétaires annuelles avec le conseil d’administration.

En outre, l’institution a lancé un tableau de bord de transparence financière (2025) qui permet de suivre les engagements des donateurs et les décaissements effectifs. Cette plateforme alimente le système de suivi du groupe de travail conjoint du G20 sur la santé et les finances, une première pour une institution africaine.

Que faut-il protéger et renforcer ?

Pour maintenir la crédibilité financière, trois priorités requièrent une attention constante :

- 1. **Cohérence des normes d’information financière** pour tous les flux de financement.
- 2. **Investissement continu dans les systèmes financiers et les capacités du personnel** à mesure que les volumes augmentent.
- 3. **Un soutien politique clair en faveur de l’autonomie**, en particulier lors des situations d’urgence où la rapidité est essentielle.

Une gestion financière solide est indissociable de systèmes internes modernes, notamment en matière de ressources humaines, d’approvisionnement, de plateformes numériques et de gestion des risques. La sous-section 2.3 montrera comment Africa CDC a réformé ses systèmes internes afin de soutenir son évolution, la rapidité et la responsabilité dans tous les piliers de mise en œuvre.

2.3. Réforme des systèmes internes

2.3.1. Logique de la réforme : les systèmes doivent servir l'exécution, pas la procédure

Les réformes internes d'Africa CDC ont été guidées par quelques questions : les systèmes existants accélèrent-ils ou retardent-ils la mise en œuvre ? Améliorent-ils la transparence ? Favorisent-ils l'efficacité ? Lorsque les systèmes ralentissaient la prise de décision, obscurcissaient la responsabilité ou fragmentaient l'autorité, ils ont été repensés. L'objectif était de remplacer les processus hérités, lourds en matière de conformité, par des systèmes adaptés à l'objectif visé et alignés sur les opérations d'urgence, tout en restant pleinement conformes aux règles de l'UA et aux normes internationales.

Cette logique de réforme a donné la priorité à :

la clarté des rôles et des droits de décision
la prévisibilité des processus sous pression
la transparence pour les organes de contrôle et les partenaires.

Dans le cadre de cette initiative, Africa CDC a renforcé ses garanties institutionnelles, notamment les contrôles financiers, la gestion des risques, la réactivité en matière d'audit, les mesures relatives aux conflits d'intérêts, la gestion des plaintes, les recours et la protection contre la fraude et l'utilisation abusive des ressources. Ces réformes visaient non seulement à améliorer l'efficacité opérationnelle, mais aussi à renforcer l'intégrité, la transparence et la responsabilité attendues d'une agence continentale de santé publique.

Les réformes comprenaient la mise en œuvre des initiatives suivantes :

- Structure de gestion pour la coordination, la prise de décision, la gestion des risques, le travail d'équipe

et la performance

- Gestion des performances des plans de travail, des résultats et des finances
- Renforcement du cadre de contrôle interne
- Bureau de contrôle interne
- Gestion des risques d'entreprise, y compris le registre des risques et les champions des risques
- Unité de mise en œuvre des programmes (PIU)
- Politique environnementale, sociale et de gouvernance (ESG)
- Mesures de lutte contre la fraude et la corruption, y compris la protection des lanceurs d'alerte et le suivi numérique.
- Politique de protection

2.3.2. Structure organisationnelle : aligner la forme sur la fonction

Africa CDC a mis en œuvre une structure organisationnelle révisée approuvée par les organes de contrôle de l'UA afin de refléter l'évolution de son mandat. La structure a été conçue autour des fonctions opérationnelles, et non des silos administratifs, et organisée de manière à soutenir le programme AHSS et les responsabilités PPPR.

Ses principales caractéristiques sont les suivantes

- une séparation plus claire entre le leadership stratégique, la prestation technique et les fonctions habilitantes.
- la consolidation des fonctions qui se chevauchent afin de réduire la fragmentation
- des interfaces structurées entre le siège, les centres de coordination régionaux et les équipes en contact avec les pays.

La mise en œuvre progressive a permis de garantir la cohérence entre la croissance des effectifs, la supervision et les mécanismes de responsabilité.

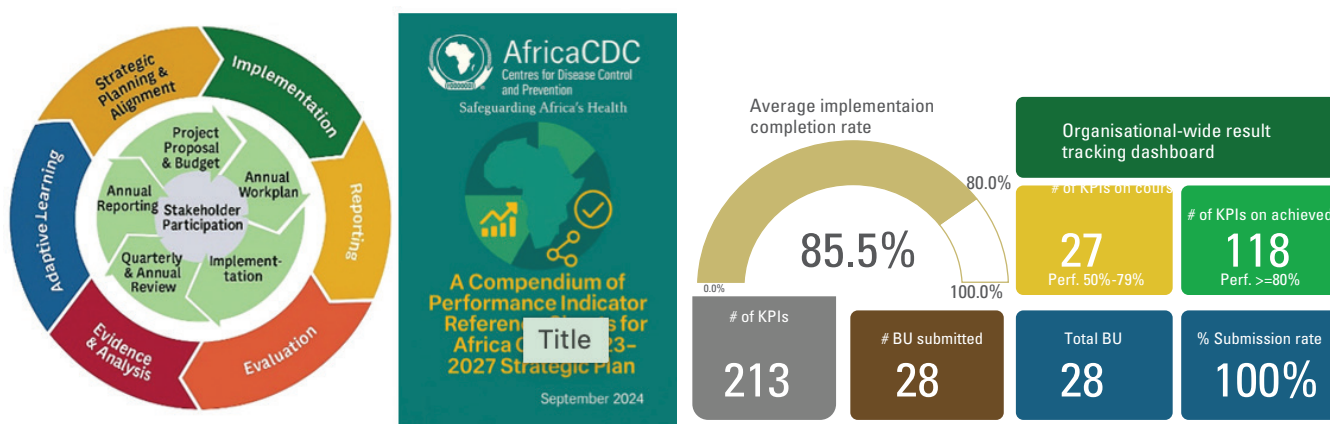


Figure 15 : à partir de la gauche, cycle RBM à l'échelle de l'organisation, recueil d'indicateurs organisationnels et tableau de bord de suivi itératif.

2.3.3. Systèmes de ressources humaines : du recrutement à la gestion des performances

Les réformes internes des ressources humaines ont dépassé le cadre du recrutement pour aborder les questions de performance, d'intégrité et de culture institutionnelle.

Africa CDC a renforcé :

- L'architecture des postes liée aux priorités stratégiques
- Les systèmes de gestion des performances qui relient les objectifs individuels aux résultats institutionnels
- Les codes de conduite, l'éthique et les mécanismes de protection afin de préserver la crédibilité institutionnelle
- Les parcours de développement du personnel afin de conserver les compétences essentielles et de réduire la dépendance à l'égard des consultants à court terme.

Ces réformes sont à la base d'un capital humain de qualité capable de travailler dans des environnements soumis à une forte pression tout en respectant les valeurs de l'UA.

2.3.4 Gestion des performances et culture axée sur les résultats

En 2024, Africa CDC a introduit un système complet de gestion axée sur les résultats (GAR) qui relie les performances individuelles aux objectifs organisationnels. Un ensemble de résultats organisationnels reliant tous les programmes continentaux et les contributions des partenaires est élaboré, publié et régulièrement révisé afin de garantir la transparence et la responsabilité. L'application du cadre GAR dans les pratiques institutionnelles garantit que l'organisation passe d'une planification, d'une mise en œuvre, d'un suivi et d'un rapportage basés sur des projets ou des programmes à une approche axée sur les résultats.

Les éléments clés sont les suivants :

1. **Des évaluations trimestrielles des performances** intégrées au tableau de bord institutionnel.
2. **Suivi annuel des performances** des directeurs et des chefs des CCR, aligné sur les objectifs stratégiques du plan stratégique.
3. **Évaluation à mi-parcours et à la fin** du plan stratégique et des indicateurs associés dans le PIRS.
4. **Élaboration d'un programme d'apprentissage à l'échelle de l'organisation** afin de suivre les enseignements tirés et d'assurer l'amélioration continue de la réalisation des résultats.

5. **Système d'incitation et de reconnaissance** récompensant l'innovation, le leadership en matière d'égalité des sexes et la collaboration.
6. **Renforcement continu des capacités et gestion du changement en matière de RBM** réalisés par tous les directeurs et responsables techniques en 2024.
7. **Introduction du Cadre de Qualité des Décisions Organisationnelles (ODQ)** afin de garantir la qualité de la mise en œuvre des programmes sur la base de décisions fondées sur la qualité et des preuves.

Politiques RH et cadre éthique

Africa CDC a adopté un ensemble de politiques fondamentales en matière de gouvernance et de ressources humaines en 2023-2024 afin de renforcer l'éthique et la transparence de ses opérations. Tous les membres du personnel reçoivent une formation obligatoire sur l'éthique et les valeurs de l'UA lors de leur intégration et lors de la signature de la charte d'entrée en fonction de l'UA.

2.3.4. Achats et opérations : allier rapidité et contrôle

Les systèmes d'approvisionnement et d'exploitation ont été réformés afin de permettre une exécution rapide mais responsable, en particulier en cas d'urgence.

Les améliorations apportées comprennent :

- La rationalisation des processus d'approvisionnement avec des seuils et des voies d'approbation définis
- Une délégation des pouvoirs plus claire afin de réduire les goulots d'étranglement
- Le renforcement de la gestion des contrats et de la supervision des fournisseurs.
- L'alignement de la planification des achats sur les besoins des programmes et des situations d'urgence.

Il en résulte une infrastructure opérationnelle capable de prendre en charge les déploiements urgents, les achats d'urgence et les programmes à grande échelle sans compromettre les normes fiduciaires.

En 2025, 92,3 % des achats prévus ont été réalisés avec succès, pour une valeur contractuelle totale de 25,5 millions de dollars américains. En outre, plus de 1 100 achats opérationnels d'une valeur de 11 millions de dollars américains ont été effectués en totale conformité avec les politiques et normes applicables en matière d'approvisionnement. Afin de soutenir la mise en œuvre des programmes et les opérations d'intervention d'urgence, 6 900 titres de transport ont été émis, pour un montant total de 8,2 millions de dollars américains. Afin de renforcer la cohérence, la transparence et la responsabilité, Africa CDC a lancé la certification de ses systèmes de chaîne d'approvisionnement et le dé-

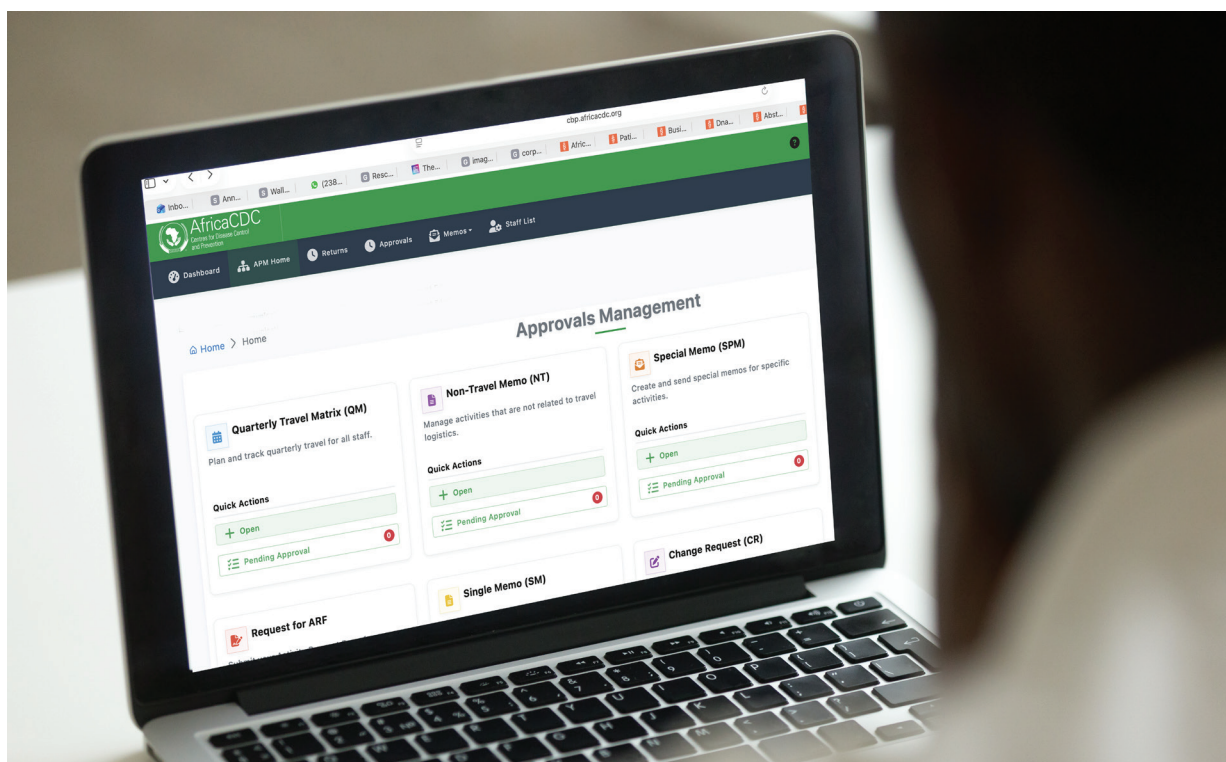


Figure 16 : Tableau de bord de la plateforme centrale des activités d'Africa CDC

ploiement d'une plateforme d'approvisionnement électronique, qui devrait être pleinement opérationnelle en 2026.

Au-delà des achats opérationnels, Africa CDC, par l'intermédiaire de sa division Chaîne d'approvisionnement, a facilité l'achat et la livraison de vaccins, d'équipements de chaîne du froid, de diagnostics et de soutien logistique dans les pays, pour un montant total estimé à 69,7 millions de dollars US, au bénéfice de plus de 35 États membres. Dans le cadre de son mandat de renforcement des capacités, Africa CDC a également formé des professionnels de la chaîne d'approvisionnement sanitaire et humanitaire afin d'améliorer les capacités nationales et régionales de préparation et d'intervention.

Parallèlement, un tableau de bord continental sur la maturité de la chaîne d'approvisionnement a été développé et est pleinement opérationnel, fournissant un aperçu des capacités de la chaîne d'approvisionnement dans les États membres.¹ Les informations générées permettront d'apporter un soutien technique adapté en fonction des lacunes identifiées. Africa CDC a également mené des initiatives stratégiques telles que MedFlow, qui vise à identifier et à résoudre les goulots d'étranglement dans la logistique sanitaire et humanitaire en réunissant les responsables des douanes, les ministères de la santé et d'autres parties prenantes clés afin de diagnostiquer conjointement les défis et de recommander des solutions pratiques.

2.3.5. Systèmes numériques et d'information : vers une intelligence institutionnelle en temps réel

Africa CDC a investi dans la modernisation de son infrastructure numérique afin de permettre une visibilité en temps réel sur ses opérations, ses finances et ses performances.

Parmi les principales avancées, on peut citer :

- Une meilleure intégration des données entre les programmes et les régions
- Des outils numériques pour soutenir la surveillance, la coordination des urgences et la communication d'informations
- Le renforcement des cadres de sécurité de l'information et de gouvernance des données.

Ces systèmes réduisent l'asymétrie de l'information, favorisent une prise de décision plus rapide et améliorent la responsabilité envers les États membres.

Automatisation des processus opérationnels institutionnels et intégration numérique

Africa CDC a adopté une approche progressive pour automatiser les processus opérationnels institutionnels et intégrer les systèmes numériques afin d'améliorer l'efficacité, la transparence et les opérations basées sur les données. À titre de mesure provisoire, une suite de plateformes numériques a été déployée pour rationaliser les transactions internes à volume élevé et les

¹ <https://app.akuko.io/post/269dc25a-a188-4911-97be-f78d76e4cd1e>

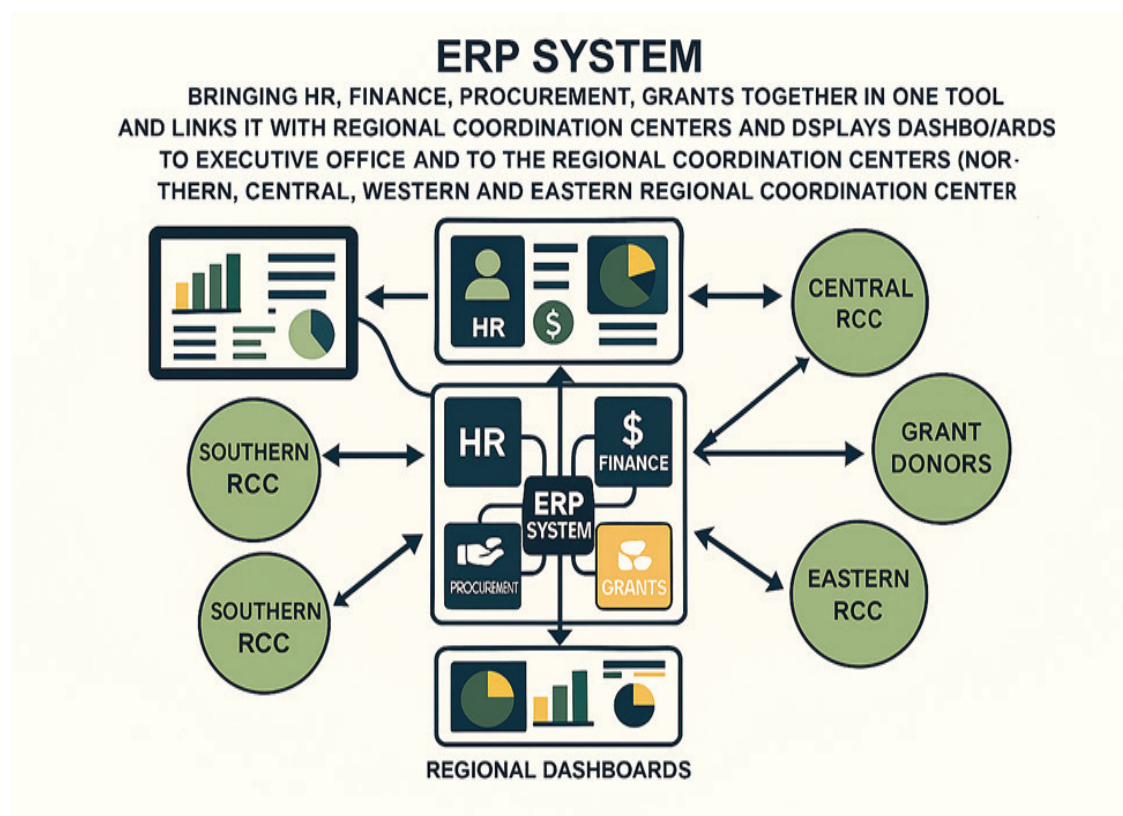


Figure 17 : Écosystème numérique de la main-d'œuvre d'Africa CDC (2025).

flux de travail opérationnels, tandis qu'une solution ERP (Enterprise Resource Planning) à long terme est en cours de développement.

Principaux résultats :

À partir de 2025, les systèmes provisoires ont été conçus pour combler rapidement les lacunes opérationnelles critiques, réduire la charge de travail manuelle et générer des gains d'efficacité immédiats, tandis que l'ERP plus large est encore en cours de conception et d'acquisition. Cette stratégie progressive permet aux divisions de commencer à bénéficier de l'automatisation et d'une meilleure visibilité des données sans attendre le déploiement complet de l'ERP. Pour répondre aux besoins opérationnels immédiats, une plateforme commerciale centrale comprenant des modules tels que le portail du personnel et la gestion des approbations (APM) a été mise en place. Le système gère :

- Les profils du personnel
- Les contrats de travail
- Les contrats de planification des performances (PPA)

La gestion des congés

- Le suivi hebdomadaire des tâches et les rapports
- Matrice trimestrielle des déplacements
- Formulaire de demande d'activité (ARF)
- Demande de services (RQS)
- Approbation des notes de service relatives aux déplacements (demandes spéciales, uniques et de modification)

Cette numérisation a remplacé plusieurs processus manuels, accru l'efficacité et réduit les délais d'exécution

des principales fonctions administratives.

En outre, 11 systèmes numériques spécialisés ont été développés pour soutenir les priorités des divisions, notamment : le suivi des priorités de recherche ; les paiements et l'enregistrement de la Conférence internationale sur la Santé Publique en Afrique (CPHIA) ; les services juridiques et d'enregistrement ; les opérations financières ; la préparation et la réponse aux situations d'urgence ; les flux de travail internes ; la gestion des plaintes ; la gestion des actifs ; l'archivage numérique des données et le partage interne des connaissances via l'intranet.

Les enseignements tirés de l'exploitation de ces systèmes provisoires serviront directement à la conception, à la configuration et aux voies de migration de la préparation et la réponse aux urgences (EPR), garantissant une transition fluide et efficace vers une plateforme d'entreprise entièrement intégrée.

L'ERP, un changement radical

L'objectif est de mettre en place un système ERP complet qui servira de colonne vertébrale numérique à Africa CDC, en intégrant de manière transparente les finances, les ressources humaines, les achats, la logistique, les opérations et la gestion de projets. L'ERP reliera également le siège et tous les CCR, permettant ainsi la création de rapports en temps réel, le suivi des programmes et la prise de décisions fondées sur des données probantes.

Avantages attendus (à partir de 2026)

- Gestion entièrement automatisée des salaires et des indemnités
- Recrutement, congés et opérations RH sans papier.
- Lien en temps réel entre les performances RH et l'exécution du budget
- Amélioration de la responsabilité, de la transparence et de l'efficacité organisationnelle
- Systèmes de données unifiés soutenant la planification stratégique et la supervision à tous les niveaux.

2.3.6. Gestion des risques et contrôles internes : institutionnalisation de la prospective

Les réformes internes ont mis fortement l'accent sur la gestion des risques, reconnaissant que l'ampleur et la visibilité augmentent l'exposition.

Processus de gestion des risques d'entreprise avec des registres de risques actifs

Cadres de contrôle interne intégrés dans les opérations courantes.

Mécanismes permettant de suivre et de clôturer systématiquement les conclusions d'audit.

Ce passage d'une conformité réactive à une gestion proactive des risques protège l'autonomie et la réputation de l'institution.

2.3.7. Pourquoi ces réformes sont-elles importantes sur le plan politique ?

Pour les chefs d'État et les ministres, la réforme interne n'est pas une question interne, mais une garantie de souveraineté. Les systèmes qui permettent une exécution rapide et responsable garantissent que les décisions politiques prises au niveau de l'UA sont mises en œuvre de manière fidèle et crédible. À l'inverse, des systèmes faibles saperaient la confiance et inviteraient à un contrôle externe.

Une fois les systèmes internes renforcés, le dernier élément de la crédibilité institutionnelle est la responsabilité externe. La sous-section 2.4 expliquera comment Africa CDC rend compte aux États membres et aux organes de l'UA, collabore avec eux et reste redevable devant eux, bouclant ainsi le cycle de responsabilité et de redevabilité qui soutient la confiance dans l'action continentale.

2.4 Responsabilité envers les États membres

La légitimité d'Africa CDC repose en fin de compte sur sa responsabilité envers les gouvernements et les peuples d'Afrique. L'autonomie sans responsabilité affaiblirait la confiance ; la responsabilité sans autonomie paralyserait l'action. En 2025, Africa CDC a consolidé un modèle de responsabilité efficient qui permet à l'institution d'agir à la vitesse de l'urgence tout en restant responsable devant les États membres par le biais de canaux politiques, financiers et de performance clairs.

2.4.1. La responsabilité comme obligation politique, et non comme simple exercice de rapportage

Africa CDC considère la responsabilité comme une obligation politique envers les États membres, et non comme une simple obligation de rendre compte. En tant qu'organe autonome de l'Union africaine, Africa CDC est responsable de :

- La manière dont il exerce les pouvoirs qui lui sont délégués
- La manière dont il utilise les ressources collectives
- La manière dont il traduit les décisions continentales en actions concrètes au niveau national.

Ce cadre garantit que la responsabilité renforce la souveraineté plutôt que de la restreindre.

2.4.2. Responsabilité formelle envers les organes décisionnels de l'UA

Africa CDC rend compte de manière formelle et régulière aux organes statutaires de l'UA, garantissant ainsi que ses actions restent alignées sur l'orientation politique collective.

Les principales voies de responsabilité comprennent :

- Rendre compte à l'Assemblée et au Conseil exécutif de l'UA par le biais de mises à jour structurées sur l'exécution du mandat, les mesures d'urgence et les priorités stratégiques.
- La supervision par le conseil d'administration, y compris l'examen des plans annuels, des budgets, des états financiers, des conclusions d'audit et des risques institutionnels.
- La collaboration avec les représentants permanents et les comités compétents de l'UA, permettant un dialogue politique et un retour d'information continu.

Ce système de rapports à plusieurs niveaux garantit que l'autorité d'Africa CDC reste ancrée dans le consensus des États membres.

2.4.3. Responsabilité en matière de performance : axée sur les résultats

Le cadre de responsabilité d'Africa CDC met l'accent sur les résultats plutôt que sur les activités. L'institution rend compte des objectifs stratégiques et des indicateurs convenus, ce qui permet aux États membres d'évaluer :

- si les actions d'Africa CDC ont permis de réduire les délais d'intervention et la fragmentation
- si les outils continentaux ont renforcé les capacités nationales
- si les ressources se traduisent par des résultats mesurables.

La discipline « un plan, un budget, un rapport » permet aux dirigeants d'avoir une vue d'ensemble de la réponse aux urgences, de la préparation, du financement et du

renforcement des systèmes, plutôt que des descriptions fragmentées des projets.

2.4.4. Responsabilité financière et assurance fiduciaire

La responsabilité financière est un pilier central de la confiance entre Africa CDC et les États membres.

Africa CDC garantit cela grâce à :

- Des rapports financiers transparents, conformes aux normes de l'UA
- Des audits indépendants et un suivi systématique des recommandations d'audit
- La divulgation des informations relatives à la mobilisation, à l'allocation et à l'utilisation des ressources
- L'intégration de la gestion des risques financiers dans la prise de décision institutionnelle.

Pour les ministres des Finances, ces mécanismes garantissent que l'autonomie d'Africa CDC renforce, plutôt qu'affaiblit, la responsabilité budgétaire collective.

2.4.5. Responsabilité par l'engagement, et non par la distance

Le modèle de responsabilité d'Africa CDC est interactif, et non distant. Il comprend :

- Un engagement continu avec les ministères de la Santé et des Finances
- Des consultations structurées en cas d'urgence et de changements politiques majeurs
- Des boucles de rétroaction par le biais de forums régionaux et continentaux.

Cette approche garantit une responsabilité vécue et réactive, plutôt qu'épisodique et rétrospective.

2.4.6. Transparence envers les partenaires en tant que fonction de la responsabilité des États membres

La transparence d'Africa CDC envers ses partenaires n'est pas dictée par les donateurs ; elle découle de sa responsabilité envers les États membres. En maintenant des normes élevées en matière de transparence et de rapportage, Africa CDC protège les États membres contre les risques réputationnels et fiduciaires et renforce la position de négociation collective de l'Afrique.

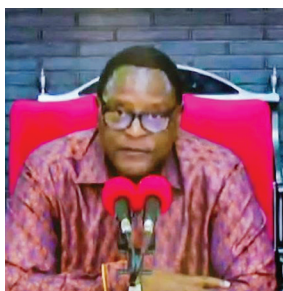
2.4.7. Pourquoi la responsabilité renforce la souveraineté

Une responsabilité efficace permet à Africa CDC :

- D'agir de manière décisive sans craindre de réactions politiques négatives
- De conserver la confiance des États membres en période de crise
- De résister à la fragmentation et à l'emprise extérieure.
- De maintenir sa légitimité en tant qu'autorité continentale africaine en matière de santé publique.

En ce sens, la responsabilité n'est pas une contrainte, mais la condition institutionnelle qui rend la souveraineté opérationnelle.

Une fois le renforcement institutionnel et la responsabilité établis, le rapport se tourne désormais vers le contexte : pourquoi l'Afrique a-t-elle besoin d'un programme de sécurité sanitaire et de souveraineté en ce moment ?



Les dirigeants africains se mobilisent pour lutter contre le choléra

Le paysage sanitaire de l'Afrique en 2025 : pourquoi l'AHSS est-il important aujourd'hui ?

Le contexte sanitaire de l'Afrique en 2025 explique pourquoi l'agenda de sécurité sanitaire et de souveraineté en Afrique (AHSS) n'est plus facultatif. Le continent est confronté à une convergence de risques épidémiologiques, de tensions budgétaires et de fragilité géopolitique qui transforme les chocs sanitaires en chocs macroéconomiques, sécuritaires et de légitimité. Cette section présente les arguments fondés sur des données factuelles en faveur de l'AHSS en tant que réponse stratégique à cette réalité.

3.1. Aperçu épidémiologique: risques persistants et émergents

En 2025, la charge de morbidité en Afrique se caractérisera par sa simultanéité et son ampleur. Des menaces endé-

miques de longue date, telles que le choléra, la rougeole, le paludisme, la méningite et la fièvre jaune, coexistent avec des agents pathogènes émergents et réémergents, notamment le Mpx et les fièvres hémorragiques virales. La variabilité climatique, l'urbanisation rapide et la mobilité de la population intensifient la dynamique de transmission, tandis que la fragilité des systèmes de santé aux frontières permet aux épidémies locales de devenir des menaces régionales. L'Afrique connaît une augmentation spectaculaire du nombre d'événements de santé publique, qui est passé de 153 cas signalés en 2022 à 242 et 213 cas signalés respectivement en 2024 et 2025 (figure 22).

Il est essentiel de noter que les épidémies se chevauchent désormais dans le temps. Plusieurs pays sont confrontés à des événements de santé publique simultanés, ce qui met à rude épreuve les capacités de surveillance, de laboratoire et d'intervention. Cette tendance compromet



Figure 18 : De la dépendance à la souveraineté : la transformation de la sécurité sanitaire en Afrique.

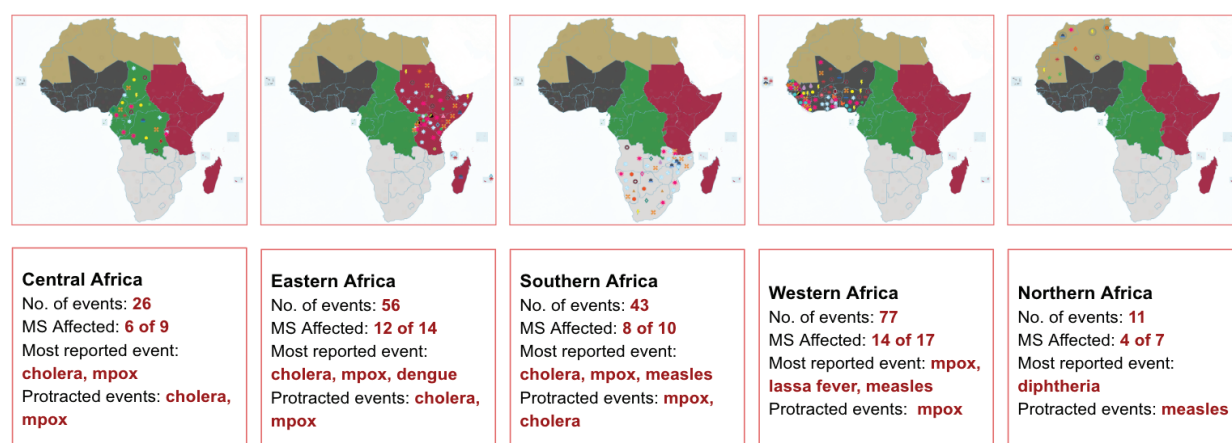


Figure 19 : Carte des épidémies à risques multiples (2025) montrant les épidémies simultanées par région (tableaux de bord de surveillance d'Africa CDC).

l'efficacité des interventions ponctuelles menées pays par pays et confirme la nécessité de disposer de renseignements à l'échelle continentale, de capacités de renfort et d'outils communs.

3.2. Contexte financier : réduction de l'espace budgétaire et augmentation de la charge pesant sur les ménages

En 2025, le financement de la santé en Afrique est soumis à des contraintes structurelles. Les budgets publics sont soumis à des demandes concurrentes en matière de service de la dette, d'énergie, de sécurité alimentaire et de dépenses de sécurité. L'aide extérieure au développement est de plus en plus imprévisible et, dans plusieurs contextes, en baisse en termes réels. En conséquence, les ménages continuent de supporter une part disproportionnée des coûts de santé par le biais de paiements directs, ce qui expose les familles à des chocs financiers en cas d'urgence sanitaire.

Ce profil de financement affaiblit la préparation et amplifie les inégalités. Lorsque des épidémies surviennent, le retard dans le financement entraîne un retard dans la réponse, ce qui augmente les coûts totaux et la mortalité évitable. Les données disponibles soulignent un principe fondamental de l'AHSS : sans mécanismes de financement nationaux et innovants ancrés dans les systèmes nationaux, la sécurité sanitaire reste réactive et fragile. Dans sa note conceptuelle intitulée « Le financement de la santé en Afrique à l'ère nouvelle », Africa CDC a recommandé de renforcer le financement national, d'introduire des mécanismes de financement innovants et d'exploiter le financement mixte pour combler le déficit de financement de la santé sur le continent.

3.3. Vulnérabilités géopolitiques et liées à la chaîne d'approvisionnement

En 2025, la sécurité sanitaire sera indissociable de la géopolitique. Les chaînes d'approvisionnement mondiales en vaccins, diagnostics et produits médicaux restent concentrées et vulnérables aux restrictions à l'exportation, à la volatilité des prix et aux priorités stratégiques des pays producteurs. Lors des récentes urgences, l'Afrique a connu des retards d'accès, une allocation fragmentée et une dispersion des prix, alors qu'elle supporte une part importante de la charge de morbidité.

Ces vulnérabilités sont aggravées par des goulots d'étranglement logistiques, une capacité limitée de la chaîne du froid et une fragmentation des achats. Il en résulte une dépendance stratégique au moment même où un accès rapide est le plus critique. L'AHSS répond directement à ce risque en favorisant les achats groupés, la production régionale, la dépendance réglementaire et les instruments de modelage du marché qui réduisent l'exposition aux chocs externes.

3.4. Implications pour la sécurité et la souveraineté de l'Afrique

Les chocs sanitaires ont désormais des implications en matière de sécurité. Les épidémies de grande ampleur perturbent les marchés du travail, les couloirs commerciaux, les systèmes éducatifs et la confiance du public dans les institutions. Dans les contextes fragiles, elles exacerbent l'instabilité ; dans les contextes stables, elles imposent des réaffectations budgétaires imprévues et des pertes de croissance.

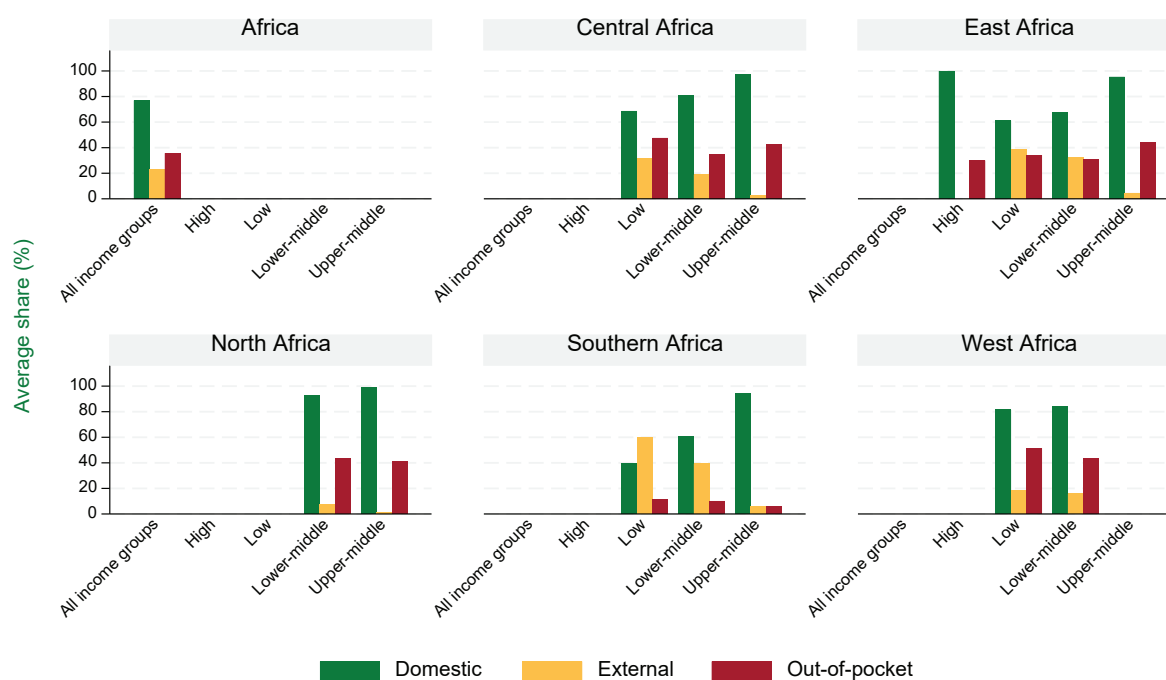


Figure 20 : Composition des dépenses de santé par source (gouvernement / DAH / dépenses personnelles / prépayées), Afrique et sous-régions (Source : OMS 2025)

Du point de vue de la souveraineté, la dépendance à l'égard de facteurs externes, du financement et des décisions d'allocation affaiblit l'action nationale. Lorsque les pays ne peuvent pas déterminer quand intensifier leur action, comment financer une réponse ou où trouver des contre-mesures, l'autorité politique s'érode. L'AHSS redéfinit la sécurité sanitaire comme une fonction essentielle de l'État et de l'Union, comparable à la sécurité des frontières ou à la stabilité financière.

3.5. Pourquoi l'AHSS est la réponse stratégique

L'AHSS aborde la réalité de 2025 à travers cinq mesures intégrées :

1. **Le leadership continental dans l'architecture sanitaire mondiale** afin de garantir que l'Afrique définisse les agendas plutôt que d'y réagir.
2. **Préparation, prévention et réponse (PPPR) aux urgences de santé publique** ancrées dans la surveillance continentale, la mobilisation rapide et le financement d'urgence.

3. **Un financement durable de la santé** qui réduit la dépendance et protège les ménages.
4. **Transformation numérique et souveraineté des données** pour une intelligence en temps réel et une interopérabilité.
5. **Une production locale et des achats groupés** pour garantir l'accès et stabiliser les marchés.

Ensemble, ces piliers transforment la fragmentation en solidarité structurée et la vulnérabilité en souveraineté opérationnelle. Après avoir établi la pertinence des AHSS à l'aide de preuves épidémiologiques, fiscales/économiques et géopolitiques, le rapport se penche désormais sur la mise en œuvre. La section IV présente les résultats par pilier AHSS, montrant comment Africa CDC a traduit la stratégie en résultats mesurables pour les États membres, ce qui a fonctionné, ce qui a changé sur le terrain et ce qui reste à faire.



5 **Piliers**

AGENDA DE LA SÉCURITÉ ET DE LA SOUVERAINETÉ SANITAIRE DE L'AFRIQUE



- 1** **Architecture sanitaire mondiale réformée et inclusive**
- 2** **Institutionnalisation de l'agenda continental PPPR**
- 3** **Financement prévisible, domestique, innovant et mixte**
- 4** **Transformation digitale**
- 5** **Fabrication locale**

Mise en œuvre du programme AHSS : résultats par pilier

4.1 PILIER 1 : Renforcer l'architecture sanitaire mondiale et le leadership africain

4.1.1. Pourquoi ce pilier est-il important ?

Pendant des décennies, la gouvernance mondiale en matière de santé a été façonnée en dehors de l'Afrique, même lorsque les décisions avaient une incidence directe sur la vie, l'économie et la stabilité des Africains. Cette asymétrie était particulièrement évidente en période de crise, lorsque l'Afrique était confrontée à des retards dans l'accès aux contre-mesures, à des orientations fragmentées et à une influence limitée sur la prise de décision mondiale.

Le pilier 1 de l'AHSS vise à remédier à ce déséquilibre structurel. Son objectif n'est pas une représentation symbolique, mais un leadership institutionnel : garantir que l'Afrique dispose de l'autorité, de la crédibilité et de la capacité opérationnelle nécessaires pour façonner les règles mondiales en matière de santé, influencer l'allocation des ressources et coordonner des réponses qui reflètent les réalités africaines. En 2025, ce pilier s'est concentré sur le positionnement des pays dans des rôles de leadership, avec Africa CDC comme

coordinateur continental et porte-parole de l'Afrique, en coordination avec les organisations mondiales qui soutiennent les pays et les entités régionales.

4.1.2. Principaux résultats en 2025

Africa CDC a opéré un changement qualitatif, passant de la participation à la coordination et au leadership sur les plateformes mondiales et continentales.

Rôle d'Africa CDC dans le positionnement de l'Afrique au sein de l'architecture mondiale de la santé

Africa CDC a stratégiquement repositionné l'Afrique, qui est passée du statut de bénéficiaire passif à celui d'architecte actif de la gouvernance mondiale en matière de santé. Parmi les principales réalisations, on peut citer :

- **Cadres stratégiques pour un engagement souverain** : le lancement du **programme pour la sécurité et la souveraineté sanitaires en Afrique (AHSS)** a redéfini les priorités de l'Afrique en matière de souveraineté sanitaire, de fabrication locale, d'innovation numérique et de financement national. Ce programme remet directement en cause les modèles traditionnels de dépendance et affirme le rôle de l'Afrique dans l'élaboration du programme mondial en matière de santé.
- **Ancre diplomatique des réformes conti-**

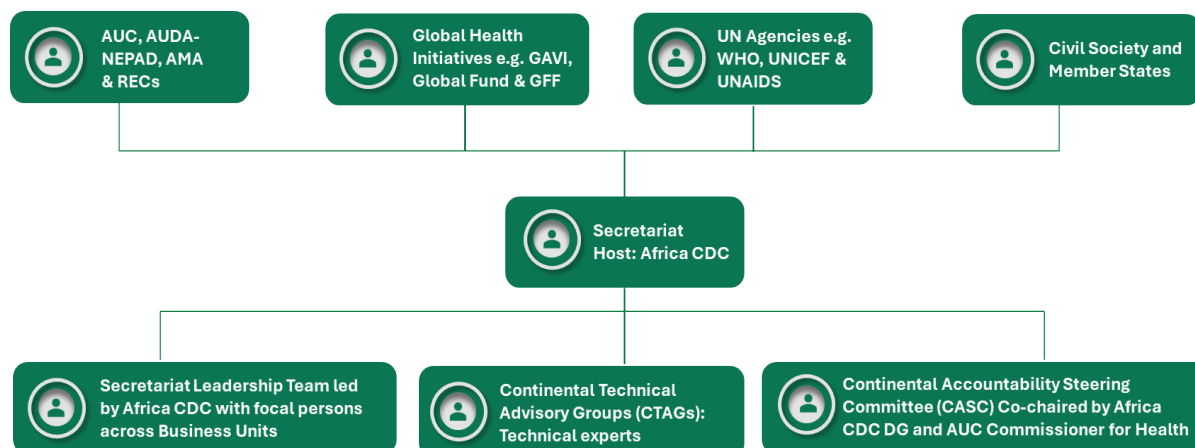


Figure 22 : Cadre de mise en œuvre de l'Agenda de Lusaka

nentales : Africa CDC fait office de **secrétariat continental pour le programme de Lusaka**, un cadre historique approuvé par l'UA. À ce titre, Africa CDC coordonne ses efforts avec les principales initiatives mondiales en matière de santé (par exemple, GAVI, le Fonds mondial) afin d'aligner leurs investissements sur les priorités africaines, renforçant ainsi l'influence collective et la cohérence du continent dans les forums mondiaux.

- **Leadership dans les négociations mondiales** : Africa CDC a fourni le soutien technique et diplomatique nécessaire à l'engagement unifié de l'Afrique dans les processus multilatéraux critiques. Cela s'est illustré lors **des négociations de l'accord de l'OMS sur les pandémies**, où Africa CDC a coordonné la position commune africaine afin d'y intégrer les principes d'équité, de solidarité et de souveraineté. L'agence a également dirigé les délibérations continentales sur **l'accès aux agents pathogènes et le partage des avantages (PABS)**, garantissant ainsi la protection des intérêts scientifiques et économiques africains dans le nouveau régime mondial.
- **Organisation de dialogues de haut niveau sur les réformes** : la **réunion de haut niveau de Sandton sur les réformes mondiales en matière de santé** (novembre 2025) était une plateforme dirigée par l'Afrique visant à co-concevoir des propositions concrètes pour réformer l'architecture mondiale fragmentée en matière de santé. Cette initiative a positionné l'Afrique comme un co-architecte souverain à la recherche de partenariats équitables et d'une responsabilité mutuelle.
- **Partenariats institutionnels stratégiques** : des accords historiques, tels que le **cadre de partenariat renforcé entre l'OMS et Africa CDC**, transforment la relation de coordination opérationnelle en alignement stratégique. Les partenariats avec **l'ECDC, le RKI et Global Health EDC-TP3** sont gérés de manière stratégique par Africa CDC, qui sert de passerelle institutionnelle, garantissant ainsi que la coopération s'aligne sur les priorités continentales telles que le développement de la main-d'œuvre, la recherche et la fabrication.

Le leadership d'Africa CDC dans la coordination des efforts continentaux en matière de santé publique.

Africa CDC a consolidé son rôle d'autorité technique et de coordination centrale en matière de santé publique sur le continent, traduisant les mandats politiques en actions concertées.

Parmi les principales réalisations, on peut citer:

- **Opérationnalisation des structures de gouvernance** : Africa CDC a rendu pleinement opérationnels ses organes statutaires, à savoir le **Conseil consultatif et technique (CAT)**, le

Conseil d'administration (CA) et le Comité des chefs d'État et de gouvernement (CCEG). Ces organes ont adopté des cadres essentiels, notamment le mécanisme de déclaration **des urgences de santé publique menaçant la sécurité continentale (PHECS)** et la stratégie continentale de vaccination, et ont établi une gouvernance claire pour l'action collective en matière de souveraineté sanitaire continentale.

- **Une voix continentale unifiée et un leadership politique** : en travaillant en étroite collaboration avec les organes politiques de l'UA, Africa CDC garantit une **position africaine unifiée** dans les forums mondiaux tels que l'Assemblée mondiale de la santé, le G7 et le G20. Le **CCEG** a toujours considéré la santé comme une question politique de premier plan, élargissant le mandat d'Africa CDC pour représenter les États membres au sein des conseils d'administration des principaux mécanismes mondiaux de santé. Conformément aux directives de l'Union africaine, Africa CDC a joué un rôle central dans la promotion des priorités africaines dans le cadre des discussions mondiales en cours sur la préparation aux pandémies, le financement et les mécanismes de coordination. Les perspectives africaines, en particulier en matière d'équité, de fabrication régionale, d'achats groupés et de financement d'urgence, ont été de plus en plus prises en compte dans les débats politiques mondiaux.
- **Favoriser l'intégration intersectorielle** : Africa CDC exerce un leadership diplomatique sur les défis interdépendants grâce à une **approche « One Health »**. Il copréside le groupe de travail de l'Union africaine sur la résistance aux antimicrobiens (RAM) et a lancé le **cadre stratégique sur le changement climatique et la santé**, favorisant la collaboration multisectorielle et plaidant en faveur de réponses spécifiques à l'Afrique dans le discours mondial sur le climat et la santé.
- **Renforcer les capacités diplomatiques durables** : le lancement du programme **Global Health Diplomacy Fellowship** comble une lacune structurelle critique en formant systématiquement un groupe de diplomates et de responsables politiques africains. Cette initiative vise à institutionnaliser les compétences en matière de diplomatie sanitaire à travers le continent, afin de garantir le maintien du leadership africain dans les négociations futures.
- **Intégrer le plaidoyer technique et politique** : Africa CDC **traduit efficacement les données en levier diplomatique**. En maintenant une surveillance à l'échelle du continent et en utilisant des tableaux de bord et des fiches d'évaluation politiques, il fournit une base factuelle pour les positions africaines et élève les résultats en matière de sécurité sanitaire au niveau des chefs d'État, trans-

formant ainsi l'information en un outil de responsabilisation et de négociation stratégique.

- **Leadership institutionnel en matière de gouvernance d'urgence** : Africa CDC a exercé son autorité continentale pour déclarer une urgence de santé publique de sécurité continentale (USPSC) lors de l'épidémie de Mpox, déclenchant une action africaine unifiée et synchronisant l'escalade avec les mécanismes mondiaux. Cette action a démontré la capacité de l'Afrique à diriger la gouvernance d'urgence en interne, plutôt que de se fier uniquement à des déclarations externes.
- **Renforcement du leadership politique continental** : Africa CDC a travaillé en étroite collaboration avec les dirigeants politiques de l'UA et les champions désignés afin de faire de la sécurité sanitaire une question stratégique et économique, et non une préoccupation sectorielle. La sécurité sanitaire a été placée au même niveau que le commerce, l'industrialisation et la transformation numérique dans le discours politique continental.

Renforcement des capacités diplomatiques grâce au programme de bourses en diplomatie sanitaire mondiale.

Lancé en 2025, le programme de bourses en diplomatie sanitaire mondiale d'Africa CDC vise à renforcer la capacité du continent à faire progresser les priorités africaines en matière de santé dans les forums mondiaux. Parmi les principales réalisations, on peut citer

- **Inauguration du comité directeur du programme de bourses** : la première réunion du comité directeur s'est tenue au Cap, en Afrique du Sud, en septembre 2025. Au cours de cette réunion, le comité a finalisé le programme, nommé des experts en la matière et approuvé la documentation relative au suivi et à l'évaluation ainsi que le prospectus du programme de bourses.
- **Élaboration du prospectus du programme** : le prospectus a été finalisé et sera distribué à tous les États membres, invitant les candidats éligibles à postuler au programme. En 2026, la première promotion du programme de bourses en diplomatie sanitaire mondiale sera admise.

4.1.3. Impact sur les pays et la politique

L'impact du pilier 1 se mesure non seulement en termes de déclarations, mais aussi en termes de changement de dynamique pour les États membres :

- **Alignement** : aide extérieure avec les plans nationaux, augmentation des investissements nationaux dans la santé, utilisation des systèmes nationaux et renforcement des systèmes de soins primaires/de santé pour la couverture sanitaire universelle
- **Pouvoir de négociation étendu** : les pays ont engagé des partenaires mondiaux par le biais d'une plateforme continentale plutôt qu'en tant qu'acteurs isolés, améliorant ainsi la cohérence et le pouvoir de négociation.
- **Réduction de la confusion politique** : l'harmonisation des orientations continentales a permis de réduire les conseils contradictoires en cas d'urgence.
- **Alignement politique plus rapide** : les positions prises par Africa CDC que, sur la base des informations fournies par les chefs d'État et les ministres, pendant les crises, ont permis de raccourcir le délai entre la reconnaissance du risque et l'action collective.
- **Renforcement de la légitimité des décisions nationales** : les mesures d'urgence nationales ont gagné en crédibilité et en couverture politique lorsqu'elles s'inscrivaient dans un consensus continental.

Pour les ministres de la Santé et des Finances, le leadership d'Africa CDC réduit les coûts de transaction et les risques politiques liés à l'engagement dans le système mondial.

4.1.4 Prochaines étapes

Afin de consolider les acquis du pilier 1, l'Africa CDC se concentrera sur :

1. **Unifier la voix des États membres**: Représenter l'Afrique dans le cadre des initiatives mondiales en matière de santé

Figure 23 : Aperçu de la bourse en diplomatie de la santé mondiale





Figure 24 : Africa CDC, centre névralgique continental d'alerte précoce et de décision en Afrique

2. **Institutionnaliser le rôle de leader de l'Afrique**
Intégrer officiellement l'autorité d'Africa CDC dans les accords réformés de gouvernance mondiale en matière de santé, afin d'assurer la continuité au-delà des crises individuelles.
3. **L'approfondissement de la coordination politique**
Renforcer l'engagement structuré avec les chefs d'État et les ministres de l'UA afin de maintenir la sécurité sanitaire comme une priorité politique permanente.
4. **Aligner les réformes mondiales sur les systèmes africains**
Veiller à ce que les nouveaux mécanismes mondiaux renforcent les institutions continentales et nationales plutôt que de les contourner.
5. **Protéger l'unité de la voix**
Maintenir la cohérence entre les divers contextes politiques et épidémiologiques africains tout en laissant une marge de manœuvre pour la mise en œuvre nationale.

La position de leader de l'Afrique dans la gouvernance mondiale de la santé étant de plus en plus établie, le prochain test est d'ordre opérationnel : l'Afrique peut-elle prévenir, détecter et répondre aux pandémies plus rapidement et plus efficacement à grande échelle et sous pression ?

4.2 PILIER 2 : Prévention, préparation et réponse aux pandémies (PPPR)

4.2.1 Pourquoi ce pilier est-il important ?

Les pandémies et les épidémies ne sont plus des chocs rares ou isolés ; ce sont des risques systémiques et récurrents qui ont des conséquences profondes sur la santé, l'économie, la cohésion sociale et la légitimité de l'État. Pour l'Afrique, le coût d'une détection tardive et d'une réponse fragmentée se mesure non seulement en termes de vies perdues, mais aussi en termes d'impacts socio-économiques, notamment la perturbation des échanges commerciaux, la restriction de la marge de manœuvre budgétaire, l'érosion des acquis en matière de développement et l'affaiblissement de la confiance du public dans les institutions publiques.

Le pilier 2 de la sécurité et de la souveraineté sanitaires en Afrique (AHSS) répond à cette réalité en proposant un changement de paradigme décisif, passant d'une gestion réactive des crises à une préparation anticipée et une réponse coordonnée. Ce pilier s'appuie sur le renforcement des systèmes nationaux de santé publique et est consolidé par des mécanismes continents interopérables, garantissant une détection précoce des menaces, une prise de décision collective et une réponse rapide, prévisible et à grande échelle.

L'objectif stratégique est clair : aucun pays africain ne doit être laissé seul face à une urgence de santé pu-

blique, et aucune épidémie ne doit s'aggraver en raison d'une coordination tardive, d'un financement fragmenté ou d'un manque d'accès à l'expertise.

Cet objectif a été mis en œuvre grâce à la création de l'équipe d'appui à la gestion des incidents (IMST), le nouveau modèle africain de réponse épidémique multinationale, conçu pour harmoniser l'action aux niveaux communautaire, national, régional et continental.

Dans le cadre du modèle IMST, les réponses sont guidées par les 4 principes suivants : *une équipe, un plan, un budget et un cadre de suivi et d'évaluation*. Cette approche garantit l'unité de commandement, la clarté des rôles, la responsabilité et l'efficacité, en remplaçant les arrangements ad hoc, parallèles et dictés par les donateurs par une architecture opérationnelle unique, dirigée par l'Afrique. Ce modèle renforce le principe selon lequel les pays dirigent, les régions coordonnent et les partenaires mondiaux soutiennent et alignent l'assistance technique et les ressources sur les priorités nationales.



Le Président de la Zambie et Champion de l'UA pour le choléra, S.E. Hakainde Hichilema, a prononcé un discours inspirant sur le programme de production locale en Afrique et le lancement du plan de lutte contre le choléra 1.0 lors de la réunion du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui s'est tenue à Lusaka, en Zambie.

La pertinence du pilier 2 a été clairement démontrée lors de la réponse continentale au Mpox, qui a marqué la première activation complète de l'IMST à grande échelle. Après plus d'un an d'opérations intensifiées de réponse au Mpox, Africa CDC a tiré parti de la structure mise en place pour lutter contre le choléra en tant que priorité continentale principale, en réponse à l'appel à l'action lancé par les chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine, sous la direction du champion de l'UA, S.E. Hichilema, président de la Zambie. Cette transition a souligné un changement crucial : les systèmes de préparation et d'intervention d'Africa CDC ne sont plus spécifiques à une maladie ou temporaires, mais flexibles, multirisques et institutionnalisés.

Le pilier 2 de l'AHSS constitue donc l'épine dorsale opérationnelle de la capacité de l'Afrique à détecter les urgences de santé publique, à y répondre et à s'en remettre. Au cours de la dernière décennie, l'Afrique a connu environ 150 à 200 épidémies par an, un fardeau

aggravé par le changement climatique, l'urbanisation rapide, la mobilité de la population, la fragilité des systèmes de santé et les inégalités persistantes dans l'accès aux contre-mesures médicales.

Rien qu'en 2025, 213 événements de santé publique ont été signalés, le nombre le plus élevé étant enregistré dans la région de l'Afrique de l'Ouest, dont 65 événements à haut risque, 138 événements à risque modéré et 10 événements à faible risque. Dans ce contexte, les accords fragmentés, à court terme ou dépendants des donateurs ne sont plus viables.

Ce qu'il faut et ce que le pilier 2 apporte, c'est un mécanisme permanent, institutionnalisé et **à l'échelle du continent**, ancré dans le leadership africain, capable de coordination et de mobilisation rapides, et conçu pour jeter les bases d'une **véritable** sécurité et souveraineté sanitaires. Grâce à l'IMST et aux principes 4-One, Africa CDC a commencé à traduire la volonté

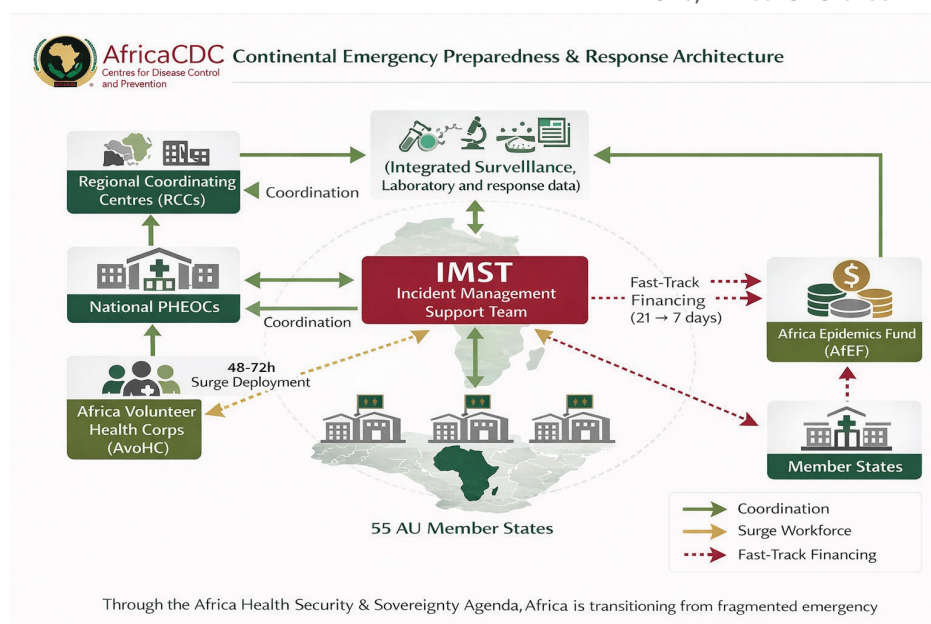


Figure 25 : Architecture continentale de préparation et de réponse aux situations d'urgence d'Africa CDC, permettant une coordination rapide, un déploiement accéléré et un financement rapide

politique du continent en actions et en résultats mesurables, garantissant ainsi que les futures épidémies seront traitées avec rapidité, cohérence et force collective.

En 2025, l’Africa CDC a démontré que cette transition était en cours. En vertu des décisions AU/Dec.835 (XXXV) et AU/Dec.924 (XXXVIII) de l’Assemblée, l’institution est passée de manière décisive d’une gestion réactive des crises à une préparation proactive, structurée et souveraine. La pierre angulaire de cette architecture est l’IMST, coprésidé par Africa CDC et l’OMS, mais dirigé politiquement par l’Union africaine. L’IMST fournit une plateforme continentale unique grâce à laquelle les épidémies sont détectées, évaluées, les décisions sont transmises et coordonnées, ce qui permet une approche unifiée de la coordination des interventions d’urgence à l’échelle continentale tout en renforçant la résilience des capacités d’intervention des États membres. Son activation lors d’événements multi-pays liés au Mpox, au choléra, à la maladie à virus Marburg et à Ebola en 2025 a fait preuve d’une cohérence et d’une rapidité sans précédent. Trente-deux États membres ont participé directement à l’IMST sur le Mpox et le choléra, partageant des données en temps réel, harmonisant les protocoles de surveillance, alignant les stratégies de vaccination et coordonnant la communication des risques.

La réponse au Mpox est emblématique de ce que signifie concrètement la préparation institutionnalisée. À la fin de 2025, trente et un États membres avaient signalé des épidémies de Mpox avec plus de 183 000 cas suspects et 1 924 décès. Grâce aux efforts coordonnés de l’IMST, Africa CDC a obtenu 4,8 millions de doses de vaccin contre le Mpox et a soutenu l’administration de 1,13 million de doses dans treize pays, garantissant ainsi que l’accès aux vaccins ne soit pas déterminé par le PIB, mais par la charge de morbidité. La capacité de dépistage a été étendue à plus de 98 % des pays touchés, avec une décentralisation des laboratoires dans les zones les plus fortement touchées. Plus de 2 000 agents de santé communautaire et experts techniques ont été déployés pour soutenir la surveillance, la gestion des cas et la communication des risques, et un mo-

dèle continental de surveillance du Mpox basé sur le DHIS2 a été développé en collaboration avec les États membres afin de normaliser la notification et d’accélérer les flux de données en temps réel. En conséquence, les infections nosocomiales ont été réduites de 50 % et vingt-neuf pays connaissent désormais une baisse drastique du nombre de cas. La Sierra Leone, l’un des pays les plus touchés, n’a plus signalé aucun cas depuis plus d’un mois. Une feuille de route de transition différenciée a également été élaborée, classant les pays en fonction de leur contexte épidémiologique et intégrant le Mpox dans les systèmes courants de gestion des urgences de santé publique des pays plutôt que de la traiter comme un événement exceptionnel.

Le choléra a constitué le deuxième test majeur pour l’architecture d’urgence africaine en pleine évolution. En 2025, vingt États membres ont été confrontés à d’importantes épidémies de choléra dues à des problèmes d’approvisionnement en eau et d’assainissement liés au climat et à l’urbanisation rapide. Sous la direction de S.E. le président Hakainde Hichilema, champion de l’UA pour la lutte contre le choléra, Africa CDC a réuni les pays touchés et leurs partenaires afin de mettre en œuvre le Plan continental de lutte contre le choléra 1.0, lancé à Lusaka en août 2025. Ce plan intègre le choléra dans la structure IMST, établit des groupes de travail présidentiels nationaux et aligne l’action accélérée en vue de l’élimination du choléra d’ici 2030 sur l’Agenda 2063. Il combine une surveillance renforcée, des interventions WASH, la gestion des cas, le déploiement de vaccins anticholériques oraux et la coordination transfrontalière, tout en encourageant la fabrication locale de contre-mesures médicales (MCM). Les pays ont fait état d’une détection plus rapide, d’une mobilisation des ressources plus rationalisée et de stratégies de communication plus cohérentes, avec une réduction significative du délai entre la confirmation de l’épidémie, l’activation de l’IMST et la réponse opérationnelle.

La surveillance et l’alerte précoce sont au cœur de ce pilier. Les 213 événements de santé publique signalés en 2025 témoignent d’une sensibilité accrue des systèmes de surveillance. La surveillance basée sur les événements (EBS) a été étendue à 38 États membres,



Figure 26 : Soutien aux interventions d’urgence à travers le continent

dont 35 ont adopté les directives d'Africa CDC et 15 ont pleinement mis en œuvre l'EBS. À cette fin, Africa CDC a formé 195 experts en surveillance et 2 678 agents de santé communautaires dans quatre pays pilotes, spécifiquement à la détection basée sur les événements. Si l'on ajoute à cela les efforts cumulés depuis 2021, ce sont au total 1 099 agents de surveillance et 3 476 agents de santé communautaires dans 38 pays qui ont été formés pour détecter et signaler des événements inhabituels, allant de schémas cliniques atypiques et de décès d'animaux à des anomalies climatiques et des signaux provenant des réseaux sociaux, bien avant qu'ils ne dégénèrent en crises.

L'extension de l'alerte précoce ne s'est pas limitée aux signaux liés à la santé humaine. Africa CDC a fait progresser le programme « One Health » en coordonnant des groupes de travail techniques multisectoriels qui ont mis à jour les listes nationales de signaux, intégré la surveillance des zoonoses dans les systèmes de routine et piloté la surveillance de l'environnement et des eaux usées. Ces innovations sont essentielles, car le changement climatique accélère les maladies à transmission vectorielle, les inondations, les sécheresses et les événements sanitaires liés à la chaleur.

Le lancement de la stratégie de l'UA sur le climat et la santé, la mise à jour du cadre AMR (version 2.0) de lutte contre la résistance aux antimicrobiens et le projet de cadre continental de surveillance des eaux usées permettent à l'Afrique de détecter plus tôt et avec plus de précision les menaces liées au climat. Parallèlement, le système de gestion des informations épidémiologiques (EMS) a été déployé dans sept pays, permettant la collecte, l'analyse et la prévision de données en temps réel, ce qui permet aux pays d'anticiper les épidémies plusieurs mois à l'avance plutôt que de se contenter de réagir lorsque le nombre de cas augmente.

Le rôle des centres de coordination régionaux (CCR) a été essentiel pour ancrer cette architecture à travers le continent. En Afrique australe, les capacités de préparation ont été considérablement renforcées grâce à la fourniture d'équipements de soutien à la chaîne du froid et au COUSP d'une valeur d'un million de dollars américains au Lesotho et à la Zambie. Cet investissement a amélioré la préparation à l'administration des vaccins, la capacité de réponse rapide et le stockage à température contrôlée des produits de première nécessité. L'assistance technique fournie à l'Eswatini et au Zimbabwe a accéléré les progrès vers la création d'instituts nationaux de santé publique (INSP), tandis que le déploiement de plusieurs équipes d'intervention rapide a permis de gérer les épidémies simultanées dans toute la région.

Le Centre régional des opérations d'urgence pour l'Afrique australe a été activé à trois reprises afin de coordonner les interventions en réponse aux épidémies de choléra en Zambie et au Zimbabwe, ainsi qu'à l'épidémie de Mpox. La mise en place de centres d'opérations d'urgence fonctionnels, l'activation d'équipes d'appui à

la gestion des incidents (IMST) et le renforcement des mécanismes de coordination régionaux ont contribué collectivement à endiguer efficacement les épidémies de choléra. La prestation de services de première ligne a été encore améliorée au Malawi et en Zambie grâce au renforcement des capacités de 600 agents de santé communautaires, qui ont été équipés de kits de déploiement de haute qualité. Parallèlement, 100 experts médicaux ont été formés à la prise en charge des cas et à la prévention et au contrôle des infections (PCI), et des fournitures essentielles de PCI ont été fournies afin de renforcer la préparation clinique. Les capacités de détection et d'intervention rapides ont été renforcées au Botswana, en Eswatini et en Namibie grâce à la mise en place de systèmes EBS standardisés. La préparation nationale aux situations d'urgence a été consolidée grâce à la création et à l'équipement complet de COUSP au Lesotho et en Zambie.

En Afrique de l'Est, le CCR a apporté pour la première fois son soutien aux évaluations externes conjointes (EEC) en Érythrée et à Maurice et a déployé des experts au Soudan dans un contexte d'urgence complexe. Au niveau national, un impact tangible a été démontré, en particulier en Somalie, grâce au déploiement de 105 agentes de santé communautaires, à la formation de 28 agents de santé à la prévention et au contrôle des infections et à des exercices de simulation, au renforcement des capacités de 23 membres du personnel de l'Institut national de la santé, à l'élaboration du plan stratégique et du cadre de suivi et d'évaluation de l'Institut national de la santé, et à la création d'un bureau d'alerte au sein du Centre d'opérations d'urgence sanitaire publique grâce au soutien financier de la KOICA. Dans le cadre de l'initiative « Sauver des vies et des moyens de subsistance » (SLL), le RCC a renforcé la surveillance des frontières, les systèmes de laboratoire et la préparation à la riposte aux épidémies, y compris la chaîne du froid et l'équipement des COUSP.

L'Afrique centrale a réalisé des progrès significatifs avec l'équipement des CCOUSP dans quatre États membres, à savoir la République centrafricaine, le Tchad, la RDC et São Tomé-et-Príncipe. La région a également soutenu le lancement d'une stratégie régionale intégrée de transport des échantillons et le renforcement des infrastructures de surveillance. La supervision formative de la phase II du programme SLL dans six États membres a permis d'améliorer de manière mesurable la qualité des données, de renforcer les partenariats avec les partenaires de mise en œuvre, d'améliorer la pharmacovigilance et d'améliorer la communication des risques et l'engagement communautaire. Le CCR a également renforcé la logistique et les chaînes d'approvisionnement des vaccins grâce à des investissements ciblés, notamment des véhicules et 55 motos au Burundi, 100 motos au Cameroun et des équipements de chaîne du froid au Tchad.

En Afrique du Nord, les progrès réalisés par le RISLNET ont permis de réunir les directeurs de la surveillance, des laboratoires et des institutions nationales de santé

publique afin d'élaborer un plan de travail régional commun pour l'alerte précoce et la préparation transfrontalière. Les priorités régionales pour 2026 ont été identifiées conjointement, tandis que des évaluations de référence en matière de surveillance ont été réalisées dans trois États membres, afin de soutenir une planification fondée sur des données probantes. Les goulets d'étranglement affectant la mise en œuvre du projet SLL ont été abordés grâce à l'alignement des priorités et à une utilisation plus efficace des ressources, parallèlement au lancement d'un programme d'échange visant à cartographier les capacités dans les États membres.

Le CCR de l'Afrique de l'Ouest a également renforcé les capacités techniques et la préparation dans toute la région en formant plus de 200 agents de santé publique des États membres à la surveillance transfrontalière, aux systèmes d'alerte précoce et à la communication des risques. Ces investissements ont renforcé la préparation régionale, favorisé la détection précoce des épidémies et amélioré la coordination des réponses aux menaces pour la santé publique dans tous les États membres.

Dans l'ensemble, ces développements confirment que l'architecture africaine de préparation et de réponse aux situations d'urgence n'est plus conceptuelle, mais pleinement opérationnelle. Les systèmes de surveillance alimentent désormais de manière transparente l'activation de l'IMST ; l'IMST mobilise le Corps africain des volontaires de santé (AVoHC) et opère par l'intermédiaire des centres nationaux d'opérations d'urgence en matière de santé publique (CCOUSP) ; les COUSP coordonnent leurs actions avec les instituts nationaux de santé publique (INSP) et les ministères de la santé afin de mener une réponse pilotée par les pays.

Parallèlement, le Fonds africain pour les épidémies (AfEF) fournit un financement rapide et prévisible, les centres régionaux de collaboration (RCC) assurent la coordination régionale et le soutien par les pairs, et le secrétariat du CDC africain à Addis-Abeba intègre ces éléments grâce à des analyses, des prévisions et des orientations politiques à l'échelle continentale. Ce système complet, dirigé par l'Afrique, a été testé à plusieurs reprises tout au long de l'année 2025 lors de multiples épidémies et a démontré sa capacité à fournir des réponses plus rapides, mieux coordonnées et plus efficaces à grande échelle.

Alors que l'Afrique se tourne vers 2026 et au-delà, ce pilier est appelé à se consolider davantage. Les priorités comprennent la création de centres régionaux d'intervention d'urgence sous l'égide de chaque RCC, l'extension des COUSP fonctionnels à l'ensemble des 55 États membres, la création d'équipes spécialisées pour les urgences liées au climat, la mise en œuvre complète du modèle de déploiement clinique AVoHC-EMT et la garantie d'une capitalisation durable de l'AfEF.

La vision est claire : l'Afrique détectera, analysera, décidera et agira par le biais de ses propres institutions, de sa main-d'œuvre, de son financement et de son leadership, et ne répondra plus aux urgences selon les conditions fixées par d'autres.

4.2.2 Principaux résultats globaux en 2025.

En 2025, Africa CDC a démontré que la sécurité et la souveraineté sanitaires en Afrique ne sont plus une vision en cours de réalisation, mais une réalité qui prend forme grâce à la mise en œuvre de mesures concrètes. À travers le continent, l'ensemble du continuum de

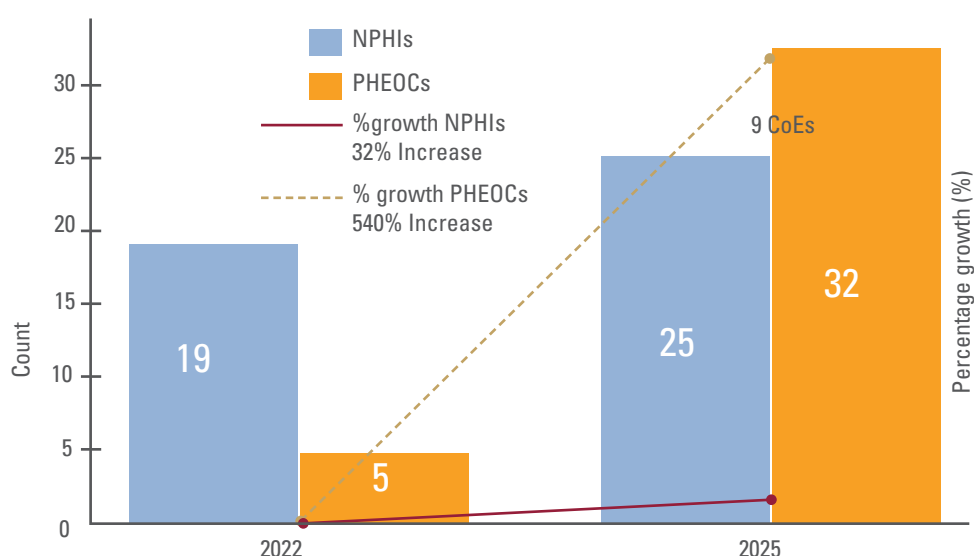


Figure 27 : Expansion des instituts nationaux de santé publique fonctionnels et des centres d'opérations d'urgence en matière de santé publique (2022-2025)

prévention, de préparation, de détection et de réponse aux pandémies a été renforcé grâce à des systèmes permanents et évolutifs conçus pour protéger les vies, préserver les économies et renforcer la confiance dans les institutions publiques. Ces réalisations reflètent un changement décisif vers des solutions menées par l'Afrique, en parfaite adéquation avec la vision de l'Union africaine d'un continent résilient, intégré et autonome.

Les capacités d'alerte précoce et de surveillance de l'Afrique ont atteint de nouveaux niveaux d'efficacité et de crédibilité. Africa CDC a surveillé 213 événements de santé publique signalés par 44 États membres de l'Union africaine, y compris des signaux à faible risque, ce qui reflète une amélioration de la transparence, de la détection et de la confiance dans les systèmes continents.

L'élargissement des capacités de surveillance génomique a permis d'identifier plus tôt les variants et les modes de transmission, tandis que l'amélioration de l'intégration des données épidémiologiques, de laboratoire et basées sur les événements a renforcé la connaissance de la situation aux niveaux national, régional et continental. Ensemble, ces progrès ont permis de prendre plus rapidement des décisions d'escalade fondées sur des données probantes et de renforcer la collecte collective d'informations sur les risques à travers le continent.

Les infrastructures de préparation ont été considérablement consolidées, renforçant ainsi la capacité de l'Afrique à agir avant que les crises ne s'aggravent. L'expansion et la mise en service des centres d'opérations d'urgence de santé publique ont renforcé la préparation aux niveaux national et régional, transformant la préparation d'une fonction ponctuelle en une capacité institutionnelle permanente. Les cadres de préparation normalisés ont amélioré l'interopérabilité entre les pays lors d'événements transfrontaliers, tandis que les exercices de simulation et les évaluations de la préparation ont généré des informations pratiques qui ont permis d'orienter les investissements ciblés et le

renforcement des capacités. La préparation n'était plus ponctuelle, mais intégrée dans les systèmes nationaux.

Africa CDC a également apporté une réponse rapide, coordonnée et à grande échelle, fondée sur la solidarité continentale et le leadership national. Le mécanisme d'urgence sanitaire publique de sécurité continentale (PHECS) a été mis en œuvre pour déclencher une action collective en temps opportun lorsque les menaces dépassaient les capacités nationales. Grâce au modèle IMST, Africa CDC a coordonné les réponses multinationales dans le cadre d'un cadre opérationnel unifié, en alignant les partenaires, l'expertise et les ressources sur les priorités définies par les pays. L'AVoHC a fourni une capacité de pointe fiable, permettant le déploiement rapide d'épidémiologistes, de laborantins et de gestionnaires d'urgence qualifiés là où ils étaient le plus nécessaires.

Ces résultats opérationnels ont été rendus possibles grâce au renforcement des mécanismes de financement d'urgence qui ont traduit l'engagement politique en actions immédiates. En raccourcissant le délai entre la prise de décision et le déploiement opérationnel, le financement continental a permis un confinement plus rapide, une réduction des coûts en aval et la protection des systèmes de santé fragiles contre la saturation. En intégrant la surveillance, la préparation, la réponse et le financement au sein d'une architecture unique, Africa CDC a démontré que la souveraineté en matière de sécurité sanitaire repose sur des systèmes qui agissent de manière décisive, équitable et à grande échelle.

4.2.3. Principaux résultats par composante pour le PPPR en 2025

Instituts nationaux de santé publique - INSP

Des institutions nationales solides constituent le fondement sur lequel repose la nouvelle architecture africaine de préparation et d'intervention en cas d'urgence. Pendant trop longtemps, la réponse aux épidé-



Figure 28 : de gauche à droite (désignation de 9 centres d'excellence régionaux des INSP, cadre de développement révisé des INSP et formation sur la gestion du changement et le leadership pour les INSP)

mies sur le continent s'est appuyée sur des comités ad hoc et des mécanismes de coordination temporaires qui se dissolvaient une fois la crise passée, laissant peu de mémoire institutionnelle et une capacité limitée à répondre plus efficacement à la prochaine urgence.

En 2025, ce paradigme a continué à évoluer de manière décisive. Africa CDC a accéléré le développement des instituts nationaux de santé publique en tant qu'institutions permanentes et professionnelles conçues pour préserver les connaissances institutionnelles, maintenir la préparation et diriger les interventions au fil du temps. À la fin de 2025, vingt-sept (27) États membres de l'Union africaine disposaient d'instituts nationaux de santé publique pleinement opérationnels, tandis que dix-neuf (19) autres en étaient à différents stades de création. Africa CDC a soutenu ces progrès par des investissements ciblés dans la gouvernance et le développement institutionnel, les systèmes numériques et les TIC, ainsi que par un programme de leadership qui a

touché 124 hauts fonctionnaires des INSP et des ministères de la santé.

Ces efforts n'étaient pas théoriques. Les INSP ont été évalués à plusieurs reprises au cours de multiples épidémies au cours de l'année et ont démontré leur capacité à coordonner la surveillance, les laboratoires, les opérations d'urgence et la communication des risques en temps réel, assurant ainsi la continuité, l'autorité et la responsabilité là où les arrangements ad hoc avaient précédemment échoué.

Aujourd'hui, les instituts nationaux de santé publique constituent l'épine dorsale nationale des systèmes de prévention, de préparation et de réponse aux pandémies. Ils abritent de manière permanente les fonctions essentielles de santé publique et veillent à ce que les mécanismes continentaux, tels que l'équipe de soutien à la gestion des incidents, soient ancrés dans des structures nationales solides plutôt que dans des dis-

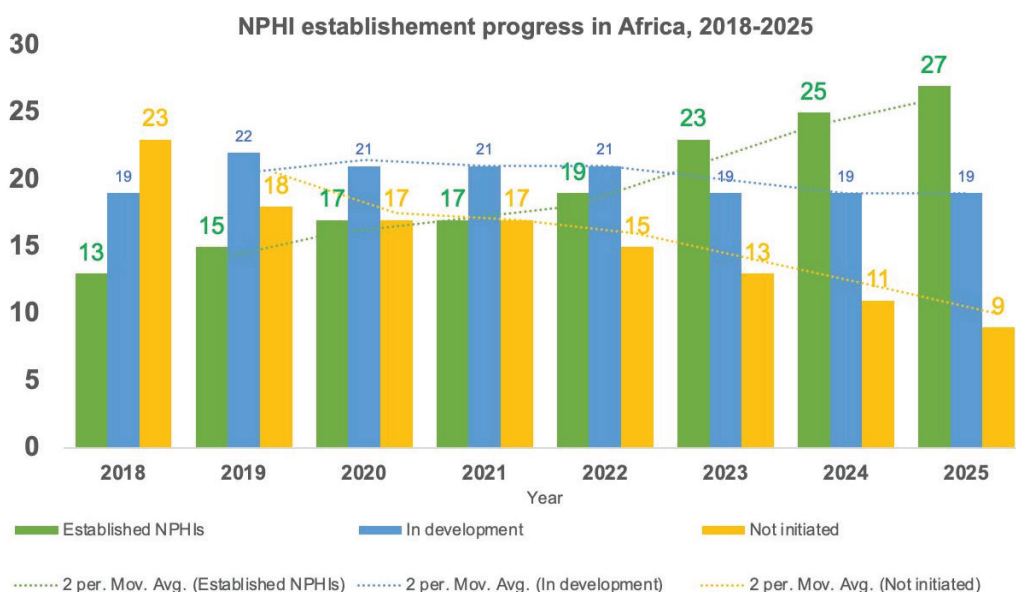


Figure 29 : Croissance des INSP au fil du temps en Afrique (2018 - 2025)



Tableau 10 : Indicateurs de développement de la main-d'œuvre (2022-2025)

Indicateur	2022	2025	Variation en %	Source
Agents de santé publique formés aux priorités fondamentales en matière de santé publique dans les États membres	0	4 870	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC
Nombre total de bénéficiaires des initiatives de développement des ressources humaines d'Africa CDC par le biais de bourses d'études et de recherche	0	161	New	Africa CDC PIRS Database
(AES – 31, KAGHL 25, FETP adv-60, PHEM-19, fabrication locale 20)	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC	+152 %	Mpox Mid-Term Report (2025)
Programme de formation en épidémiologie de terrain (FETP)	120	303	+152	Rapport à mi-parcours sur le Mpox (2025)
Formation en bio-fabrication et R&D	0	16	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC
Experts en santé mentale dotés de compétences en leadership pour faire progresser les politiques, les programmes et les systèmes de santé mentale	0	197	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC
Soutien aux Communautés Économiques Régionales (CER) et aux États membres pour renforcer la collaboration Sud-Sud et les échanges d'apprentissage dans des domaines clés de la santé publique (CHW), les maladies infectieuses, les MTN, la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les MNT et la santé mentale	0	10	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC
Programmes de formation élaborés pour les fabricants africains de produits de santé	0	1	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC
Cadre relatif à la main-d'œuvre et politique en matière d'égalité des sexes	Oui, élaboré	Mis en œuvre, mais à adopter	N/A	Base de données PIRS d'Africa CDC
Développement des programmes renforcement des capacités du personnel d'Africa CDC avec intégration de la dimension de genre	0	Série de formations sur l'égalité des sexes et l'intégration par Africa CDC et le WGYD de la CUA	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC
Politiques et lignes directrices continentales élaborées pour soutenir le recrutement, le développement et la fidélisation du personnel de santé publique en Afrique	0	Validation du Pacte pour le personnel de santé d'Africa CDC	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC
Jeunes champions de la santé formés aux programmes et initiatives de santé numérique dans les États membres	0	765	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC

Kofi Annan Fellowship in Global Health Leadership **109 Fellows from 31 Member States** enrolled and graduated 2019 -2025



Enrolled **47 Fellows from 24 Member States** in to the Africa Epidemic Service Program Epidemiology and PHI Tracks



Figure 30 : Indicateurs de développement de la main-d'œuvre (2022 -2025)

positifs de crise temporaires. Grâce à cette transition d'une réponse improvisée à un leadership institutionnalisé, l'Afrique a commencé à mettre en place non seulement un contrôle plus rapide et plus efficace des épidémies, mais aussi une base durable pour la sécurité et la souveraineté sanitaires qui se renforcera à chaque défi relevé et surmonté.

Main-d'œuvre et leadership

En 2022, le paysage de la main-d'œuvre dans le domaine de la santé publique en Afrique était caractérisé par la fragmentation et la pénurie. La main-d'œuvre technique d'Africa CDC était réduite et très centralisée, avec moins de 200 épidémiologistes formés sur tout le continent et un pipeline limité pour le développement du leadership. La plupart des États membres ne disposaient pas de programmes de formation en épidémiologie de terrain ni d'initiatives structurées en matière de leadership dans le domaine de la santé publique, ce qui rendait la réponse aux épidémies dépendante de déploiements à court terme, d'une expertise externe et d'arrangements ad hoc. Cette réalité limitait la préparation, ralentissait la réponse et affaiblissait la mémoire institutionnelle.

Entre 2023 et 2025, Africa CDC a mené une transition décisive, passant d'un renforcement ponctuel des capacités à la construction délibérée d'un écosystème continental de personnel de santé publique, aligné sur la sécurité et la souveraineté sanitaires en Afrique. Avec le soutien de la Banque mondiale et de partenaires stratégiques d'Africa CDC a mis en œuvre le Cadre d'Africa CDC pour le développement du personnel et a déployé une série de programmes phares visant à renforcer les compétences et le leadership, et à

déployer des capacités d'intervention à grande échelle.

Les capacités en épidémiologie de terrain se sont rapidement développées. Grâce au programme de formation en épidémiologie de terrain, 303 épidémiologistes et agents de surveillance ont été formés dans 21 États membres entre 2023 et 2025. Ces investissements se sont directement traduits en actions : 48 experts ont été déployés par le biais du Corps africain de volontaires pour la santé (AVoHC) afin de soutenir les interventions contre le Mpox, le choléra et la maladie à virus Marburg. Le développement des ressources humaines a été délibérément inclusif, le cadre « Genre et préparation » ayant été intégré dans tous les programmes, ce qui a permis d'atteindre un taux de participation des femmes de 40 %.

Afin de professionnaliser et de maintenir les capacités de réponse aux épidémies, Africa CDC a créé l'African Epidemic Service (AES), un programme de bourses de deux ans articulé autour de trois axes stratégiques : épidémiologie appliquée, direction de laboratoire et informatique de santé publique. À ce jour, 47 boursiers ont été recrutés dans deux axes, dont 26 en épidémiologie et 21 en informatique de santé publique. La première promotion de dix boursiers en épidémiologie devrait terminer sa formation en juillet 2026, marquant l'émergence d'un nouveau réseau de professionnels de la santé publique formés au niveau continental et prêts à être déployés.

Une autre étape importante a été le lancement, en mars 2023, du programme de bourses d'Africa CDC pour la gestion des urgences de santé publique. Ce programme a déjà diplômé 27 professionnels de la santé publique de niveau expert issus de 22 États membres, dont 19 bour-

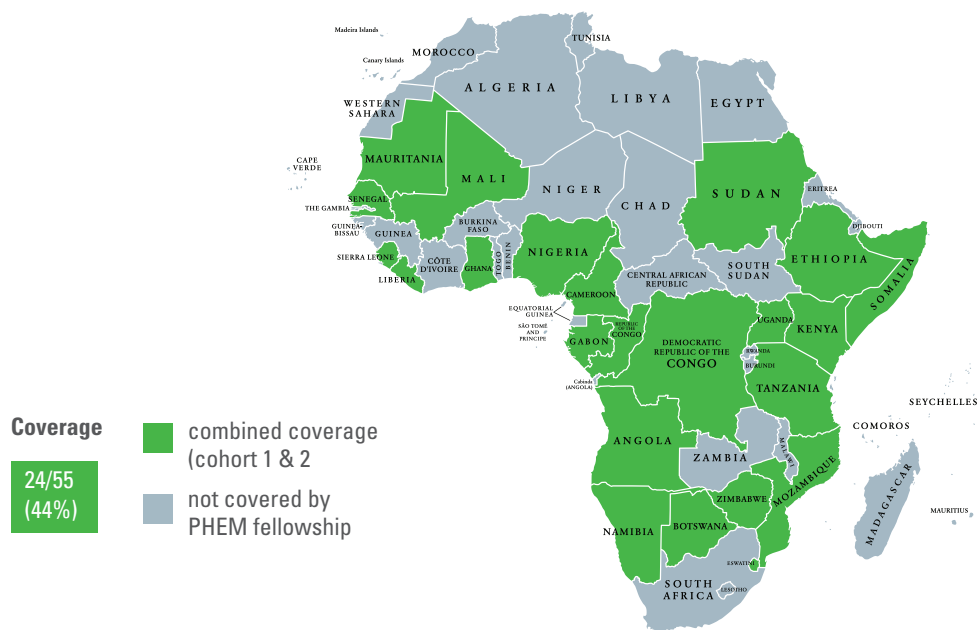


Figure 31 : Couverture continentale des bourses PHEM

siers provenant de 16 pays pour la seule année 2025. Ces diplômés constituent désormais un vivier de cadres essentiels pour les centres d'opérations d'urgence en matière de santé publique et les structures nationales d'intervention. Parallèlement, Africa CDC et ses partenaires ont continué à proposer des formations courtes, des exercices de simulations et des formations ciblées au personnel chargé des opérations d'urgence, renforçant ainsi l'état de préparation des systèmes nationaux.

Le développement du leadership a été élevé au rang de priorité stratégique. Grâce au programme Kofi Annan Global Health Leadership Program, 84 boursiers ont obtenu leur diplôme dans quatre promotions depuis 2019, et beaucoup occupent désormais des postes de direction qui font progresser les priorités nationales et continentales en matière de santé. Une cinquième promotion de vingt-cinq boursiers est actuellement en formation. Des initiatives complémentaires ont permis de former 70 professionnels en milieu de carrière entre 2023 et 2025, tandis que le Programme de leadership exécutif ministériel a doté 45 ministres de la Santé et plus de 100 hauts fonctionnaires des compétences nécessaires pour mener à bien des réformes sanitaires complexes. Le Programme de leadership en santé mentale a encore renforcé les capacités de leadership en formant 250 experts chargés d'orienter les politiques et les programmes de santé mentale.

Reconnaissant que les systèmes de santé résilients se construisent à partir de la communauté, Africa CDC a également investi dans les agents de santé communautaires en tant que prolongement de première ligne de la veille épidémiologique et de la réponse aux épidémies. Au total, 1 436 agents de santé communautaires ont été formés et déployés en Ouganda, au Burundi et

en République démocratique du Congo pour soutenir la surveillance et la prévention et le contrôle des infections, avec l'aide de modules régionaux de formation des formateurs coordonnés par les centres régionaux de collaboration en Afrique orientale et centrale.

Ces efforts se sont déroulés dans un contexte démographique et économique difficile. D'ici 2030, la pénurie mondiale de personnel de santé devrait atteindre onze millions de personnes, dont plus de la moitié en Afrique. En réponse à cette situation, les chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine ont créé en 2022 l'équipe spéciale sur le personnel de santé, mécanisme continental de coordination pour le développement du personnel, et ont chargé Africa CDC d'en assurer le secrétariat. Dans le cadre de ce mandat, Africa CDC a réalisé une étude de référence exhaustive, présenté un dossier d'investissement décrivant les besoins de financement et les retours sur investissement, et élaboré un pacte africain pour le personnel de santé, accompagné d'un cadre de mise en œuvre et de suivi.

Sur cette base, le Pacte africain pour le personnel de santé a été mis en œuvre lors de la réunion inaugurale de l'Équipe spéciale de l'UA sur le personnel de santé. Des coprésidents ont été nommés et la mise en œuvre a commencé dans sept domaines d'activité couvrant la gouvernance, le financement, l'harmonisation de la formation, la rétention et la migration, la recherche et l'innovation, les données et le suivi, ainsi que l'assistance technique aux États membres.

L'impact de cette transformation est tangible. Africa CDC gère désormais le plus grand réseau continental de personnel de santé publique de son histoire. Dans les douze mois qui ont suivi la déclaration de l'urgence

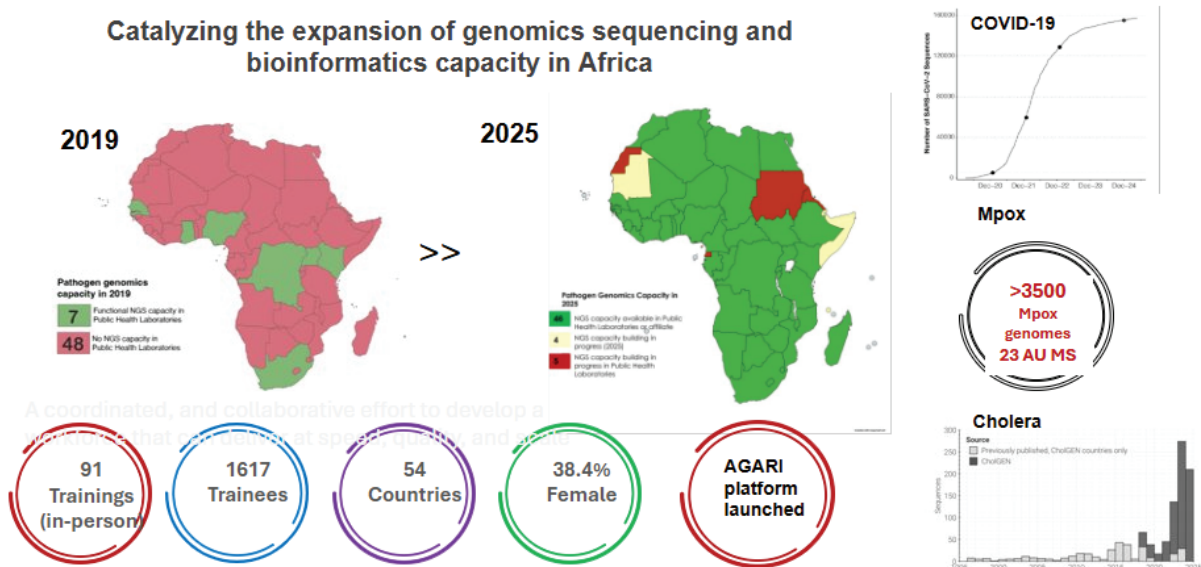


Figure 32 : Expansion rapide des capacités de détection moléculaire et de séquençage génomique dans les États membres de l'UA

de santé publique de sécurité continentale liée au Mpox, plus de 1 400 travailleurs de première ligne et 300 épidémiologistes ont été mobilisés dans cinq régions, une première à l'échelle du continent. Cette réalisation marque un changement fondamental : l'Afrique ne se contente plus de renforcer les capacités de son personnel en prévision des crises, mais les déploie à grande échelle, en temps réel, par l'intermédiaire d'institutions conçues pour durer.

Systèmes et réseaux de laboratoires

En 2025, Africa CDC a consolidé la capacité collective de l'Afrique à détecter, à répondre et à contenir les menaces pour la santé publique en renforçant les systèmes de laboratoires dans les 50 États membres de l'Union africaine. Grâce à la formation de plus de 1 200 professionnels et à la décentralisation et l'équipement de plus de 120 laboratoires, soutenus par plus de 8 millions de dollars d'investissements stratégiques, l'Afrique a pris des mesures décisives en faveur de la sécurité sanitaire ancrée dans ses propres institutions. Ces réalisations incarnent la sécurité et la souveraineté sanitaires en Afrique (AHSS), font progresser l'Agenda 2063 et établissent une infrastructure de laboratoires durable qui permet à l'Afrique de jouer un rôle de premier plan dans la préparation, la réponse et la résilience soutenues par le Fonds pandémique.

Les systèmes de laboratoires jouent un rôle important dans la détection précoce des urgences de santé publique. De nombreux États membres de l'UA ont mis en place des capacités de détection et de séquençage en laboratoire pour plusieurs maladies, qui sont essentielles pour lutter contre les maladies infectieuses émergentes et réémergentes. Les capacités de diagnostic en laboratoire ont été décentralisées aux niveaux régional et sous-régional afin de faciliter la surveillance et la détection des épidémies dans les communautés. Afin d'améliorer l'accès aux diagnostics pour les maladies prioritaires en Afrique, nous avons mis en place des mécanismes continentaux pour évaluer et adopter rapidement les technologies,

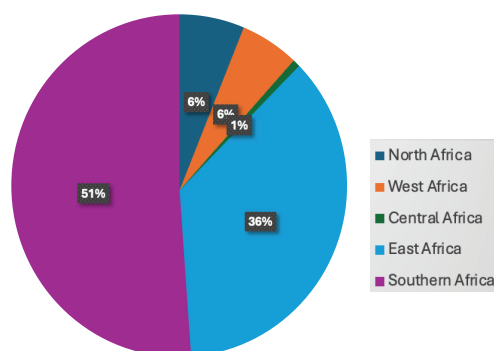


Figure 33 : Proportion de laboratoires ayant reçu l'accréditation ISO par région de l'Union africaine (n=1264)

y compris les produits fabriqués localement. Africa CDC a soutenu l'évaluation d'un kit de test PCR fabriqué au Maroc et l'a acheté et distribué en Ouganda, en RDC et au Burundi. Le réseau de biobanques, qui couvre toutes les régions d'Afrique, et le Comité consultatif sur le diagnostic (CCD) d'Africa CDC jouent un rôle extrêmement important à cet égard. La capacité de séquençage du génome s'est considérablement développée, passant de seulement sept pays en 2019 à 46 États membres en 2025, et l'application du séquençage du génome s'est étendue à d'autres maladies prioritaires, telles que le choléra, le Mpx, la maladie de Marburg, Ebola, les maladies évitables par la vaccination et les agents pathogènes résistants aux antimicrobiens. Plus de 1 200 séquences génomiques du choléra et 3 500 séquences génomiques du Mpx ont été générées dans plusieurs pays, ce qui a permis de mieux comprendre la dynamique de transmission des maladies, y compris la transmission transfrontalière.

La biosécurité et la biosûreté, ainsi que la surveillance et l'alerte précoce, sont des éléments essentiels du Règlement sanitaire international (RSI). La mise en œuvre de l'initiative d'Africa CDC en matière de biosécurité et de biosûreté a été considérablement élargie. Plus de 550 experts de laboratoire ont été formés à la biosécurité et à la biosûreté. Quinze États membres ont dressé une liste des agents pathogènes et toxines à haut risque. Huit pays sont en train d'adopter le cadre juridique modèle de l'UA dans leur propre législation. Dix institutions gérant des agents à haut risque ont été certifiées et trois centres d'excellence pour la biosécurité et la biosûreté ont été créés. Le score global des États membres à l'évaluation conjointe et évaluée (JEE) a considérablement augmenté, certains pays enregist-

rant des hausses de plus de 25 %.

La qualité des services de laboratoire est essentielle pour les soins cliniques et les enquêtes sur les épidémies. Plus de 200 membres du personnel de laboratoire ont été formés aux systèmes de gestion de la qualité, à la direction de laboratoire et à l'évaluation des laboratoires. Cela a contribué aux progrès considérables réalisés par le continent en matière d'accréditation des laboratoires. Plus de 1 200 laboratoires à travers le continent africain sont impliqués dans la démarche d'accréditation ISO.

En 2022, les capacités des laboratoires et de génomique des agents pathogènes en Afrique reflétaient des années de sous-investissement et de fragmentation. Seuls 24 États membres de l'Union africaine disposaient de capacités de séquençage, les systèmes d'orientation des échantillons étaient faibles et les mécanismes d'assurance qualité étaient inégaux. Dans plusieurs pays, la capacité à détecter les maladies épidémiques était fortement limitée. Par exemple, au début de l'épidémie de Mpx en République démocratique du Congo, seuls deux laboratoires effectuaient des tests de routine, ce qui a considérablement retardé la confirmation, la recherche des contacts et l'intensification de la réponse. Parallèlement, la conformité de certains laboratoires en matière de biosécurité et de biosûreté était inférieure aux normes internationales, ce qui exposait le personnel et les communautés à des risques. Ces lacunes ont mis en évidence une vulnérabilité fondamentale : sans systèmes de laboratoires solides, décentralisés et fiables, la détection précoce et la réponse rapide sont impossibles.

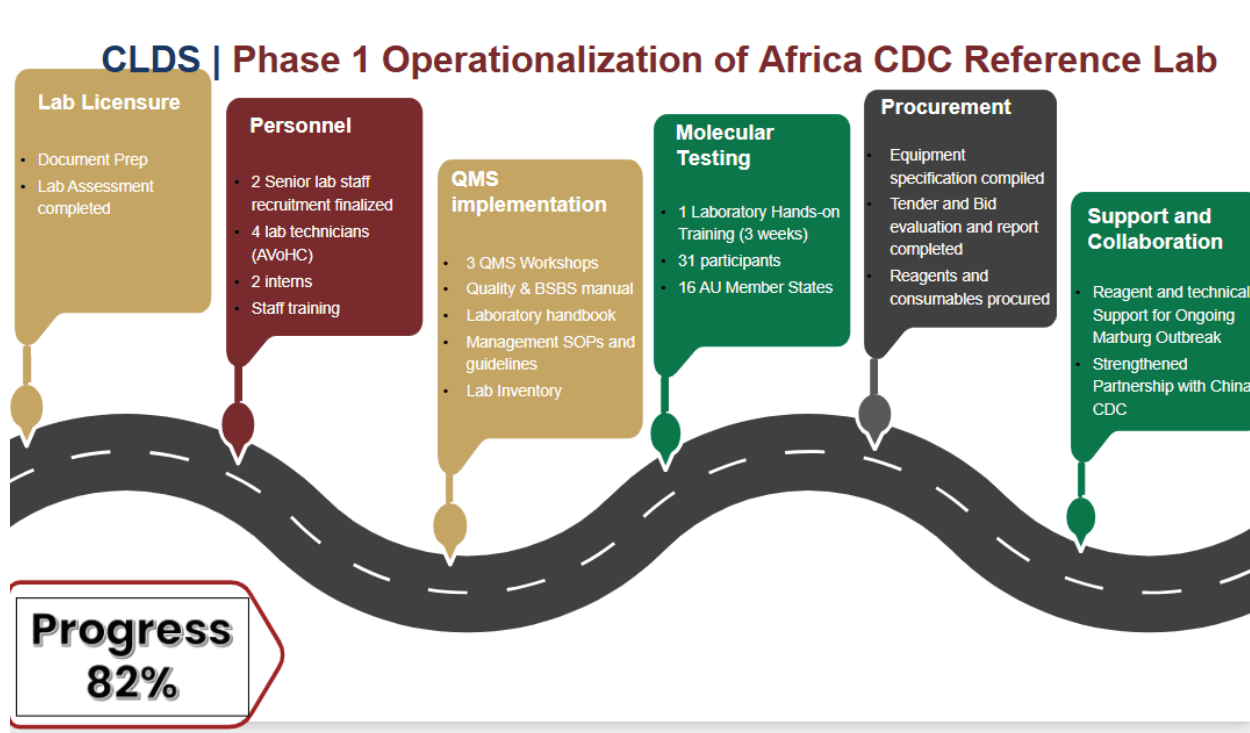


Figure 34 : Organigramme de la mise en service du laboratoire de référence d'Africa CDC

Entre 2023 et 2025, Africa CDC a mené une transformation décisive du paysage des laboratoires et de la génomique du continent, traduisant la sécurité et la souveraineté sanitaires de l'Afrique en capacités diagnostiques concrètes. Grâce à des investissements coordonnés, à des formations et à une coordination continentale, les systèmes de laboratoires sont passés de goulots d'étranglement centralisés à des réseaux décentralisés capables de soutenir des réponses rapides menées par les pays.

Conformément au mandat d'Africa CDC visant à établir un laboratoire de référence continental, la préparation opérationnelle a atteint 82 % en 2025. Tous les documents fondamentaux relatifs à la gouvernance et à la qualité, notamment le manuel qualité, le manuel de biosécurité, le manuel de laboratoire et les procédures opérationnelles standard de gestion ont été finalisés. Le recrutement est terminé, avec huit personnes en poste : deux cadres supérieurs de laboratoire, quatre techniciens et deux stagiaires. L'achat des équipements et fournitures essentiels est terminé, et trois ateliers d'élaboration de documents ont été organisés pour soutenir la préparation du système.

Le laboratoire de référence a également acheté des kits de tests diagnostiques afin d'améliorer la préparation et la réponse aux épidémies. Il a commencé à soutenir les États membres, notamment en fournissant une assistance technique à l'Éthiopie lors de l'épidémie de Marburg à Jinka, en décembre 2025. Ces réalisations constituent une étape importante dans le renforcement des capacités des laboratoires africains et des systèmes d'intervention d'urgence.

Parmi les principales réalisations, on peut citer :

- La couverture des tests de dépistage du virus de Mpx est passée de 38 % en août 2024 à 58 % en

octobre 2024, soit une amélioration de 52 % en seulement quatre mois, et a atteint 66 % en août 2025, reflétant une expansion et une consolidation soutenues des capacités.

- Au total, 169 experts de laboratoire du Burundi, de la République Centrafricaine, de la République du Congo, de l'Angola et du Rwanda ont été formés à la biosécurité, au prélèvement d'échantillons et au diagnostic moléculaire, renforçant ainsi les capacités de première ligne et la mémoire institutionnelle.
- Plus de 74 000 kits de test et réactifs de séquençage ont été distribués à vingt-et-un pays, permettant ainsi la poursuite ininterrompue des opérations de diagnostic et de surveillance pendant les épidémies actives.
- Les capacités de diagnostic de Mpx ont considérablement augmenté : la République démocratique du Congo est passée de 2 à 28 laboratoires, le Burundi de 1 à 56 laboratoires et le Malawi de 1 à 20 laboratoires. Sur l'ensemble du continent, le nombre médian de laboratoires capables de diagnostiquer le Mpx est passé de 1 à 11 par pays.
- Des centres régionaux de séquençage ont été créés en Ouganda et au Rwanda, ancrant la surveillance génomique en Afrique et permettant une détection plus rapide des modes de transmission et des variants préoccupants.

Ensemble, ces avancées représentent bien plus qu'une simple augmentation des capacités de dépistage. Elles marquent un changement structurel, passant d'un système de diagnostic fragile et centralisé à un réseau de

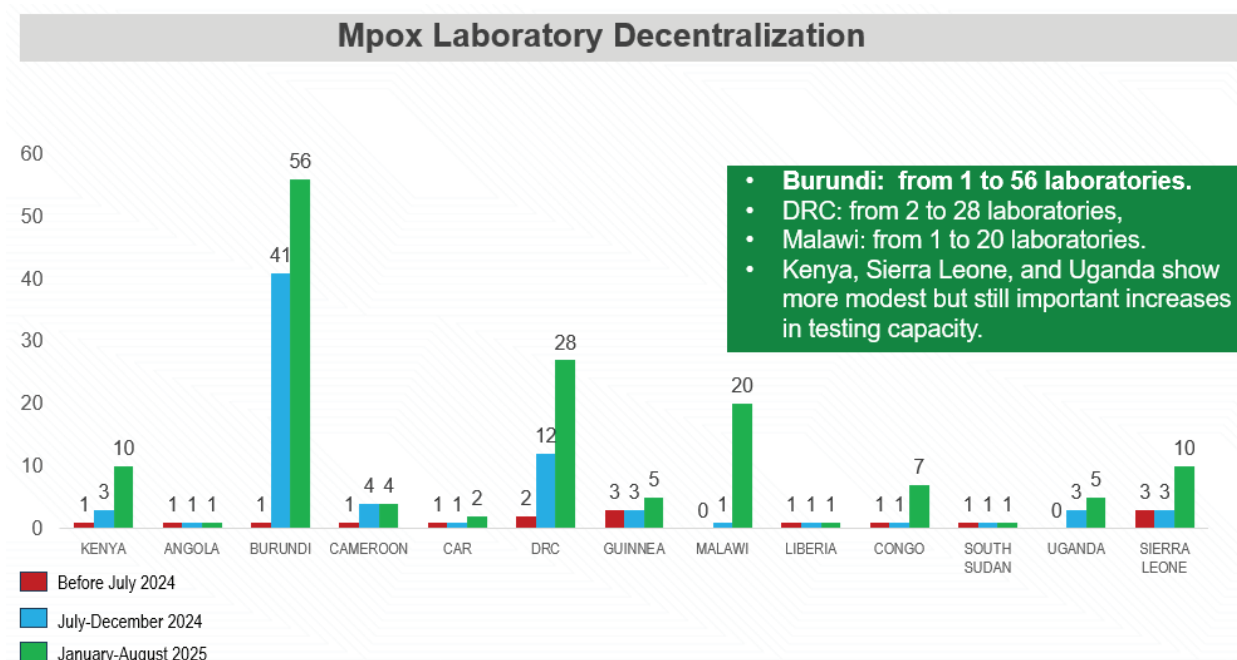


Figure 35 : Expansion des laboratoires de test du Mpx dans les États membres de juillet 2024 à août 2025

laboratoires résilient et décentralisé, intégré aux systèmes nationaux et relié par une coordination continentale. En renforçant la biosécurité, l'assurance qualité et l'intelligence génomique parallèlement à l'expansion des diagnostics, Africa CDC a contribué à garantir que les laboratoires soient non seulement plus nombreux, mais aussi plus sûrs, plus fiables et mieux adaptés à une préparation et une réponse épidémiques durables. Cette transformation a été évaluée à plusieurs reprises lors d'épidémies et constitue la pierre angulaire de la sécurité et de la souveraineté sanitaires émergentes de l'Afrique.

Un système de laboratoires résilient repose non seulement sur les capacités humaines, mais aussi sur des équipements fiables, des infrastructures solides, une assurance qualité et des cadres politiques clairs qui perdurent au-delà des épidémies individuelles. En 2022, de nombreux laboratoires à travers l'Afrique ont été confrontés à des lacunes en matière d'infrastructures, à une fragmentation des achats, à une connectivité limitée et à des normes incohérentes ou inconsistantes, ce qui a limité leur capacité à fonctionner dans le cadre d'un réseau continental de diagnostic. Entre 2023 et 2025, Africa CDC a remédié à ces faiblesses structurelles grâce à des investissements coordonnés

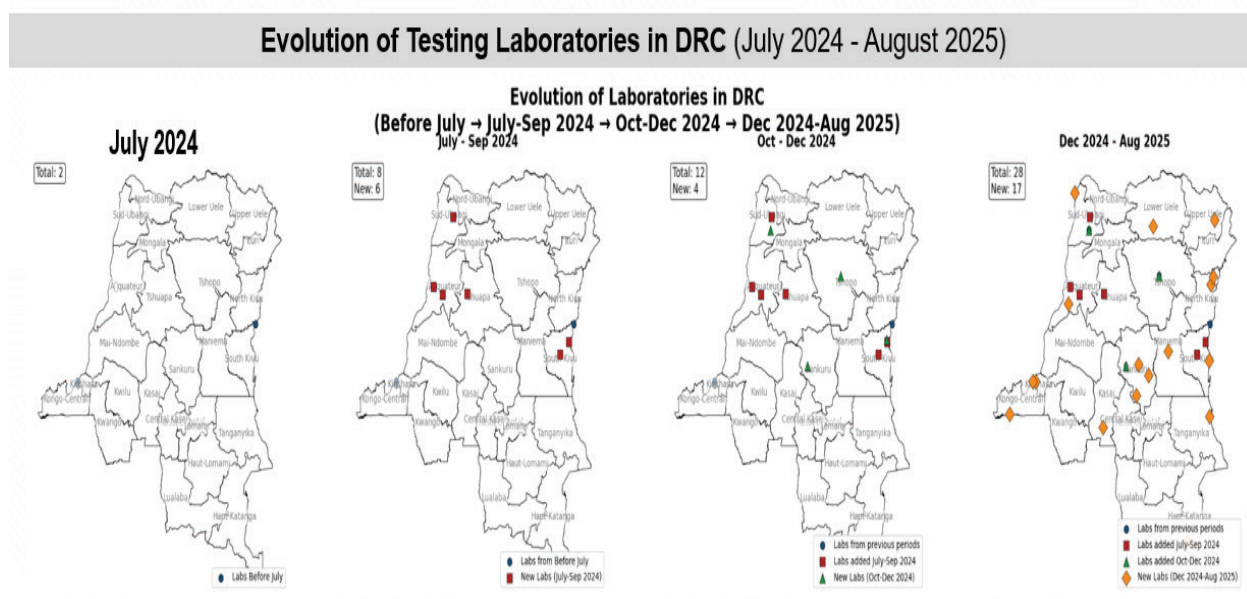


Figure 36 : Expansion des laboratoires de dépistage du Mpox en RDC de juillet 2024 à août 2025.

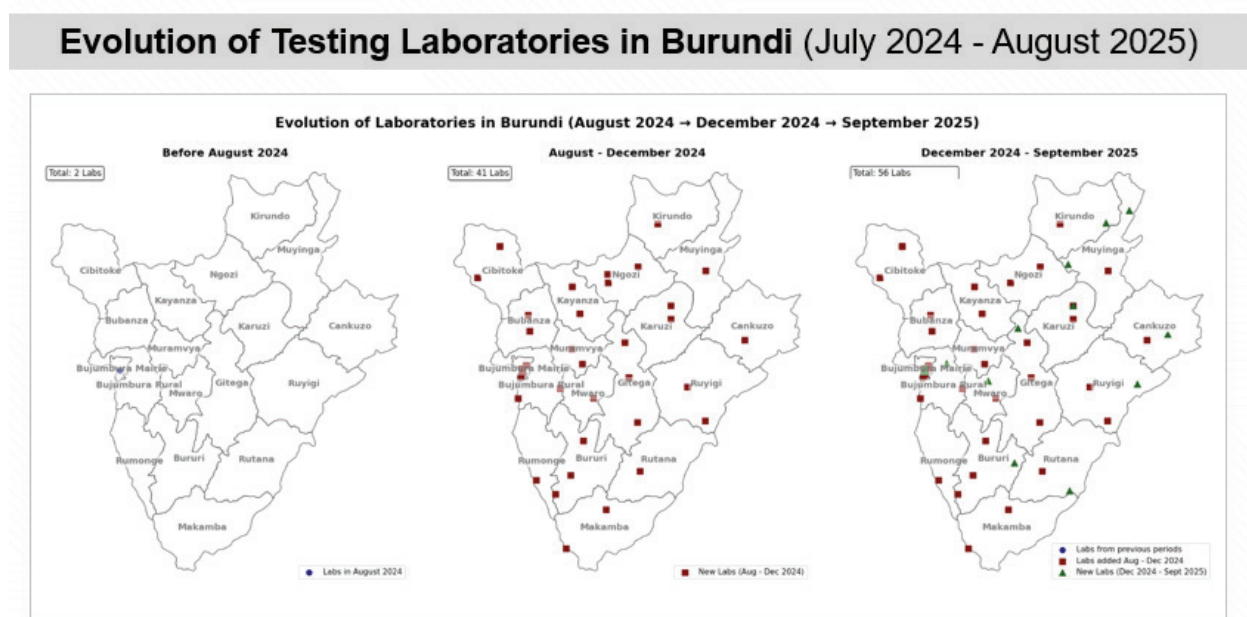


Figure 37 : Expansion des laboratoires de dépistage du Mpox en RDC de juillet 2024 à août 2025

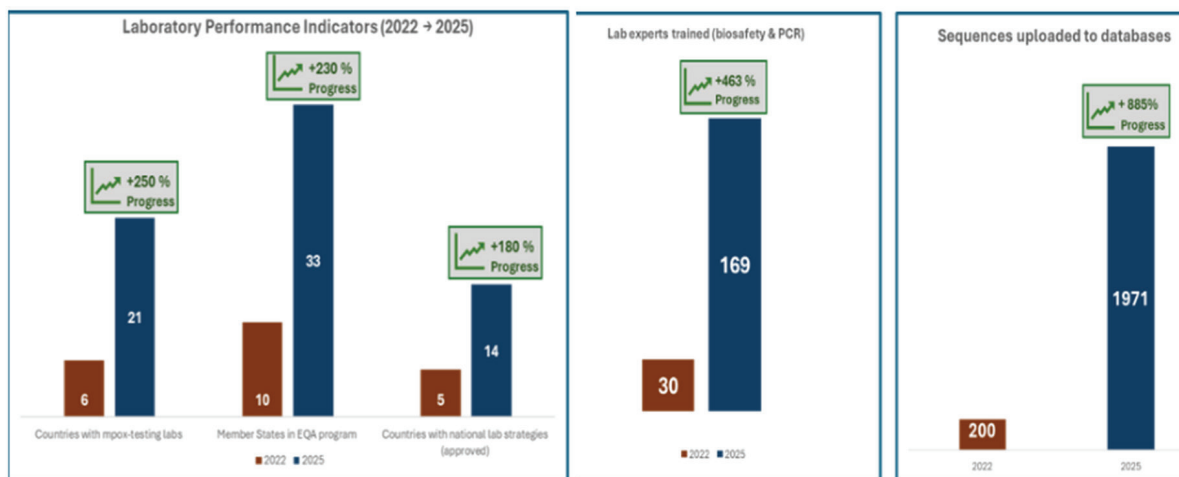


Figure 38: Laboratory Performance Indicators (2022 - 2025)

qui ont renforcé les infrastructures des laboratoires et intégré l'interopérabilité, la qualité et la durabilité à grande échelle.

Grâce à des achats stratégiques, au déploiement et à la cartographie des systèmes, Africa CDC a considérablement élargi l'accès aux technologies de diagnostic essentielles à travers le continent.

Parmi les principales réalisations, on peut citer :

L'achat et la distribution de 253 912 kits de diagnostic d'une valeur de 7,59 millions de dollars américains dans 29 États membres, dont 78 550 cartouches GeneXpert et 175 362 kits qPCR, garantissant la continuité des tests pendant les épidémies actives.

- La livraison de sept machines de séquençage d'une valeur d'environ 855 000 dollars américains au Burundi, en République Centrafricaine, au Congo, au Cameroun, en Ouganda et au Rwanda, renforçant ainsi les capacités de surveillance génomique nationales et régionales.
- Déploiement de huit machines qPCR d'une valeur d'environ 582 280 dollars américains en République démocratique du Congo et en Sierra Leone, afin de remédier aux goulets d'étranglement critiques en matière de diagnostic dans les zones à forte charge et à haut risque.
- Cartographie de plus de 5 200 laboratoires à l'échelle du continent afin d'optimiser les voies d'acheminement des échantillons, la planification logistique et l'allocation rationnelle des ressources diagnostiques.

L'assurance qualité et la mise en réseau des labora-

toires ont progressé parallèlement à l'expansion des infrastructures, garantissant que l'augmentation des capacités de test se traduise par des résultats fiables et exploitables.

Parmi les étapes clés, on peut citer :

- Inscription de 51 laboratoires issus de 33 pays au programme mondial d'évaluation externe de la qualité de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur le Mpx en 2024, renforçant ainsi la confiance dans les performances diagnostiques et le respect des normes internationales.
- Téléchargement de 1 971 séquences génomiques d'agents pathogènes dans des bases de données continentales, ce qui représente le plus grand ensemble de données de séquençage jamais généré en Afrique et constitue une étape importante vers la souveraineté en matière de données.
- Réactivation des laboratoires de référence régionaux et leur intégration dans le réseau de laboratoires sur les agents pathogènes émergents et dangereux, permettant une confirmation structurée, un mentorat et un soutien accru en cas d'épidémie.

Ces avancées techniques ont été consolidées grâce à des orientations normatives solides et à un leadership politique fort. Africa CDC a publié en novembre 2024 la stratégie de test et de séquençage du Mpx et les directives d'évaluation des tests rapides antigéniques, harmonisant ainsi les protocoles de diagnostic et réduisant les variations entre les États membres. En novembre 2025, le cadre stratégique de la Cartographie des Laboratoires a été lancé afin de normaliser la cartographie géospatiale des systèmes de laboratoires et de soutenir l'intensification des diagnostics fondés sur des

données probantes. S'appuyant sur les enseignements tirés de multiples épidémies, Africa CDC a également lancé l'élaboration des lignes directrices continentales pour la décentralisation des capacités des laboratoires en vue de la préparation et de la réponse aux épidémies, actuellement en cours de publication, afin d'institutionnaliser les diagnostics décentralisés comme principe fondamental de la préparation.

Ces efforts ont également permis de faire progresser l'ambition de l'Afrique en matière de fabrication locale et de réduire sa dépendance vis-à-vis des fournisseurs externes. Africa CDC a évalué et approuvé le premier kit RT-PCR produit localement au Maroc, marquant ainsi un changement stratégique vers la production régionale de diagnostics essentiels. Ensemble, ces investissements démontrent que l'Afrique ne se contente plus d'étendre ses capacités de laboratoire, mais qu'elle construit délibérément un écosystème de diagnostic cohérent, interopérable et souverain, capable de soutenir la préparation et la réponse à l'échelle du continent.

Les investissements réalisés entre 2022 et 2025 ont eu un impact mesurable et salvateur dans toute l'Afrique, démontrant ainsi comment le renforcement des systèmes de laboratoires protège directement les populations, préserve la stabilité économique et renforce la solidarité continentale. Une détection plus rapide, une meilleure qualité et des informations génomiques en temps réel ont permis aux pays d'agir plus tôt et de manière plus décisive, empêchant ainsi les épidémies de se transformer en crises transfrontalières.

Ces efforts ont notamment renforcé les capacités de séquençage et de diagnostic grâce à l'achat de séquenceurs, de serveurs, d'équipements de laboratoire et de réactifs de séquençage, accompagnés d'initiatives de renforcement des capacités et de développement de la main-d'œuvre pour le personnel de laboratoire dans plus de 30 États membres de l'Union africaine, notamment l'Algérie, l'Angola, le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cap-Vert, le Cameroun, la République Centrafricaine, le Tchad, les Comores, la République du Congo, la République démocratique du Congo, la Côte d'Ivoire, Djibouti, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée,

Tableau 11 : Indicateurs clés de performance des laboratoires (2022-2025)

Indicateur	2022	2025	Variation (%)	Source
États membres ayant mis en place des plans stratégiques complets pour les laboratoires	16	24	+50	Base de données des laboratoires d'Africa CDC
États membres ayant soutenu la mise en œuvre de politiques et de lignes directrices pour des systèmes de laboratoires intégrés	7	42	+500	Base de données des laboratoires d'Africa CDC
États membres bénéficiant d'un soutien annuel pour l'amélioration des infrastructures de laboratoire	7	31	+343	Base de données des laboratoires d'Africa CDC
États membres qui améliorent leurs systèmes de gestion de la qualité avec le soutien d'Africa CDC	16	24	+50	Base de données des laboratoires d'Africa CDC
Cadres de biosécurité et de biosûreté établis, renforcés ou opérationnels dans tous les États membres	0	13	Nouveau	Base de données des laboratoires d'Africa CDC
Soutien aux États membres dans la cartographie géospatiale des fonctions des laboratoires, l'optimisation des réseaux et les systèmes d'orientation des échantillons	2	29	+1350	Base de données des laboratoires d'Africa CDC
Experts en laboratoire formés et certifiés en gestion des échantillons et pratiques d'orientation	94	557	+493	Base de données des laboratoires d'Africa CDC
États membres mettant en place une surveillance génomique intégrée pour les maladies prioritaires, y compris la RAM	0	9	Nouveau	Base de données des laboratoires d'Africa CDC
État d'avancement de la mise en service du laboratoire de référence d'Africa CDC	0	82	Nouveau	Base de données des laboratoires d'Africa CDC
Accès accru à des diagnostics de qualité pour les maladies épidémiques dans les États membres	11	13	+18	Base de données des laboratoires d'Africa CDC

Guinée-Bissau, Kenya, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Maroc, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Afrique du Sud, Tanzanie, Togo, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

Les principaux impacts sont les suivants :

- La capacité de détection rapide du Mpox a permis une identification et une réponse précoces, empêchant la transmission transfrontalière dans quatorze pays et réduisant la nécessité d'interventions d'urgence prolongées.
- L'efficacité des tests de dépistage de Mpox s'est améliorée sur tout le continent. La couverture des tests, mesurée en tant que proportion de cas suspects testés, a doublé, passant de moins de 33 % à 66 %, tandis que les taux de dépistage sont restés à 100 %, garantissant ainsi que tous les échantillons reçus par les laboratoires ont été traités. Le délai entre le prélèvement des échantillons et la validation des résultats est passé de plus de cinq jours à seulement deux jours, ce qui a permis d'accélérer l'isolement, la recherche des contacts et la prise de décision en matière d'intervention.
- L'efficacité de la surveillance génomique a considérablement augmenté. Le délai d'exécution du séquençage a été réduit de plus de 30 jours en 2022 à moins de 7 jours en 2025, ce qui a permis un suivi en temps quasi réel de la dynamique de transmission et des ajustements éclairés des stratégies d'intervention.

- Les normes de qualité et de sécurité ont été étendues à l'ensemble du continent. La couverture de l'accréditation ISO s'étend désormais à 1 026 laboratoires, ce qui renforce la confiance dans les résultats diagnostiques, protège le personnel des laboratoires et ancre la préparation dans des systèmes de qualité reconnus au niveau international.

- Ensemble, ces résultats démontrent que les investissements de l'Afrique dans les laboratoires et la génomique ne sont pas seulement des réalisations techniques, mais aussi des catalyseurs stratégiques de la sécurité et de la souveraineté sanitaires de l'Afrique. En raccourcissant les délais d'intervention, en améliorant la qualité des décisions et en prévenant la propagation régionale, Africa CDC et les États membres ont montré que des systèmes de laboratoires solides, décentralisés et de qualité garantie comptent parmi les outils les plus puissants pour préserver la santé et l'avenir du continent.

c. Surveillance et renseignements sur les maladies

La surveillance des maladies, la collecte de renseignements sur la santé publique et l'analyse sont essentielles aux fonctions de santé publique. En 2025, Africa CDC a suivi plus de 213 urgences de santé publique actives, dont 65 événements à haut risque, 138 événements à risque modéré et 10 événements à faible risque dans 44 des 55 pays de l'UA, notamment des épidémies de maladies infectieuses, des phénomènes météorologiques extrêmes et d'autres incidents importants liés à la santé. Par rapport aux années précédentes,

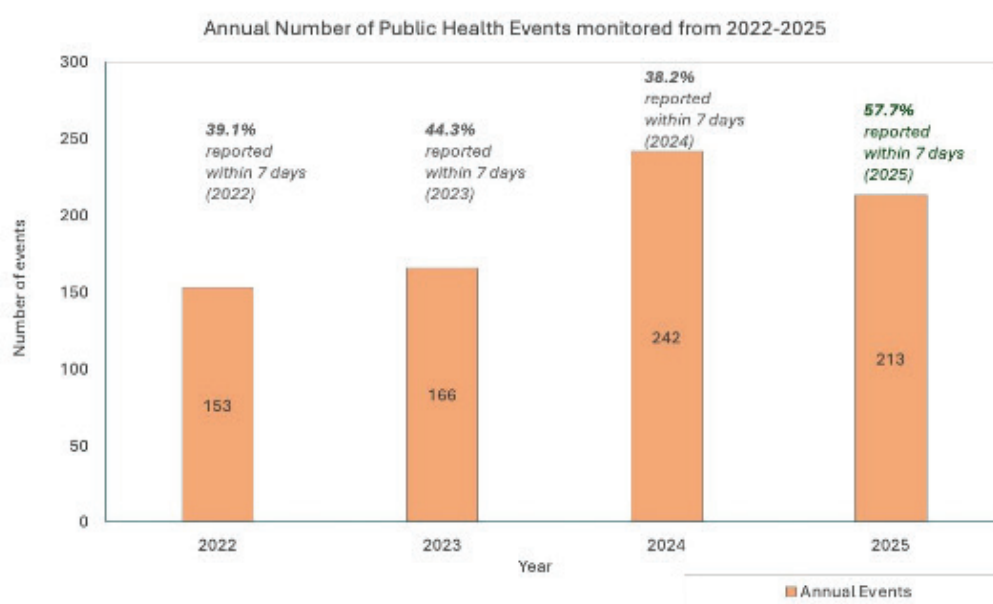


Figure 39 : Nombre annuel d'événements de santé publique suivis et surveillés par Africa CDC, de 2022 à 2025

on observe une tendance constante dans le nombre d'événements de santé publique signalés, avec plus de deux cents par an au cours des deux dernières années. Nous avons également constaté une augmentation du nombre d'épidémies qui se prolongent jusqu'à l'année suivante, certaines pouvant durer jusqu'à six mois. Cela peut s'expliquer par une vulnérabilité accrue aux épidémies de maladies infectieuses, des lacunes non comblées dans les systèmes de santé et des améliorations dans la surveillance et le renseignement sur les maladies dans les États membres de l'UA. La détection des événements de santé publique par l'équipe de veille épidémiologique s'est améliorée au fil du temps. On observe une augmentation du pourcentage d'événements de santé publique détectés dans les sept jours suivant le début d'un événement, passant de 39 % en 2022 à 57,7 % en 2025.

Il existe une disparité régionale notable dans le nombre d'événements de santé publique entre les cinq régions de l'Union africaine, la région de l'Afrique de l'Ouest représentant 36 % (77/213) du total des événements de santé publique sur le continent, signalés par 14 des 17 États membres de la région en 2025 (Fig. xxx). Les événements de santé publique les plus fréquemment signalés au cours de l'année ont été le Mpox, signalée par 29 États membres, le Choléra, signalé par 24 États membres, et la Rougeole, signalée par 20 États membres, tous ces événements s'étant prolongés dans la plupart des régions de l'UA.

Cet effort a permis de soutenir la détection précoce, la réponse rapide et la prise de décisions éclairées en cas d'urgence de santé publique. En outre, Africa CDC a organisé plusieurs réunions d'information et consultations de haut niveau avec les chefs d'État, les gouvernements et les ministres de la santé sur des événements à fort impact afin d'obtenir un engagement politique et d'améliorer la coordination entre les partenaires.

Afin de renforcer encore les capacités de surveillance, Africa CDC a élaboré et lancé diverses initiatives, telles que le Centre continental de données sur la santé publique (référentiel central de données), le cadre stratégique sur le climat et la santé, la surveillance des eaux

usées et de l'environnement, la surveillance transfrontalière, et a élaboré cinq cadres stratégiques et lignes directrices, parallèlement à des efforts de développement de la main-d'œuvre et de renforcement des capacités ; il a également institutionnalisé des plateformes de données, notamment un système de gestion des événements (EMS) dans sept États membres de l'UA. En outre, Africa CDC a renforcé la surveillance continentale et régionale grâce à un réseau de directeurs de surveillance, a amélioré la surveillance transfrontalière et a fait progresser les communautés de pratique régionales sur la résistance aux antimicrobiens, les maladies émergentes et la surveillance de la mortalité.

La surveillance basée sur les événements (EBS) a été étendue à 38 États membres, dont trente-cinq ont adopté les directives d'Africa CDC et quinze ont pleinement lancé la mise en œuvre de l'EBS. Pour soutenir cette initiative, Africa CDC a formé 195 experts en surveillance et 2 678 agents de santé communautaires dans quatre pays pilotes, spécifiquement sur la détection basée sur les événements. Si l'on ajoute à cela les efforts cumulés depuis 2022, ce sont au total 1 012 agents de surveillance et 3 476 agents de santé communautaires dans trente-six pays qui ont été formés pour détecter et signaler les événements inhabituels.

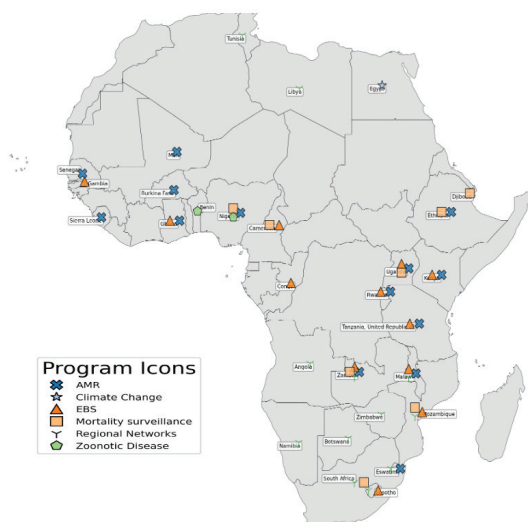
En résumé, en 2025, Africa CDC a soutenu plus de 41 pays dans différents efforts de renforcement des capacités, notamment le déploiement, l'adaptation et la mise en œuvre des lignes directrices nationales sur l'EBS (14 pays), l'élaboration de stratégies nationales en matière d'Une Seule Santé (7 pays), l'évaluation de la maturité des Échanges d'informations sur la santé (HIE) nationaux (8 pays), et l'élaboration de plans d'action nationaux de surveillance de la mortalité et d'analyse des données (12 pays), renforcé les capacités pour atteindre les objectifs 7-1-7 dans les régions d'Afrique centrale et australe, et renforcé les systèmes nationaux de surveillance de la Résistance antimicrobienne (RAM) (17 pays).

En 2022, le paysage africain en matière de surveillance et de renseignements épidémiologiques restait très fragmenté. Seuls six États membres de l'Union africaine



Figure 40 : Renforcer la sécurité sanitaire en Afrique grâce à l'approche « Une Seule Santé »

SDI Programs by MS in 2022



SDI Programs by MS in 2025

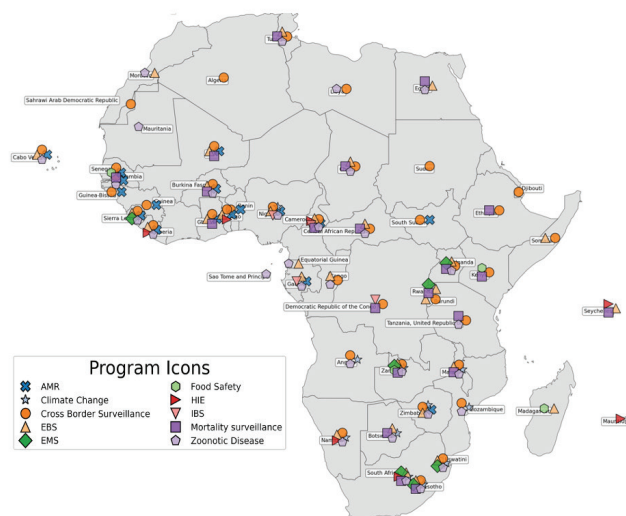


Figure 41 : Répartition des activités du programme SDI en 2022 par rapport à 2025 (en 2025, le SDI a touché 41 pays grâce à son programme de renforcement des capacités)

ont communiqué des données en temps réel à Africa CDC lors de situations d'urgence sanitaire, ce qui a limité la connaissance de la situation sur le continent et retardé la coordination des actions. Il n'existait aucun système continental de surveillance de la mortalité, aucune plateforme d'alerte numérique reliant les pays en temps réel, et la surveillance basée sur les événements était limitée à un petit nombre de sites pilotes. Ces lacunes ont limité la capacité de l'Afrique à anticiper les épidémies, à détecter la surmortalité et à réagir rapidement aux menaces émergentes.

Entre 2023 et 2025, Africa CDC a mené une profonde transformation de la surveillance et du renseignement épidémique, jetant les bases d'un système d'alerte précoce et d'intervention à l'échelle du continent, fondé sur les données. La surveillance est passée d'un système de notification sporadique à un flux d'informations régulier, structuré et de plus en plus numérisé, qui facilite la prise de décision en temps opportun aux niveaux national, régional et continental.

c.1. Couverture élargie et qualité des données

Africa CDC a considérablement élargi la couverture de la surveillance et renforcé la qualité des données à travers le continent :

- Les rapports hebdomadaires du Système intégré de surveillance et de réponse aux maladies (SIS-RM) sont désormais collectés auprès de tous les États membres de l'Union africaine par le biais du Système de gestion des événements, ce qui permet un suivi continu des urgences de santé publique à l'échelle du continent.

- La rapidité des rapports s'est nettement améliorée, passant de 40 % en 2022 à environ 68 % en 2025, ce qui reflète l'appropriation croissante et la confiance des pays dans les systèmes continentiels.
- En collaboration avec l'OMS, Africa CDC a élaboré des procédures opérationnelles standard pour la catégorisation des pays lors des épidémies de Mpox, classant les pays en quatre catégories en fonction de leur statut de transmission afin d'orienter l'escalade, l'allocation des ressources et l'intensité de la réponse.

c.2. Renforcement des capacités et développement de la main-d'œuvre

Les investissements dans la surveillance ont été accompagnés d'un renforcement ciblé des capacités afin de garantir que les données soient traduites en actions :

- Au total, 945 agents des points d'entrée, comprenant à la fois du personnel de santé et du personnel non médical, ont été formés en Afrique orientale, australe, centrale et occidentale à la détection et à l'enquête des alertes transfrontalières.
- Africa CDC a institutionnalisé la publication du Rapport hebdomadaire de surveillance épidémiologique en Afrique (Africa Weekly Epidemic Intelligence Report), un bulletin de surveillance régulier qui fournit une vue d'ensemble à l'échelle du continent des urgences de santé publique et des risques émergents.

- Une formation a été dispensée afin de renforcer la surveillance de l'utilisation et de la consommation d'antimicrobiens ainsi que la gestion des antimicrobiens, afin de faciliter la détection précoce des tendances en matière de résistance et des menaces épidémiques.
- Vingt-deux pays ont bénéficié d'un soutien pour élaborer des plans d'action stratégiques nationaux pour la surveillance de la mortalité, dont cinq pays qui ont adapté le cadre continental en directives nationales de surveillance de la mortalité et sept pays qui ont bénéficié d'un accompagnement en matière d'analyse et d'interprétation des données.

c.3. Améliorations numériques et analytiques

Africa CDC a également renforcé l'infrastructure numérique nécessaire à la veille épidémiologique moderne :

- Des questionnaires de données ont été déployés en RDC et dans les centres régionaux de coordination IMST afin d'améliorer le nettoyage, l'analyse et la visualisation des données pendant les interventions actives.
- Un tableau de bord continental (<https://dashboards.africacdc.org/>) a été lancé et développé, offrant

une visibilité en temps réel sur les cas, les capacités des laboratoires et le déploiement des vaccins dans les États membres.

- Le référentiel central de données a été lancé en 2025 afin d'héberger des ensembles de données harmonisés provenant de tous les États membres dans le cadre d'accords de partage de données, marquant ainsi une étape importante vers la souveraineté des données et l'échange d'informations fiables.
- Des évaluations de la maturité des échanges d'informations sanitaires ont été menées pour huit États membres, suivies de feuilles de route de mise en œuvre sur mesure visant à renforcer l'interopérabilité et l'intégration des systèmes nationaux.

Ensemble, ces progrès représentent un changement fondamental, passant d'un système de rapportage fragmenté à un système continental cohérent de renseignements. Africa CDC et les États membres se sont rapprochés d'un modèle dans lequel les données circulent de manière fluide depuis les communautés et les frontières vers les autorités nationales, les régions et le niveau continental, permettant ainsi des alertes plus précoces, une coordination plus rapide et des actions plus efficaces. Cette transformation de la surveillance

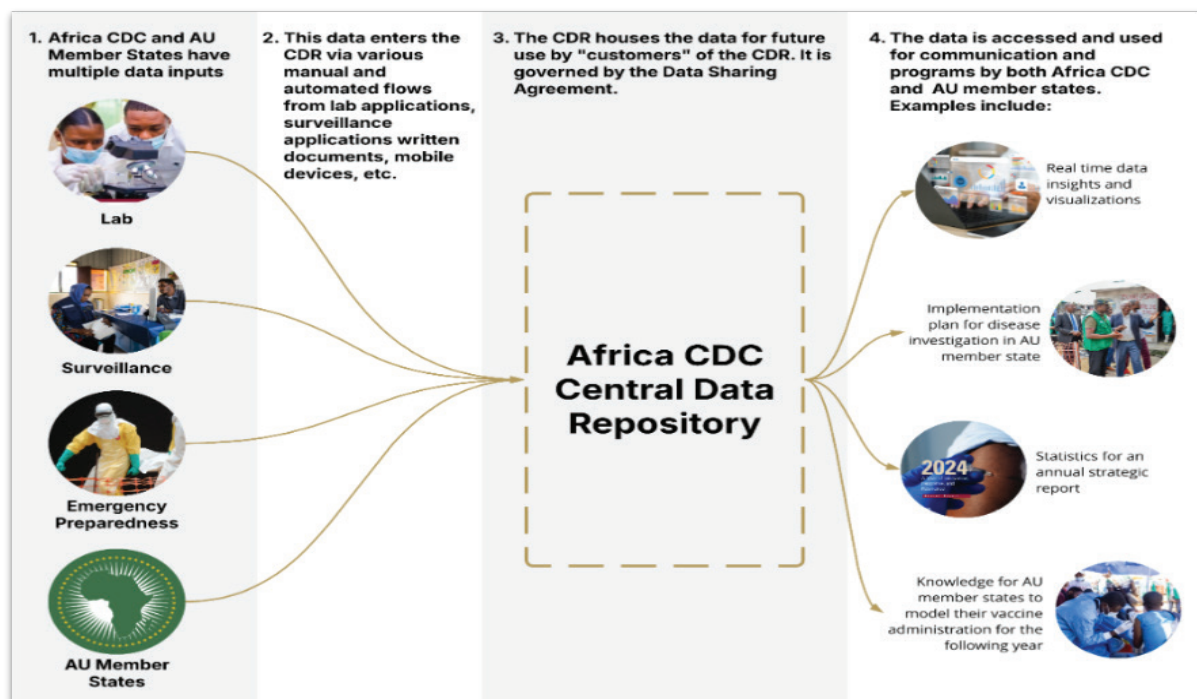


Figure 42 : Schéma du système de dépôt central de données et de la couche métier d'Africa CDC.

Tableau 12 : Indicateurs clés de performance en matière de surveillance et de renseignements sur les maladies (2022-2025)

Indicateur	2022	2025	Variation (%)	Source
États membres dotés de capacités en matière de veille sanitaire publique et de surveillance basée sur les événements	12	37	+208	Base de données de surveillance/EMS d’Africa CDC
Experts en surveillance formés aux méthodologies EBS	20	1 012	+387	Base de données de surveillance/EMS d’Africa CDC
États membres disposant de systèmes fonctionnels de gestion des événements pour la veille épidémiologique	1	7	+700	Base de données de surveillance/EMS d’Africa CDC
États membres aidés à examiner et à améliorer leurs systèmes nationaux de données de surveillance des maladies	0	12	Nouveau	Base de données de surveillance/EMS d’Africa CDC
Les États membres ont bénéficié d'un soutien sous forme d'outils de surveillance EMS (plans, lignes directrices, procédures opérationnelles standard) pour se préparer à investir.	8	27	+238	Base de données de surveillance/EMS d’Africa CDC
États membres communiquant en temps opportun les données relatives aux urgences sanitaires à Africa CDC lors d'épidémies.	6	21	Nouveau	Base de données de surveillance/EMS d’Africa CDC
États membres dont les plans d'action nationaux sont alignés sur le cadre de surveillance de la mortalité d’Africa CDC	0	22	Nouveau	Base de données de surveillance d’Africa CDC
Experts formés à la surveillance de la mortalité	0	347	Nouveau	Base de données de surveillance d’Africa CDC
États membres soutenus dans le renforcement des capacités de surveillance transfrontalière et de PoE	0	14	Nouveau	Base de données de surveillance d’Africa CDC
Experts en surveillance formés aux systèmes de surveillance transfrontalière	0	945	Nouvelle	Base de données de surveillance d’Africa CDC
Formation des États membres à la surveillance avancée aux points d'entrée	0	14	Nouveau	Base de données de surveillance d’Africa CDC
États membres dotés de mécanismes multisectoriels formalisés de coordination « Une Seule Santé » pour lutter contre les zoonoses, la résistance aux antimicrobiens, le changement climatique et la sécurité alimentaire	0	11	Nouveau	Base de données de surveillance d’Africa CDC
Acteurs formés en matière de l’approche « Une Seule Santé »	70	150	+114	Base de données de surveillance d’Africa CDC
États membres disposant de stratégies nationales « Une seule santé » pour les zoonoses prioritaires	0	3	Nouveau	Base de données de surveillance d’Africa CDC

Indicateur	2022	2025	Variation (%)	Source
États membres dotés de systèmes d'alerte précoce multisectoriels (humain-animal-environnement)	<u>0</u>	3	<u>Nouveau</u>	Base de données de surveillance d'Africa CDC
États membres disposant de plans d'action nationaux (PAN) chiffrés pour la lutte contre la RAM	0	7	Nouveau	Base de données de surveillance d'Africa CDC
Personnes formées aux systèmes de surveillance de la RAM	0	300	<u>Nouveau</u>	Base de données de surveillance d'Africa CDC
États membres mettant en œuvre des programmes nationaux de gestion des antibiotiques	0	15	<u>Nouveau</u>	Base de données de surveillance d'Africa CDC
États membres ayant transposé le cadre juridique de la prévention et du contrôle des infections	1	4	<u>300</u>	Base de données de surveillance d'Africa CDC
États membres ayant bénéficié d'un soutien pour l'élaboration/la mise à jour de politiques et de réglementations en matière de sécurité alimentaire	0	2	Nouveau	Base de données de surveillance d'Africa CDC
États membres formés à la surveillance liée à la santé et au changement climatique	0	6	Nouveau	Base de données de surveillance d'Africa CDC
Évaluations de maturité HIE menées dans les États membres	0	8	Nouveau	Base de données de surveillance d'Africa CDC
États membres ayant signé des accords de partage de données avec Africa CDC	0	7	Nouveau	Base de données de surveillance d'Africa CDC
Création du dépôt central de données d'Africa CDC	0	8 % (prototype du CDR développé)	Nouveau	Base de données de surveillance d'Africa CDC

et de l'analyse est la pierre angulaire de la sécurité et de la souveraineté sanitaires en Afrique, garantissant que l'Afrique ne se contente pas de réagir aux épidémies, mais les anticipe également avec confiance et clarté.

Étude de cas : Plateforme du Système de Gestion de l'Information Sanitaire (SGIS) améliorée pour l'analyse des données sur les épidémies

Au cours de la riposte au Mpox, Africa CDC a testé et déployé un système intégré de gestion et d'analyse des données sur les épidémies, améliorant ainsi la plateforme SGIS (DHIS2). Cette surveillance améliorée, l'intégration des données et l'intelligence numérique ont permis de prendre des mesures plus rapides, plus éclairées et plus décisives à travers le continent. L'amélioration de l'accès aux données et de l'interopérabilité a permis à Africa CDC de passer d'un système de rapportage réactif à une gestion proactive des risques, transformant ainsi fondamentalement la prise de décision et l'allocation des ressources à travers l'Afrique.

Les principaux impacts sont les suivants :

- Accélération du processus décisionnel au niveau continental, avec des évaluations des risques et des mises à jour épidémiologiques désormais publiées chaque semaine, contre une fois par trimestre en 2022, ce qui permet une escalade plus rapide et la fourniture de conseils plus opportuns aux États membres.
- La normalisation des définitions de cas et des cadres de catégorisation des pays pendant la réponse à l'épidémie de Mpox a amélioré la comparabilité et la transparence, permettant à Africa CDC d'optimiser l'allocation des ressources, notamment en hiérarchisant les pays pour le déploiement des vaccins et le soutien d'urgence.

L'intégration avec les plateformes de santé numériques en 2025 a jeté les bases d'une analyse avancée et d'une prédiction des épidémies assistée par l'intelligence artificielle dans le cadre du programme « Health Intelligence », permettant à l'Afrique d'anticiper les risques

plutôt que de réagir après leur escalade. Ensemble, ces impacts démontrent comment les données, lorsqu'elles sont normalisées, fiables et partagées, deviennent un atout stratégique pour la sécurité et la souveraineté sanitaires. Nous prévoyons d'étendre à grande échelle ces systèmes intégrés de gestion des données sur les épidémies à l'ensemble du continent. En accélérant le cycle entre la détection et la prise de décision, Africa CDC a renforcé la capacité du continent à agir rapidement, à allouer les ressources de manière équitable et à protéger plus efficacement les populations dans un contexte de menaces de plus en plus complexes.

d. Préparation et réponse aux situations d'urgence

La préparation et la réponse aux situations d'urgence sont au cœur de la sécurité et de la souveraineté sanitaires en Afrique. Pendant de nombreuses années, l'architecture de réponse de l'Afrique s'est fortement appuyée sur des structures de coordination temporaires, un soutien externe ponctuel et une logistique dictée par les donateurs, qui disparaissaient une fois la crise passée. En 2025, ce paradigme avait fondamentalement changé. Africa CDC, en collaboration avec les États membres et ses partenaires, a transformé la préparation aux situations d'urgence, qui était une aspiration conceptuelle, en une réalité opérationnelle ancrée dans des institutions permanentes, du personnel formé et des mécanismes de coordination à l'échelle du continent qui ont été testés à plusieurs reprises lors de situations d'urgence complexes.

Renforcement des centres d'opérations d'urgence de santé publique dans les États membres

Le réseau des centres d'opérations d'urgence en matière de santé publique est la pierre angulaire de cette transformation. En 2025, Africa CDC a aidé 23

États membres à créer ou à renforcer leurs centres d'opérations d'urgence en matière de santé publique, portant le nombre total de centres opérationnels sur le continent à 33, contre seulement neuf en 2020. Ces centres servent désormais de centres névralgiques des systèmes nationaux d'intervention, permettant une prise de décision rapide, une analyse des données en temps réel, la coordination logistique, le déploiement des effectifs et la documentation systématique des incidents et des enseignements tirés. Les COUSP sont pleinement intégrés aux instituts nationaux de santé publique et aux ministères de la santé, ce qui garantit une circulation fluide des informations depuis les communautés et les frontières vers les autorités nationales, les plateformes de coordination régionales et le niveau continental.

Des progrès considérables ont été réalisés dans toutes les régions. En Afrique centrale, des COUSP entièrement équipés ont été créés en République centrafricaine, en République démocratique du Congo, à São Tomé-et-Príncipe et au Tchad grâce à un financement de la Banque africaine de développement et à l'appui technique d'Africa CDC. En Afrique orientale et australe, de nouveaux COUSP et des équipements numériques ont renforcé la préparation aux risques multiples, la sécurité sanitaire aux frontières et la coordination transfrontalière. Ces investissements ont permis de garantir que la préparation ne soit plus réactive ou ponctuelle, mais intégrée dans les systèmes nationaux avec des capacités permanentes.

La main-d'œuvre continentale africaine, le Corps des volontaires africains pour la santé (AVoHC), fournit un soutien opérationnel essentiel à la fois à l'IMST et aux COUSP. Depuis sa création (2015), l'AVoHC est passé de 369 membres provenant de seulement 25 États membres (couverture de 45 %) à 1 377 membres provenant des 55 États membres (couverture de 100 %) en 2025, avec une représentation dans toutes les régions

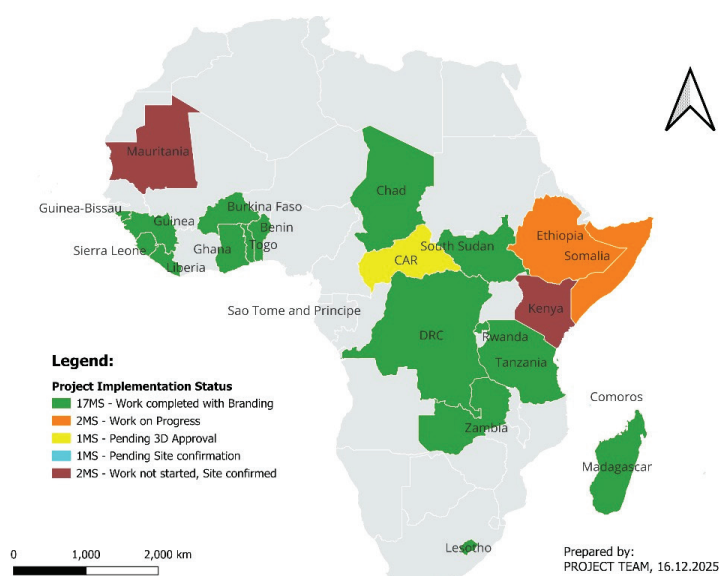
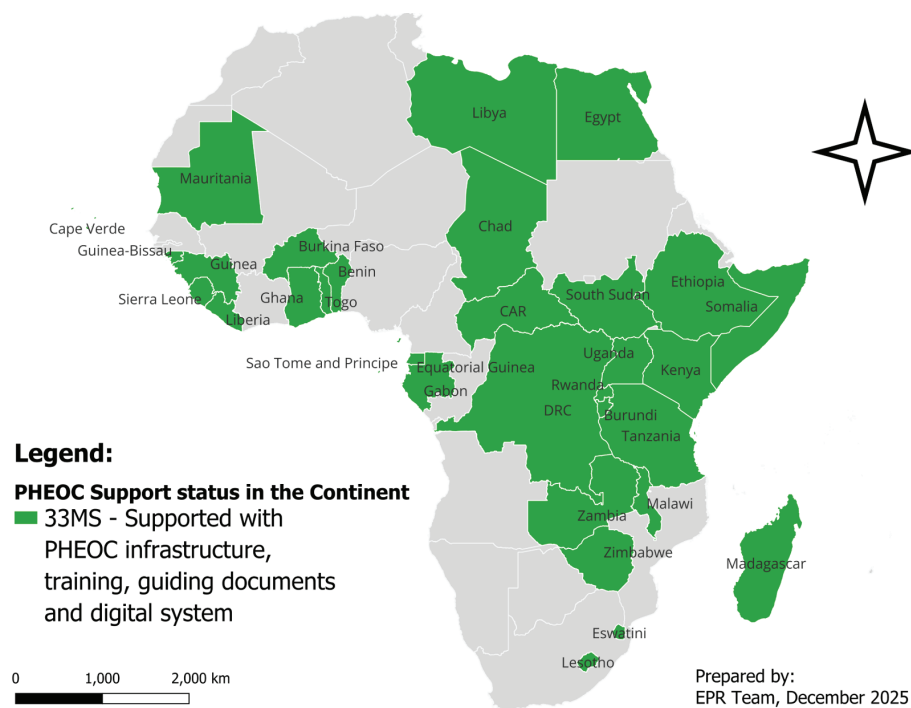


Figure 43: The 23 MS supported with PHEOC infrastructure in 2025



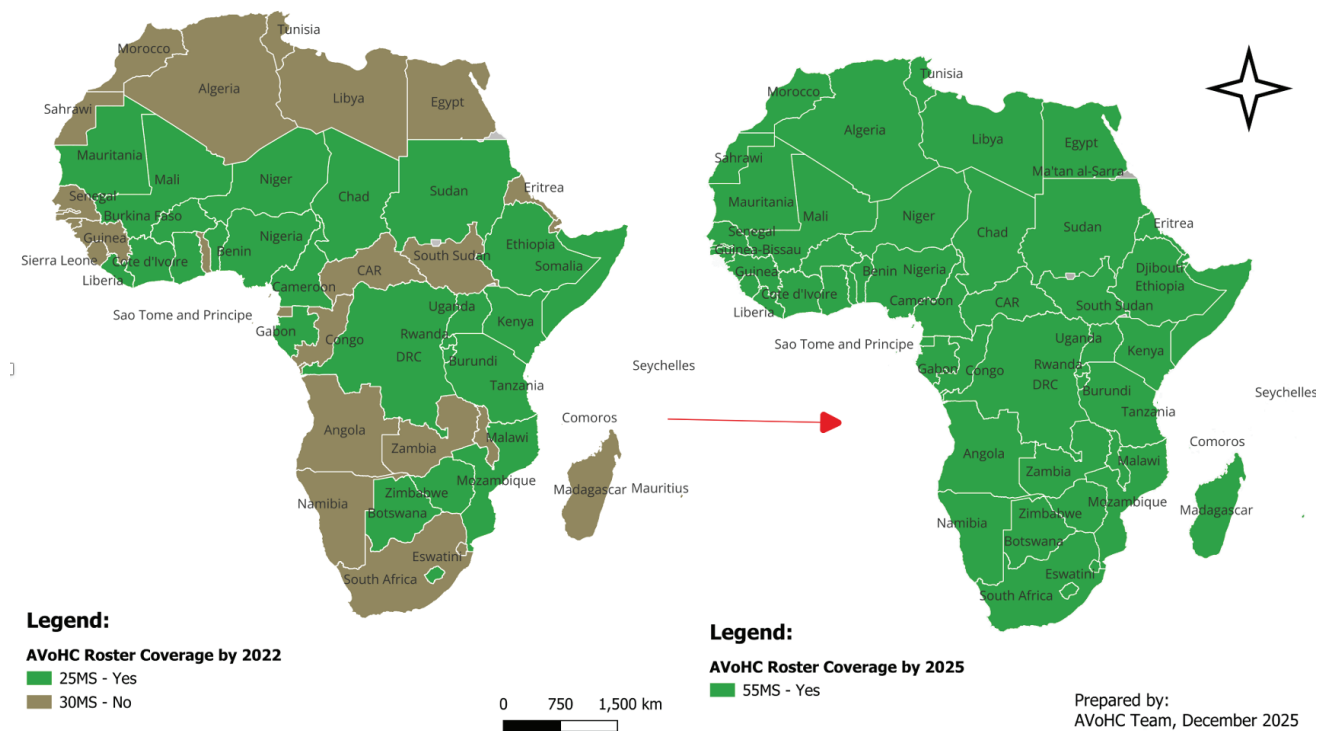


Figure 45 : Répartition des membres de l'AVoHC dans les 55 États membres en 2022 et en 2025

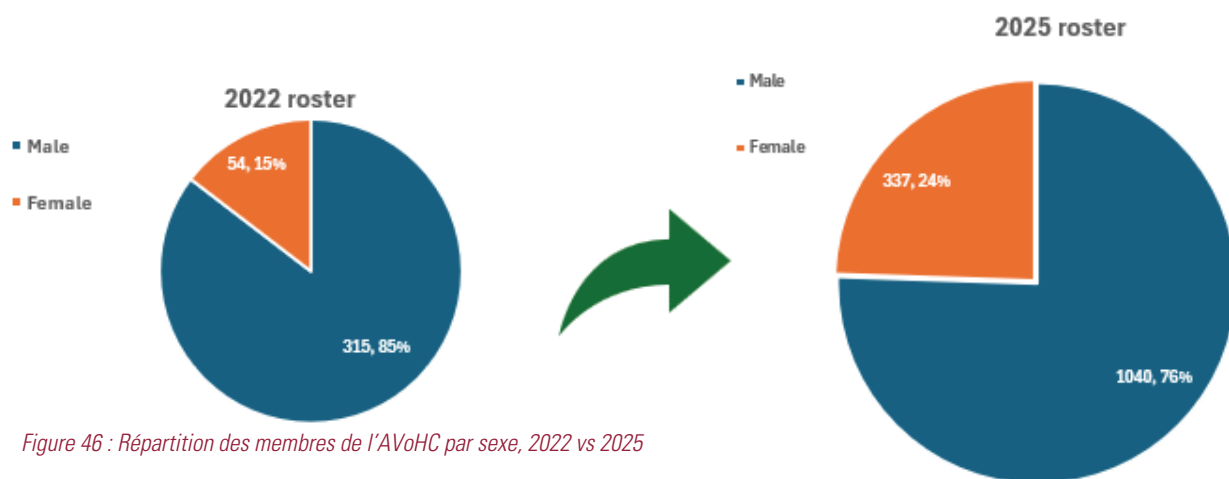


Figure 46 : Répartition des membres de l'AVoHC par sexe, 2022 vs 2025

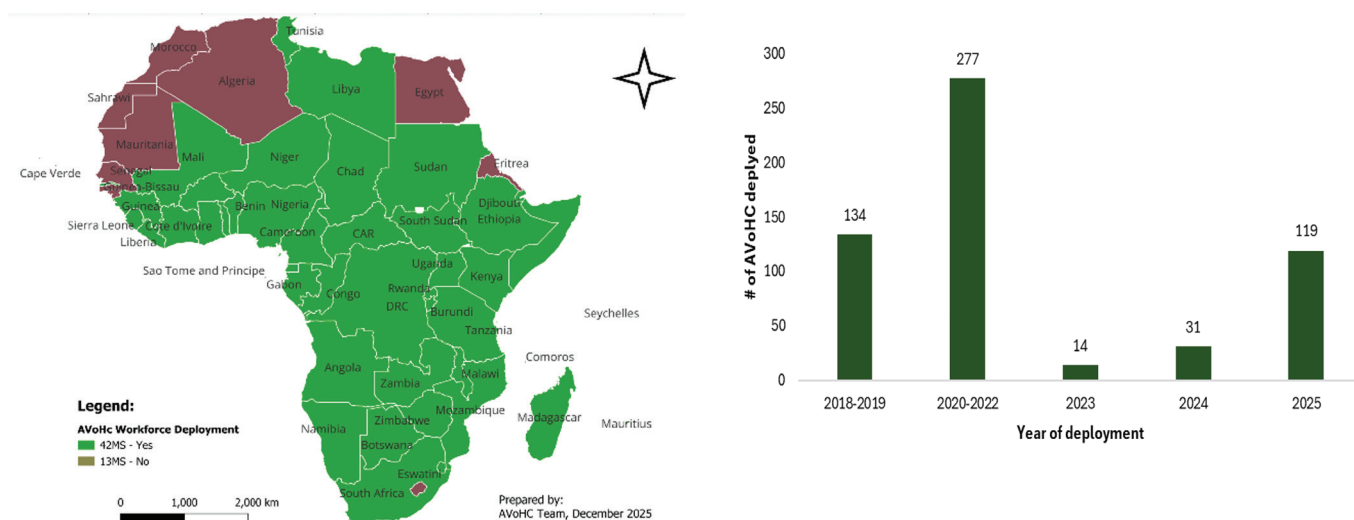


Figure 47 : Déploiement des équipes d'intervention rapide de l'AVoHC pour soutenir les interventions d'urgence dans les États membres, 2018-2025

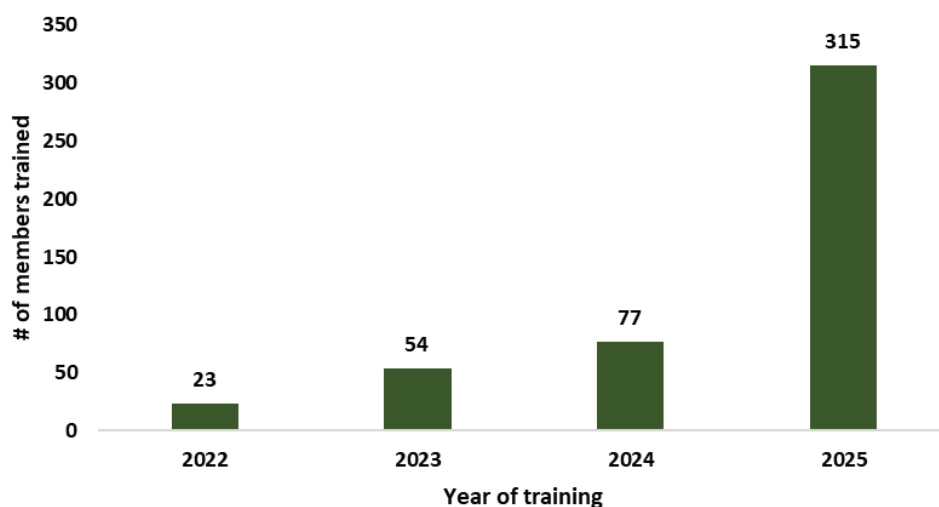


Figure 48 : Formation initiale des AVoHC de 2022 à 2025

- Déploiement du modèle conjoint de l'équipe d'appui à la gestion des incidents d'Africa CDC et de l'OMS depuis Kinshasa pour coordonner la riposte continentale au Mpox, en mobilisant et en déployant 119 experts techniques par le biais du mécanisme AVoHC et 400 agents de santé communautaires dans 29 pays, selon les principes « une équipe, un plan, un budget et un cadre de suivi ».
- Préparation proactive grâce à 11 exercices de simulation continentaux et régionaux menés entre 2023 et 2025, incluant des scénarios sur le choléra, la maladie à virus Marburg et les crises multi-risques liant les risques sanitaires et climatiques. En 2024, le premier exercice transfrontalier sur table a réuni le Kenya, l'Ouganda, le Rwanda et la République démocratique du Congo, marquant un nouveau niveau d'interopérabilité opérationnelle.

Ensemble, ces progrès démontrent que la capacité de préparation et de réponse aux situations d'urgence de l'Afrique a dépassé de manière décisive le stade des arrangements ponctuels. Grâce à des COUSP permanents, à une main-d'œuvre continentale déployable, à une logistique prépositionnée, à une gestion standardisée des incidents et à des tests de résistance réguliers par le biais de simulations, Africa CDC et les États membres ont mis en place une architecture de réponse crédible, résiliente et prête à l'emploi. Cette architecture a été testée à plusieurs reprises en 2025 et s'est révélée capable de mener rapidement des actions coordonnées et dirigées par les pays, ancrant ainsi la résilience collective et la souveraineté de l'Afrique face aux futures menaces sanitaires.

Préparation opérationnelle et financement

Africa CDC a encore renforcé la préparation et la réponse aux situations d'urgence en mettant en œuvre

le Cadre d'action pour la préparation et la réponse en 2024, qui lie explicitement la préparation technique et les critères opérationnels à des mécanismes de financement durables tels que le Fonds africain pour les épidémies. Ce cadre a marqué un changement radical, passant d'un financement réactif et ponctuel à un financement prévisible et lié à la performance qui récompense la préparation et l'action précoce. Au cours de la réponse au Mpox, les États membres ont collectivement contribué à hauteur de 60 millions de dollars américains aux budgets de préparation et d'intervention d'urgence, démontrant ainsi une appropriation et une solidarité nationales croissantes. Parallèlement, l'architecture coordonnée de plaidoyer et de financement d'Africa CDC a permis de mobiliser un total de 1,1 milliard de dollars américains en promesses et engagements, renforçant ainsi le principe selon lequel une préparation menée par l'Afrique, ancrée dans des institutions solides et une responsabilité claire, peut débloquer des ressources importantes et opportunes pour protéger les vies, les économies et la stabilité à travers le continent.

Intégration avec d'autres secteurs

Africa CDC a encore fait progresser une approche multirisques de la préparation et de la réponse en établissant délibérément un lien entre les risques sanitaires et les chocs climatiques et la dynamique des conflits grâce à son cadre « Une Seule Santé ». Cette approche reconnaît que les épidémies apparaissent et se propagent de plus en plus dans des contextes marqués par le stress environnemental, les déplacements de population et l'insécurité alimentaire. En 2025, la préparation et la réponse aux situations d'urgence ont commencé à s'articuler de manière plus systématique avec les structures de paix et de sécurité de l'Union africaine, permettant une coordination plus étroite entre l'action humanitaire et les opérations de santé publique dans les contextes fragiles et touchés par des conflits. Cette intégration a renforcé la capacité de l'Afrique à répondre de manière cohérente à des crises complexes où les menaces sa-

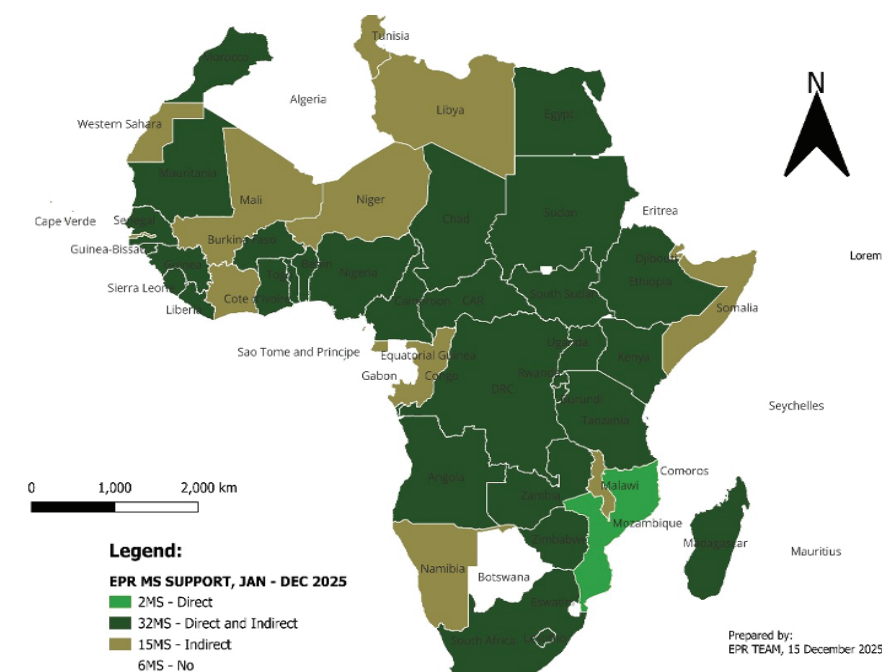


Figure 49 : Soutien d'Africa CDC aux États membres en matière de réponse aux urgences sanitaires

Tableau 13 : Résultats des indicateurs de performance clés en matière de préparation et de réponse aux épidémies (2022-2025)

Indicateur	2022	2025	(%) Évolution	Source
États membres évalués pour leur capacité à réagir en temps opportun aux urgences de santé publique prioritaires	0	4	Nouveau	Base de données EPR
États membres disposant des COUSP nationaux opérationnels	5	33	+560	Rapport Malabo 2025
Centres régionaux de COUSP opérationnels établis dans les cinq CCR d'Africa CDC	0	2	Nouvelle	Base de données EPR
COUSP nationaux créés et équipés d'une infrastructure TIC	5	32	+540	Base de données EPR
États membres ayant bénéficié d'une formation du personnel à la gestion du COUSP et à l'IMS	0	8	Nouveau	Base de données EPR
Exercices de simulation menés ou facilités	1	11	+1000 %	Base de données EPR
États membres ayant bénéficié d'un soutien pour mener des évaluations JEE	3	8	+167	Base de données EPR
Experts formés à la planification et à la gestion d'exercices de simulation	30	102	+240	Base de données EPR
Exercices de hiérarchisation des risques menés et rapports diffusés aux États membres	0	3	Nouveau	Base de données EPR
États membres soutenus dans leur réponse à des situations d'urgence de santé publique de niveau 2 ou 3	60	95	+35 pp	Base de données EPR

Indicateur	2022	2025	(%) Évolution	Source
Entrepôts d'urgence et centres logistiques mis en place pour soutenir les opérations d'intervention	0	1 (Douala)	Nouveau	Base de données EPR
Experts AVoHC intégrés au registre continental	369	1 377	+273	Base de données EPR
Déploiements d'experts AVoHC (jours-personnes par an) pris en charge lors d'interventions d'urgence	15	119	+693	Base de données EPR
Déploiements d'urgence pris en charge par les experts techniques AVoHC	411	575	+40	Rapport intermédiaire 2025 sur le Mpox / Rapports annuels (2018-2024)
Mobilisation des agents de santé communautaires pour soutenir la préparation et la réponse aux situations d'urgence	0	400	Nouveau	Rapport semestriel (2025)
Les agents de santé communautaires ont été formés et déployés pour soutenir les efforts de surveillance communautaire, de préparation aux situations d'urgence et d'intervention en cas d'épidémie.	0	3 786	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC
États membres soutenus dans l'élaboration de plans de préparation et d'intervention en cas d'urgence de santé publique (plans nationaux de préparation et d'intervention en matière de santé publique, plans multirisques, multisectoriels et d'urgence)	0	6	Nouveau	Base de données EPR
Atlas des risques élaboré par Africa CDC pour soutenir la planification de la préparation aux urgences de santé publique	Aucun	Élaboration de l'atlas en cours	Nouveau	Base de données EPR
Mise en œuvre de plans d'action conjoints transfrontaliers pour soutenir la préparation et la réponse aux urgences de santé publique	0	3	Nouveau	Base de données EPR

nitaires ne peuvent être traitées isolément.

Impact

Ces progrès se sont traduits par une profonde transformation institutionnelle et des gains opérationnels mesurables :

- Africa CDC fonctionne désormais comme un centre opérationnel continental, capable de coordonner en temps réel les interventions, la logistique, le déploiement des effectifs et l'alignement des partenaires, plutôt que d'opérer principalement comme un organisme politique et normatif.
- Le temps de réponse moyen aux urgences sanitaires a été réduit d'environ 50 % entre 2022 et 2025, grâce à une détection, un financement et une mobilisation opérationnelle plus rapides.

Pour la première fois, Africa CDC a mené avec succès une réponse continentale multipartite à une épidémie majeure de Mpox et de Choléra sans recourir à des intermédiaires de gestion externes, démontrant ainsi la capacité de l'Afrique à coordonner des opérations d'urgence à grande échelle sous sa propre direction.

e. Science et innovation

En 2022, le paysage de la recherche en Afrique sur les agents pathogènes émergents et réémergents restait fragmenté et insuffisamment coordonné. Africa CDC ne disposait pas d'un mécanisme officiel de coordination

de la recherche à l'échelle continentale, et la collaboration entre les instituts nationaux, les établissements universitaires et les bailleurs de fonds manquait de structure et d'alignement stratégique. Les scientifiques africains étaient largement considérés comme des contributeurs de données plutôt que comme des leaders ou des développeurs de thérapies et d'autres contre-mesures médicales. Parallèlement, il n'existait pas de cartographie complète des infrastructures de recherche ni de compréhension intégrée des capacités de recherche à travers le continent. Ces lacunes limitaient la capacité de l'Afrique à générer rapidement des preuves, à influencer les programmes de recherche mondiaux et à traduire la science en réponse opérationnelle.

Entre 2023 et 2025, Africa CDC a mené une transition décisive vers une recherche et une innovation africaines, positionnant la science comme un pilier central de la sécurité et de la souveraineté sanitaires. Cette transformation a ancré la recherche dans les systèmes de préparation et d'intervention, garantissant ainsi que la production de données probantes, l'innovation et les politiques se renforcent mutuellement.

Leadership continental en matière de recherche et d'innovation

Africa CDC a mis en place un cadre continental pour la coordination et la gouvernance de la recherche, permettant une mise à l'échelle, une cohérence et un leadership éthique :

- La plateforme de coordination de la recherche et

de l'innovation d'Africa CDC a été lancée en 2024, reliant plus de 2 500 scientifiques et 26 instituts de recherche nationaux. Des cadres continentaux sur la gouvernance, la hiérarchisation des priorités et l'éthique de la recherche ont été élaborés conjointement avec des scientifiques, des décideurs politiques et des universitaires africains afin d'orienter une recherche équitable et efficace à travers le continent.

- Quarante-huit études liées au Mpox ont été coordonnées à travers l'Afrique en partenariat avec l'OMS, la CEPI et l'Institut National de Santé des États-Unis, afin de combler les lacunes opérationnelles, cliniques et de mise en œuvre identifiées lors de la réponse.
- Le plan de recherche sur le Mpox a été élaboré en 2024, définissant les domaines de recherche prioritaires, notamment l'efficacité des vaccins, la génomique virale, les sciences socio-comportementales et les recherches sur les réservoirs animaux, afin de garantir que les efforts de recherche soient alignés sur les besoins en matière de santé publique.
- Africa CDC a codirigé la mise en œuvre du seul essai clinique thérapeutique sur le Mpox à l'échelle mondiale après l'échec du Tecovirimat à démontrer son efficacité, marquant une étape historique dans le positionnement de l'Afrique en tant que leader dans la recherche clinique sur les agents pathogènes émergents.

Renforcement de la pharmacovigilance et de la surveillance de la sécurité à Africa CDC

La pharmacovigilance et la surveillance de la sécurité sont au cœur du mandat d'Africa CDC, en particulier lors des urgences de santé publique et des épidémies qui nécessitent le déploiement rapide de vaccins et d'autres produits médicaux. Au cours de la période considérée, Africa CDC a joué un rôle de premier plan à l'échelle continentale pour renforcer les systèmes nationaux et régionaux de pharmacovigilance, en mettant l'accent à la fois sur le renforcement des capacités et la production de données probantes afin de garantir une surveillance de la sécurité rapide et de haute qualité dans tous les États membres de l'UA.

Afin de renforcer les capacités régionales, l'unité PV, en collaboration avec la Plateforme de sécurité pour les vaccins d'urgence (SPEAC), un projet financé par la CEPI, a organisé une formation sur le Comité de surveillance des données et de la sécurité (DSMB) en deux cohortes, qui a réuni 66 participants de plus de 30 États membres de l'UA, renforçant ainsi leur compréhension des rôles, des responsabilités et de la surveillance de la sécurité du DSMB dans les essais cliniques et les déploiements de vaccins d'urgence. Dans le prolongement de cette initiative, une formation continentale de deux

jours sur les événements indésirables d'intérêt particulier (AESI) a bénéficié à 40 participants de 20 États membres, améliorant leurs compétences en matière d'identification, de signalement et de gestion des AESI afin de garantir une surveillance rapide de la sécurité lors du déploiement des vaccins et des urgences de santé publique. D'autres cohortes pour la formation au DSMB et aux AESI sont prévues pour 2026 afin d'élargir le vivier d'experts qualifiés et d'assurer une couverture plus large à travers le continent.

En parallèle, Africa CDC a intensifié ses efforts en matière de production de données probantes sur la pharmacovigilance. En collaboration avec l'OMS, la CEPI, PATH et le Centre national de pharmacovigilance, l'unité PV a mis en œuvre une étude de surveillance des événements de cohorte (CEM) afin d'évaluer la sécurité du vaccin contre Mpox en RDC, en recrutant plus de 24 000 participants et en fournissant des données probantes essentielles issues du monde réel pour orienter la surveillance de la sécurité des vaccins et la prise de décision en matière de santé publique. En complément, une enquête continentale a été menée afin d'identifier les obstacles et les facteurs facilitant la détection et la gestion des signaux au sein des autorités réglementaires nationales et des centres de pharmacovigilance. Les résultats de cette enquête ont permis d'élaborer des interventions ciblées visant à renforcer les systèmes de surveillance de la sécurité et à optimiser les réponses réglementaires lors des opérations de routine et des situations d'urgence.

En outre, une recommandation a été formulée afin de normaliser les outils, les pratiques et les protocoles de pharmacovigilance lors des urgences de santé publique. L'objectif est de favoriser l'uniformité des pratiques et de garantir la disponibilité en temps utile de données comparables sur la sécurité dans tous les États membres de l'UA. Avec le soutien de l'initiative « Saving Lives and Livelihoods » (Sauver des vies et des moyens de subsistance) de la Fondation Mastercard et de l'Institut des maladies infectieuses, trois protocoles génériques ont été élaborés pour soutenir la pharmacovigilance d'urgence, notamment des protocoles pour la surveillance des événements de cohorte, la surveillance de la sécurité basée sur des sites sentinelles et le suivi des résultats en matière de sécurité chez les femmes enceintes pendant les campagnes de vaccination, fournissant ainsi des cadres adaptables pour une surveillance cohérente et fondée sur des preuves pendant les épidémies.

Recherche sur le renforcement des systèmes de santé

La recherche sur le renforcement des systèmes de santé (HSS) a joué un rôle déterminant dans la promotion de la mission d'Africa CDC visant à renforcer les systèmes de santé, à améliorer les résultats en matière de santé et à renforcer la préparation aux urgences de santé publique. Opérant dans un contexte de charge de morbidité persistante, d'épidémies récurrentes et de baisse des financements externes, la Division HSS se



Figure 50 : Participants à la formation sur les AESI

concentre sur des recherches pertinentes sur le plan politique, axées sur l'équité et adaptées aux réalités complexes des systèmes de santé africains.

Les systèmes de santé à travers l'Afrique sont confrontés à des défis structurels et opérationnels, notamment la fragmentation de la prestation des services, le financement national limité, la mise en œuvre insuffisante des interventions et l'utilisation insuffisante des données probantes dans la prise de décision. Les urgences telles que Ebola, le Mpx, la résurgence du paludisme et la tuberculose mettent en évidence les lacunes en matière de préparation, de continuité des services et de confiance de la communauté. De nombreuses interventions échouent non pas en raison d'un manque d'efficacité, mais en raison d'une mise en œuvre insuffisante, d'une adaptation contextuelle inadéquate et d'un engagement communautaire limité.

Élaboration d'un cadre de recherche opérationnelle en situation d'urgence et réalisation de recherches opérationnelles sur plusieurs priorités sanitaires

Compte tenu des défis uniques auxquels sont confrontés les systèmes de santé africains, notamment les contraintes en matière de ressources, la fragmentation des services et les épidémies récurrentes, il était essentiel de disposer d'un cadre adapté au contexte pour orienter la recherche opérationnelle pendant les urgences de santé publique. Africa CDC a élaboré un cadre de recherche opérationnelle pour les urgences de santé publique en Afrique. Ce cadre fournit des orientations structurées pour intégrer la recherche dans les cycles d'intervention d'urgence, en générant des données pertinentes pour les politiques en temps

réel afin d'éclairer la coordination, la prestation de services, la communication des risques et l'allocation des ressources. Il sera mis à la disposition du public en ligne afin de faciliter son adoption par les États membres et les partenaires.

En complément de ce cadre, des recherches opérationnelles sur le paludisme menées en Namibie, au Zimbabwe et au Lesotho ont permis d'identifier des goulets d'étranglement dans la lutte contre les vecteurs, l'approvisionnement en produits essentiels et l'adhésion des communautés, et ont donné lieu à des recommandations visant à renforcer les programmes de lutte contre le paludisme (<https://africacdc.org/news-item/africa-cdc-launches-operational-research-on-malaria-in-southern-africa/>).

La recherche opérationnelle en cours sur Ebola en République démocratique du Congo examine comment les systèmes de santé maintiennent les services essentiels et coordonnent la réponse dans des conditions d'épidémie prolongée.

Recherche sur la mise en œuvre pour l'amélioration des services de santé

Dans de nombreux pays africains, les résultats du traitement de la tuberculose sont compromis par les taux élevés de défaut de traitement et de perte de suivi des patients, ce qui souligne le besoin urgent de stratégies innovantes pour soutenir l'observance et garantir l'achèvement du traitement. Afin d'améliorer l'observance des patients atteints de tuberculose, Africa CDC a mené des recherches sur la mise en œuvre au Liberia et en Éthiopie, explorant des interventions numériques, notamment des SMS et des appels téléphoniques bidi-



Figure 51 : Recherche opérationnelle sur le terrain concernant l'entomologie du paludisme – activités de collecte de données, 2025

rectionnels. Ces études comblent les lacunes en matière d'observance du traitement en fournissant des preuves de la faisabilité, de l'acceptabilité et de l'évolutivité des technologies numériques d'observance dans les contextes où les ressources sont limitées, conformément aux meilleures pratiques mondiales. <https://africacdc.org/news-item/africa-cdc-study-explores-sms-messaging-to-strengthen-tb-treatment/>

Recherche socio-comportementale et engagement communautaire

Il est essentiel de comprendre les facteurs comportementaux pour répondre efficacement à une épidémie. Africa CDC a mené des recherches socio-comportementales sur le Mpox dans dix États membres, et la collecte de données a été achevée dans huit pays. Les résultats ont permis d'élaborer des stratégies de communication sur les risques et d'engagement communautaire adaptées à la culture, ce qui a permis d'améliorer le respect des mesures préventives et de renforcer la confiance dans les services de santé.

Réforme et pérennité du système de santé

En réponse à la baisse des financements des bailleurs de fonds, Africa CDC a mené une évaluation rapide dans plusieurs pays sur les réformes des systèmes de santé, en examinant les innovations en matière de financement, de gouvernance et de prestation de services. La collecte de données au Zimbabwe et au Burundi a mis en évidence des stratégies visant à renforcer la rési-

lience des systèmes, à consolider les soins de santé primaires et à faire progresser la couverture sanitaire universelle, fournissant ainsi des données probantes pour orienter des modèles durables de financement et de gouvernance nationaux.

Grâce à ces efforts intégrés, Africa CDC fait preuve de leadership en traduisant les données probantes en interventions concrètes, en relevant les défis systémiques en matière de santé et en soutenant les États membres dans des contextes courants et d'urgence.

Renforcer la capacité de publication scientifique des chercheurs africains dans le domaine de la santé

L'Afrique est en retard par rapport à la moyenne mondiale en matière de production de publications. Seuls 2 à 3 % des publications mondiales liées à la santé sont rédigées par des chercheurs africains, alors que l'Afrique supporte 25 % de la charge mondiale de morbidité. Cela s'explique notamment par les capacités limitées des chercheurs africains, le financement limité de la recherche et des publications, et les préjugés inhérents des éditeurs de revues à l'égard des chercheurs et des manuscrits africains. L'Afrique est également en retard dans la documentation des meilleures pratiques et des enseignements tirés de la mise en œuvre des programmes. Africa CDC comble cette lacune en mettant en œuvre un programme de formation et de mentorat en rédaction scientifique sur mesure destiné aux professionnels de la santé et aux chercheurs en début de carrière issus des instituts nationaux de santé publique et des ministères de la santé. En 2025, Africa CDC a dispensé une formation à la rédaction scientifique et un mentorat à plus de 80 participants issus de 25 États membres de l'UA, ce qui a permis l'élaboration de manuscrits à partir des programmes de santé qu'ils mettaient en œuvre dans leurs pays respectifs. Africa CDC a publié un nombre record de 158 articles scientifiques de haute qualité et pertinents sur le plan politique dans des revues internationales évaluées par des pairs (*figure 52*).

La revue Journal de Santé Publique en Afrique (JPHIA), propriété d'Africa CDC, offre une plateforme permettant de mettre en avant les débats, les enseignements et les pratiques africains en matière de santé. En 2025, le JPHIA a publié un nombre record de 167 articles soumis par 47 pays africains (*figure 53*).

Système de gestion des connaissances facilitant l'échange de connaissances et la prise de décisions éclairées

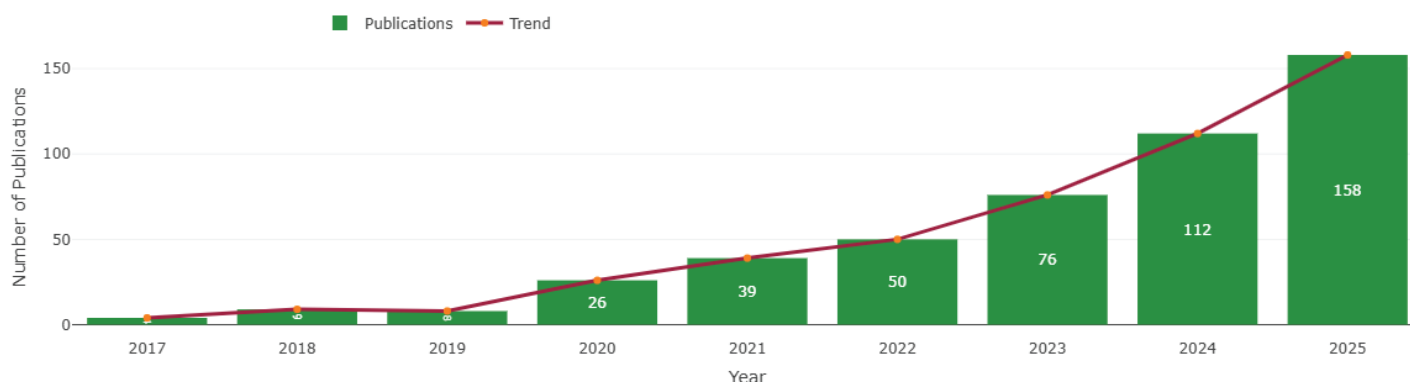


Figure 52 : Tendance des publications scientifiques d’Africa CDC

Africa CDC a pour mission de renforcer les capacités des institutions de santé publique à travers l’Afrique grâce à un réseau continental axé sur la préparation, la surveillance, les systèmes de laboratoire, les interventions d’urgence et la recherche. Au cœur de cette mission se trouve une infrastructure solide de gestion des connaissances qui garantit un accès rapide à l’information, favorise la collaboration et améliore la prise de décision fondée sur des données probantes. Un système de gestion des connaissances solide permet : la production, la collecte et la diffusion d’informations essentielles en matière de santé publique ; la collaboration entre les parties prenantes afin de partager les enseignements tirés et les meilleures pratiques ; la prise de décision fondée sur des données afin d’améliorer la préparation et la réponse aux épidémies ; et une communication rapide avec le public et les partenaires lors des urgences sanitaires.

Conformément au Plan stratégique d’Africa CDC (2023-2028), des activités de gestion des connaissances ont été mises en œuvre afin de renforcer la transposition de la recherche dans les politiques et les pratiques et de favoriser l’échange de connaissances et d’informations entre les États membres. Cela comprend, sans s’y limiter, l’identification proactive des domaines dans lesquels de nouvelles orientations sont nécessaires pour aider les États membres à élaborer des politiques (tant dans des contextes d’urgence que non urgents), l’analyse des données probantes afin d’élaborer des documents d’orientation à l’intention des États membres, la promotion de cadres qui guident l’élaboration des politiques de santé publique des États membres, l’évaluation régulière des lacunes dans les cadres politiques existants, la publication régulière des résultats scientifiques africains et la formation des chercheurs des États membres à la publication dans le Journal de Santé Publique en Afrique d’Africa CDC et dans d’autres revues scientifiques. Il s’agit également d’impliquer de manière proactive les États membres dans l’élaboration de directives et de recommandations pertinentes en

matière de politique de santé publique et de fournir une assistance technique pour aider les États membres à mettre en œuvre ces politiques, notamment en adoptant des innovations et en facilitant la production, le partage et la traduction des connaissances en matière de santé dans les États membres.

Africa CDC a mis en place la Plateforme africaine de gestion des connaissances (<https://khub.africacdc.org/>), une plateforme centralisée qui rassemble et partage les produits de connaissance d’Africa CDC et des États membres. Il s’agit notamment de rapports sur les interventions en cas d’épidémie, de bonnes pratiques et de solutions innovantes visant à renforcer les systèmes de santé et les efforts de lutte contre les maladies. En 2025, Africa CDC a renforcé les systèmes de gestion des connaissances en élaborant des documents d’orientation tels que la stratégie, le cadre et la feuille de route de mise en œuvre de la gestion des connaissances, en lançant le portail continental de gestion des connaissances et en élargissant cette initiative en étendant la portée du centre à cinq États membres : la Namibie, le Gabon, la Tunisie, l’Ouganda et le Nigeria. Le déploiement dans d’autres États membres se poursuivra en 2026.

Innovation et développement technologique

Africa CDC a également fait progresser l’innovation en tant que catalyseur stratégique de la préparation et de la réponse, en établissant un lien entre la recherche, la transformation numérique et le développement de produits :

- Le pôle d’innovation d’Africa CDC a été lancé en 2024 afin d’incuber des solutions numériques et biotechnologiques pour la surveillance des maladies, la réponse aux épidémies et la résilience des systèmes de santé.
- Des outils pilotes d’alerte précoce basés sur l’intelligence artificielle et intégrant des données

Q: Published article author location

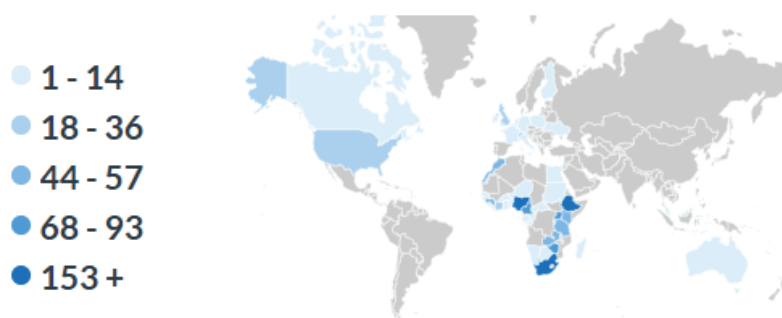


Figure 53 : Pays d'origine des articles publiés dans le JPHIA

climatiques et épidémiologiques ont été soutenus au Kenya et au Rwanda, renforçant ainsi l'analyse prédictive pour la préparation aux épidémies.

- Des partenariats avec le Fonds pour la science, la technologie et la bio-informatique ont permis la création de centres nationaux de données de renseignement, reliant la recherche à l'analyse numérique pour la santé maternelle et infantile et la surveillance des épidémies.
- En collaboration avec Drive Africa à l'université du Cap et le DRIVE Centre à l'université Emory, Africa CDC a soutenu le développement de deux candidats antiviraux ciblant le chikungunya et les filovirus, notamment les virus Ebola Soudan, Ebola Zaïre et Marburg.
- Africa CDC a lancé la première étude basée sur l'intelligence artificielle pour la détection du Mpox à Kinshasa, en République démocratique du Congo, démontrant ainsi la faisabilité du déploiement de diagnostics numériques avancés dans des contextes complexes et à forte charge.

4^{ème} Conférence internationale sur la santé publique en Afrique (CPHIA)

La 4^{ème} Conférence internationale sur la santé publique en Afrique (CPHIA 2025), qui s'est tenue à Durban, en Afrique du Sud, a marqué un tournant décisif dans la diplomatie sanitaire et le leadership institutionnel de l'Afrique. Organisée sous le thème « Vers l'autosuffisance pour parvenir à la couverture sanitaire universelle et à la sécurité sanitaire en Afrique », la conférence a réuni plus de 1 400 délégués en personne, 16 530 participants virtuels et des dirigeants de plus de 20 pays, notamment des ministres de la santé, des scientifiques, des représentants de la société civile et des jeunes.

La CPHIA 2025 a fermement positionné Africa CDC

comme le principal porte-parole de l'agenda sanitaire du continent, le directeur général déclarant : « **L'Afrique n'est plus un simple bénéficiaire. Nous sommes les co-architectes de la santé mondiale** ». L'événement s'inscrivait dans le cadre stratégique de la volonté du continent d'atteindre l'autonomie en matière de financement de la santé, de fabrication locale et de systèmes numériques et génomiques intégrés.

Avec plus de **48 événements parallèles en présentiel, trois plénières et huit sessions de haut niveau**, la conférence a facilité l'alignement des politiques dans des domaines prioritaires, notamment

- Financement national de la santé et arguments en faveur de l'investissement
- La numérisation des soins de santé primaires et les infrastructures résilientes
- La fabrication locale de vaccins et de diagnostics
- Une Seule Santé, résilience climatique et RAM
- Cadres continentaux de responsabilité et souveraineté des données

Il est important de noter que la **Promesse de Durban**, déclaration finale de la CPHIA 2025, a établi un engagement mené par l'Afrique visant à renforcer les institutions de santé publique, le développement de la main-d'œuvre et la collaboration régionale. Le lancement de la **stratégie d'Africa CDC pour l'Engagement et la Participation des Jeunes dans la Santé Mondiale (YES!Health) 2025-2028**, par le Programme des Jeunes d'Africa CDC en collaboration avec la GIZ Union africaine, a remis l'accent sur l'investissement et l'innovation intergénérationnels et a renforcé l'engagement à construire un avenir où les jeunes mènent la transformation de la santé publique en Afrique.

Le CPHIA est désormais largement reconnu comme le rendez-vous phare de l'Afrique en matière de politique,



CPHIA 2025

Photo : La CPHIA 2025 à Durban, en Afrique du Sud.

de science et d'investissement dans le domaine de la santé publique. Ses résultats alimentent directement le programme AHSS de l'Union africaine et le discours sur la réforme de la santé mondiale, en amont du sommet des ministres de la santé du G20 en Afrique du Sud.

Ensemble, ces réalisations marquent une transformation fondamentale. L'Afrique n'est plus un site passif pour la recherche menée par des acteurs extérieurs, mais un architecte actif de son avenir scientifique. En institutionnalisant la coordination de la recherche, en renforçant le leadership scientifique africain et en reliant directement l'innovation à la préparation et à la réponse, Africa CDC a jeté les bases d'un écosystème de recherche souverain capable de générer des solutions pour l'Afrique et de contribuer de manière significative à la sécurité sanitaire mondiale.

Partenariats pour l'excellence scientifique

Les partenariats stratégiques sont au cœur de l'ambi-

tion d'Africa CDC de positionner l'Afrique non seulement comme un lieu de recherche, mais aussi comme un leader mondial dans le domaine de la découverte scientifique, de l'innovation et de la transposition. Entre 2023 et 2025, Africa CDC a délibérément remodelé ses partenariats afin de passer d'une collaboration transactionnelle à une co-création, une gouvernance partagée et un leadership scientifique africain, garantissant ainsi que la coopération mondiale renforce les capacités continentales, la sécurité sanitaire et la souveraineté.

Parmi les principales réalisations, on peut citer

- Africa CDC a co-organisé le Sommet africain sur la recherche en 2024 avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies, réunissant des gouvernements, des bailleurs de fonds et des scientifiques afin de définir des priorités communes pour la recherche sur les pandé-

Tableau 14 : Résultats des indicateurs clés de performance en matière de science et d'innovation (2022-2025)

Indicateur	2022	2025	Variation	Source
Projets de recherche continentaux actifs coordonnés par Africa CDC	0	48	Nouveau	Rapport à mi-parcours sur Mpxx 2025)
Scientifiques engagés dans le réseau continental dirigé par Africa CDC	200	2 500	+1 150	Base de données PIRS d'Africa CDC
Plans de recherche publiés (Africa CDC)	0	3	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC
Écosystème continental de recherche officiellement établi et opérationnel	Non	Oui	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC
Publications scientifiques d'Africa CDC	50	158	+216	Suivi des publications



Les dirigeants d'Africa CDC et des jeunes lors du lancement de la stratégie YES!Health 2025-2028 lors de la CPHIA 2025, à Durban, en Afrique du Sud

Indicateur	2022	2025	Variation	Source
Articles scientifiques rédigés par des auteurs africains et publiés dans le Journal de Santé Publique en Afrique (JPHIA)	0	167	Nouveau	Tableau de bord JPHIA
Notes d'orientation et conseils techniques élaborés et diffusés sur la base de recherches menées en Afrique	0	2	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC
Cartographie continentale des instituts de recherche en santé achevée.	0	3	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC
Institutions bénéficiant d'une aide pour l'évaluation de leurs besoins en matière de capacités de recherche	0	70	Nouveau	Base de données PIRS d'Africa CDC
États membres adoptant des systèmes de gestion et de partage des connaissances	0	5	Nouveau	Portail d'Africa CDC sur le Centre africain de données épidémiologiques

mies, en accord avec les besoins et les réalités de l'Afrique.

- Grâce à un plaidoyer coordonné et à une crédibilité scientifique renforcée, Africa CDC a obtenu un cofinancement de 40 millions de dollars américains pour la recherche appliquée de la part de l'Institut National de Santé des États-Unis, du programme Horizon Europe de l'Union européenne et du Wellcome Trust, renforçant ainsi la recherche menée par l'Afrique sur les menaces épidémiques prioritaires.
- Une collaboration officielle a été établie avec le Consortium des instituts de recherche en santé africains afin de renforcer les processus d'examen éthique, d'harmoniser les normes en matière de

données et de promouvoir la confiance, la transparence et l'équité dans la recherche multinationale.

- Africa CDC a co-organisé une conférence scientifique africaine sur les thérapies naturelles avec le gouvernement ougandais, réunissant une centaine de scientifiques africains de plusieurs États membres. Cette conférence a conduit au développement et au lancement de deux molécules thérapeutiques naturelles contre Mpxv, découvertes et mises au point par des scientifiques africains, démontrant ainsi la capacité de l'Afrique à traduire les connaissances indigènes et l'innovation locale en solutions concrètes en matière de santé.
- Des collaborations stratégiques ont été établies

avec des institutions de recherche de premier plan en Afrique du Sud, notamment l'Institut national des maladies transmissibles, le Conseil pour la recherche scientifique et industrielle et l'Institut de recherche en médecine nucléaire, ainsi qu'avec l'Institut kenyan de recherche sur les primates. Ces partenariats soutiennent les scientifiques africains tout au long du continuum de la recherche, de la science de la découverte aux études in vitro et in vivo, contribuant ainsi à combler le fossé entre l'innovation et l'impact translationnel.

Ensemble, ces partenariats illustrent un nouveau modèle de collaboration scientifique dans lequel l'Afrique définit les priorités, mène les découvertes et traduit la science en solutions pour ses propres populations et pour la communauté mondiale. En ancrant les partenariats dans l'équité, la gouvernance partagée et le renforcement des capacités à long terme, Africa CDC contribue à la mise en place d'un écosystème de recherche africain souverain et durable qui renforce la préparation, la réponse et la résilience à travers le continent.

Africa CDC a renforcé la gouvernance de la recherche, la gestion des connaissances et la recherche appliquée à l'échelle continentale, en aidant 35 États membres à cartographier et à définir les priorités nationales en matière de recherche sanitaire et à identifier les institutions de recherche sanitaire impliquées dans la découverte de médicaments, la recherche préclinique et les essais cliniques. La cartographie a permis d'identifier quarante-huit sites de découverte de médicaments, 370 sites de recherche fondamentale et préclinique, 209 sites d'essais cliniques et deux cents sites de recherche sur les vaccins. La gouvernance de la recherche sur les épidémies a été renforcée grâce à un atelier sur l'éthique organisé à Kigali en septembre 2025, qui a abouti à l'élaboration de lignes directrices

pour une procédure conjointe d'examen éthique de 10 à 15 jours.

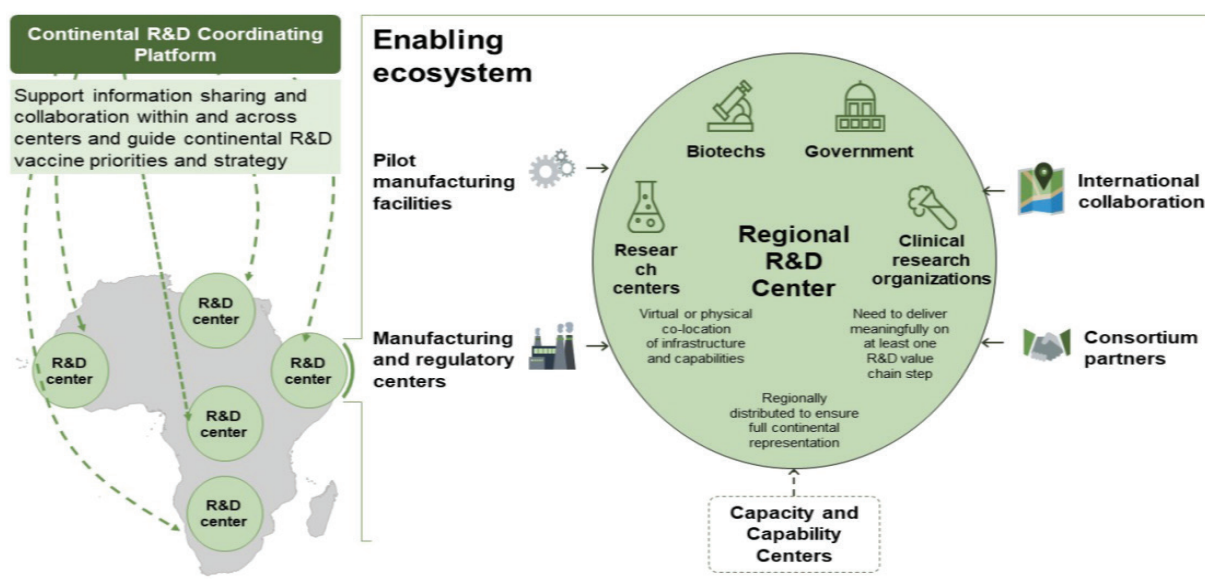
Principaux résultats en 2025

Africa CDC s'est imposé comme le coordinateur scientifique et le courtier de connaissances de confiance du continent, ancrant la recherche, l'innovation et la production de données probantes dans le cadre plus large du programme africain pour la sécurité et la souveraineté sanitaires. Sous sa direction, les priorités de recherche de l'Afrique ne sont plus marginales, mais influencent de plus en plus les discussions et les investissements mondiaux sur les pandémies, le climat et la santé, ainsi que la bio-fabrication. Ce changement s'est traduit par une action plus rapide : le délai entre la conception de la recherche et sa mise en œuvre a été réduit de 12 mois en moyenne en 2022 à environ quatre mois en 2025, ce qui permet d'étayer les réponses par des données probantes en temps quasi réel.

En conséquence, les institutions de recherche internationales d'Europe, des États-Unis et d'Amérique latine recherchent de plus en plus des partenariats structurés avec la Direction scientifique d'Africa CDC, qu'elles reconnaissent comme le centre d'échange scientifique du continent pour la recherche et le développement. Ce rôle renforce la coordination, réduit les doublons et garantit que les recherches menées sur le continent soutiennent directement la réponse aux épidémies et accélèrent les progrès vers la réalisation du programme de fabrication locale de l'Afrique. Ensemble, ces avancées démontrent que Africa CDC ne se contente pas de coordonner la science, mais redéfinit aussi activement la manière dont les connaissances sont générées, gérées et traduites afin de protéger la santé et l'avenir de l'Afrique.

Financement d'urgence (AfEF et fonds Mpox)

Figure 54 : Écosystème scientifique et d'innovation d'Africa CDC (2025)



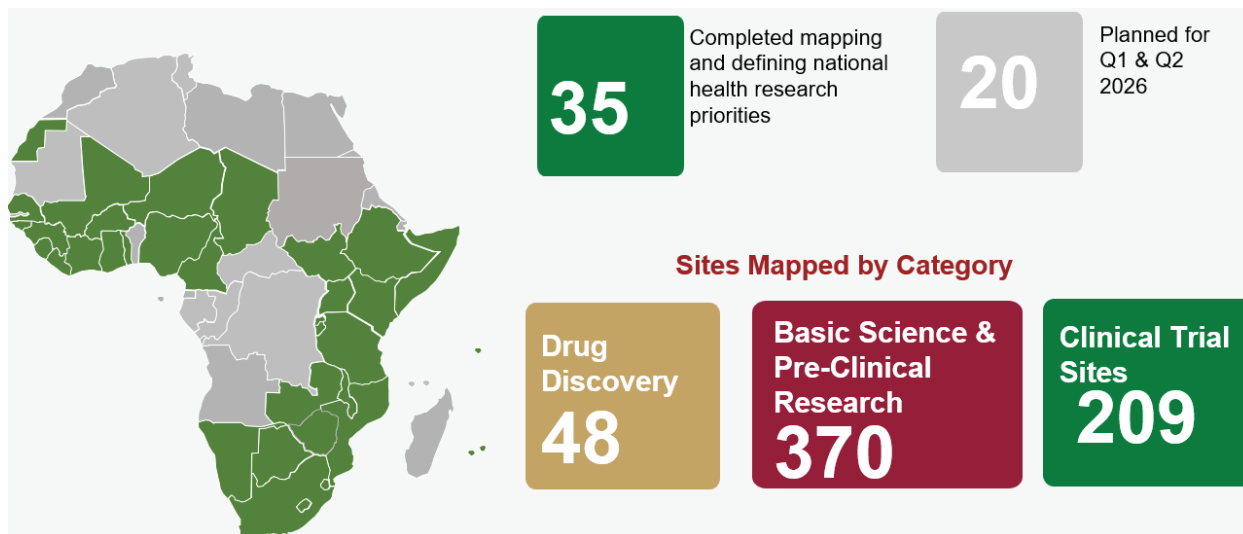


Figure 55 : Cartographie des infrastructures de recherche en Afrique par Africa CDC (2025)

En 2025, le Fonds africain pour les épidémies (AfEF) a transformé le financement des interventions d'urgence, qui était auparavant une vulnérabilité, en un atout continental. Dans le cadre de la sécurité et de la souveraineté sanitaires en Afrique, l'AfEF n'est pas seulement une ligne de financement, c'est aussi le mécanisme d'assurance contre les épidémies de l'Afrique : rapide, géré par l'Afrique et conçu pour enrayer les épidémies avant qu'elles ne se transforment en crises. Historiquement, un financement tardif signifiait une action tardive, et une action tardive signifiait une escalade. L'AfEF a inversé cette logique en réduisant le délai moyen de mobilisation du financement d'urgence de 21 à 7 jours, permettant ainsi une maîtrise plus rapide grâce à des diagnostics rapides, au déploiement immédiat des capacités AVoHC et IMST, à la protection des communautés et à la CREC, ainsi qu'à la reconstitution en temps utile des stocks d'urgence.

Le Fonds africain pour les épidémies (AfEF) et le financement d'urgence associé pour le Mpox ont traduit les engagements continentaux en opérations visibles sur le terrain. Au total, 38 691 743 dollars américains ont été obtenus, dont 14 031 265 dollars ont été versés ou engagés pour des opérations d'urgence, laissant un solde actuel de l'AfEF et une fenêtre de réponse rapide de 24 660 478 dollars américains pour maintenir l'état de préparation et permettre une activation immédiate en cas d'apparition ou d'escalade d'épidémies. Ces ressources ont permis de soutenir la préparation et la réponse au choléra grâce à l'achat de tests de diagnostic rapide dans douze pays, de financer des opérations d'urgence dans le cadre des réponses au Mpox et au virus de Marburg, et de renforcer la mise en œuvre inter-piliers en alignant les décisions de financement sur la préparation opérationnelle et la capacité logistique. Dans les zones fortement touchées par le Mpox, notam-

ment en Sierra Leone, au Ghana, en Guinée, au Libéria et dans d'autres pays, l'AfEF a contribué à soutenir les opérations de réponse là où le nombre de cas et la pression sur les systèmes de santé étaient les plus élevés. En Namibie, l'action menée par l'AfEF dans les 48 heures suivant la déclaration de l'épidémie a permis de fournir une assistance technique rapide, de renforcer la surveillance et la prise en charge des cas et d'accélérer la confirmation en laboratoire, contribuant ainsi à contenir l'épidémie à la source avec seulement deux cas confirmés.

L'AfEF a également financé des missions nationales essentielles et des programmes d'accélération de la riposte dans les zones prioritaires touchées par le Mpox et le choléra (notamment l'Angola, le Burundi, le Congo, la République démocratique du Congo, le Kenya, le Malawi et d'autres pays). Ces missions ont soutenu la coordination de haut niveau, les examens intra-action, la supervision de la vaccination et la recherche active de cas, la supervision de soutien pour la surveillance et la PCI, et ont intensifié les activités CREC et communautaires afin de réduire la fragmentation et de renforcer l'appropriation par les pays de la mise en œuvre des mesures d'intervention. Ces actions ont directement renforcé la voie vers la désescalade et la transition entre le contrôle d'urgence et les efforts d'élimination durable.

L'AfEF a renforcé les systèmes centraux qui traduisent les décisions politiques en actions opérationnelles. En 2025, les investissements soutenus par l'AfEF ont permis une augmentation de 40 % des capacités de stockage et de distribution du centre logistique de l'UA à Douala, au Cameroun, renforçant ainsi la capacité de l'Afrique à acheminer rapidement des vaccins, des EPI et des fournitures de laboratoire à travers les frontières. Voici à quoi ressemble la sécurité dans la pratique : un

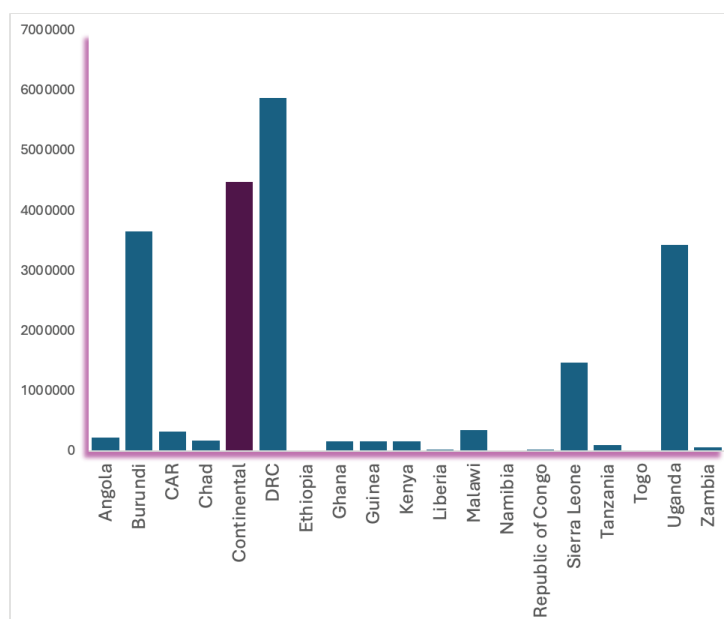


Figure 56 : Répartition des fonds Mpxv par pays et par pilier

financement prévisible lié à des fournitures prépositionnées, des équipes d'intervention coordonnées et une architecture permanente de gestion des incidents. L'AfEF renforce donc la confiance du continent non pas par des promesses, mais par une rapidité, une portée et une capacité de livraison répétée qui ont fait leurs preuves.

L'AfEF, moteur financier du Système de Préparation aux Interventions d'Urgence (SPIU).

À l'avenir, l'AfEF sera positionnée comme le moteur financier catalyseur du système de préparation aux interventions d'urgence (SPIU), le modèle hérité d'Africa CDC issu de la réponse au Mpxv, conçu pour renforcer les 48 premières heures à quatre semaines de toute réponse à une épidémie. Le SPIU institutionnalisera un mécanisme « prêt à agir » appartenant au continent, fondé sur des plans préapprouvés, des listes d'intervention d'urgence, des voies logistiques et une prise de décision rapide au niveau du siège, des CCR et des pays. L'AfEF rendra le SPIU opérationnel en veillant à ce que, dès qu'une épidémie est déclarée ou s'aggrave, le financement soit immédiatement débloqué pour activer les déploiements, les diagnostics et le matériel, sans attendre les promesses de dons ad hoc ou les retards d'approvisionnement.

Dans ce modèle, l'AfEF fournit un financement rapide et déclenché par des critères, tandis que le SPIU fournit l'architecture opérationnelle qui convertit les ressources en actions. Ensemble, ils veilleront à ce que les épidémies soient contenues à la source, à ce que la fragmentation des interventions soit minimisée et à ce que les États membres considèrent la préparation comme une protection réelle et non comme une promesse abstraite.

L'avenir de l'AfEF sera également renforcé par des liens délibérés avec des instruments de financement à plus long terme, notamment les investissements soutenus par le Fonds pandémique et le Fonds africain de développement. L'orientation stratégique consiste à créer une échelle de financement cohérente : l'AfEF finance

et exécute la première intervention d'urgence ; le Fonds pandémique et les instruments de la BAD financent le renforcement durable des systèmes, notamment les COUSP, les laboratoires, la surveillance, la main-d'œuvre et la fabrication locale, afin que chaque intervention d'urgence renforce simultanément la résilience à long terme. Cette approche intégrée renforcera la sécurité sanitaire de l'Afrique, accélérera la souveraineté et démontrera qu'investir tôt dans la préparation est le moyen le plus rentable de protéger l'Afrique et le monde.

2.3 Impact sur les pays

La prévention, la préparation et la réponse aux pandémies se sont traduites par des avantages clairs et tangibles pour les États membres de l'Union africaine. En passant d'un soutien fragmenté et dicté par les crises à des systèmes continentiels intégrés, Africa CDC a permis aux pays de réagir plus rapidement, de mieux coordonner leurs efforts et de maintenir les services de santé essentiels même sous une pression prolongée.

Les principaux avantages pour les États membres ont été les suivants

- Une détection et une notification plus rapides des menaces pour la santé publique, réduisant les angles morts de la surveillance et permettant une intervention plus précoce et plus décisive.
- Réduction de la fragmentation des interventions, les pays opérant dans un cadre continental commun de gestion des incidents qui aligne les efforts nationaux sur la coordination régionale et continentale.
- Un accès prévisible à une expertise ponctuelle grâce aux mécanismes d'Africa CDC, permettant aux pays de combler rapidement les lacunes critiques en matière de compétences sans longues négociations bilatérales ou accords ad hoc.

- L'élargissement de la portée des laboratoires, en particulier pour les diagnostics et le séquençage génomique, renforçant la détection, la surveillance et la réponse aux épidémies aux niveaux infranational et national.
- Renforcement de l'appropriation nationale, les capacités de préparation et d'intervention étant intégrées dans les institutions nationales plutôt que dépendantes de plateformes externes ou temporaires.

Pour les pays confrontés à des épidémies répétées ou simultanées, le soutien de la PPPR s'est avéré particulièrement transformateur. En stabilisant les opérations d'intervention et en renforçant la continuité institutionnelle, Africa CDC a contribué à réduire la pression opérationnelle, à protéger les services de santé essentiels et à garantir que les interventions d'urgence ne se fassent pas au détriment de la résilience à long terme du système.

Traduire la stratégie continentale en impact national

Entre 2023 et 2025, Africa CDC est passé d'un soutien d'urgence ponctuel à une mise en œuvre intégrée et prise en charge par les pays, démontrant ainsi comment les systèmes continentaux se traduisent en résultats nationaux mesurables. Les études de cas suivantes illustrent comment les laboratoires, les vaccins, la génomique et les thérapies ont été mobilisés dans le cadre d'une architecture unifiée afin de renforcer la préparation et la réponse.

Étude de cas au Burundi : décentralisation des capacités de laboratoire pendant la réponse au virus Mpx

Défi

Au début de l'épidémie de Mpx, le Burundi était confronté à des capacités de diagnostic limitées et concentrées dans la capitale, ce qui a entraîné des retards dans la confirmation, la recherche des contacts et l'intensification de la réponse, en particulier dans les zones frontalières et rurales.

Grâce au pilier « laboratoires » de l'IMST, Africa CDC a soutenu la décentralisation rapide des diagnostics de Mpx, en déployant des capacités de test dans les laboratoires infranationaux et en renforçant les réseaux d'orientation des échantillons. Cela comprenait :

- Le passage d'un à cinquante-six laboratoires capables de détecter le Mpx
- Le déploiement de plateformes et de cartouches GeneXpert
- La formation du personnel de laboratoire au diagnostic de Mpx et à la biosécurité
- L'intégration des laboratoires décentralisés dans les systèmes de notification nationaux et continen-

taux

Impact

- Les délais de diagnostic ont été considérablement réduits.
- Les tests de dépistage du Mpx ont été étendus au-delà de la capitale à l'ensemble des cinquante-six districts du pays.
- Une détection plus précoce a permis une isolation plus rapide, la recherche des contacts et l'engagement de la communauté.

Importance stratégique

Le Burundi a démontré que la décentralisation des laboratoires n'est pas un luxe, mais une condition préalable à la lutte contre les épidémies, validant ainsi la stratégie d'Africa CDC qui consiste à intégrer les diagnostics dans les systèmes nationaux de routine plutôt que de s'appuyer sur des tests d'urgence centralisés.

Étude de cas en Ouganda : générer des données sur l'efficacité du vaccin contre le Mpx dans des conditions réelles.

Défi

Les vaccins contre Mpx ayant été déployés dans des conditions d'urgence, les fonds disponibles étaient limités, tout comme les données concrètes sur l'efficacité, le ciblage optimal et la faisabilité opérationnelle dans le contexte africain. Africa CDC a aidé l'Ouganda à mobiliser 361 480 doses de vaccins et à intégrer la recherche sur l'efficacité des vaccins dans la réponse au Mpx en :

- Déployant 193 958 doses de vaccin pour contrôler l'épidémie
- Intégrant des protocoles de recherche dans les activités de vaccination de routine
- renforçant la surveillance afin de relier le statut vaccinal aux résultats cliniques
- soutenant la collaboration entre les autorités nationales, Africa CDC et les partenaires universitaires

Impact

- L'Ouganda a généré des données pertinentes au niveau local sur l'efficacité du vaccin contre le Mpx.
- Les résultats ont permis d'élaborer des stratégies de vaccination adaptatives et de donner la priorité aux groupes à haut risque.
- Ces données ont contribué à l'apprentissage continental et aux discussions politiques sur la vaccination contre le Mpx.

Importance stratégique

L'Ouganda illustre comment la réponse et la recherche peuvent être intégrées, permettant à l'Afrique de générer sa propre base de données probantes et de réduire

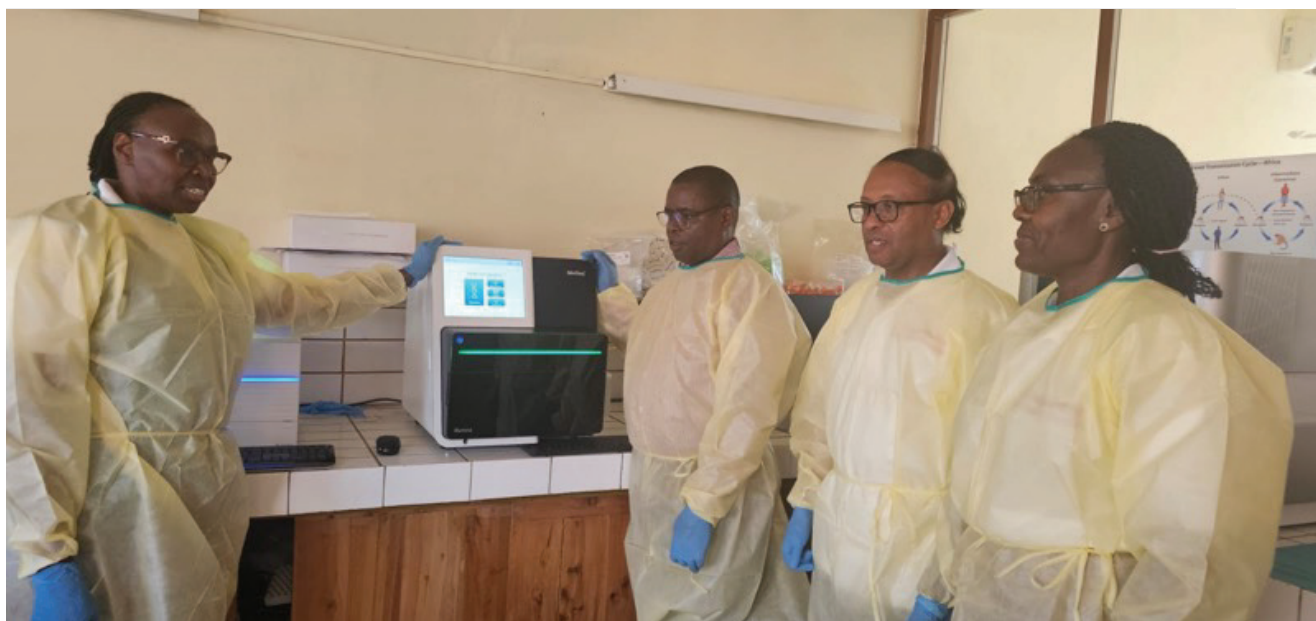


Figure 57 : Formation à la décentralisation des laboratoires à Bujumbura, au Burundi.

sa dépendance vis-à-vis des données externes pour les décisions politiques.

Étude de cas au Rwanda : réponse rapide et innovante à la maladie à virus Marburg

Défi

La détection de la maladie à virus Marburg (MVD) a nécessité une réponse immédiate et très précise afin d'éviter une escalade, compte tenu du taux de létalité élevé et du potentiel épidémique de l'agent pathogène.

Africa CDC a soutenu le Rwanda par le biais :

- L'activation et la coordination rapides de l'IMST
- Le déploiement d'approches de recherche innovantes, notamment l'utilisation de vaccins candidats et du remdesivir dans le cadre de protocoles contrôlés
- Le renforcement des diagnostics en laboratoire, de la prévention et du contrôle des infections (PCI) et de la prise en charge clinique
- Le partage de données en temps réel et l'analyse génomique

Impact

- Le Rwanda a rapidement maîtrisé les cas de maladie à virus Marburg, avec le taux de létalité le plus bas observé.
- Aucune transmission incontrôlée ne s'est produite.

- La réponse a démontré l'utilisation sûre, éthique et efficace de contre-mesures innovantes dans le contexte africain.

Importance stratégique

La réponse du Rwanda a démontré la capacité de l'Afrique à déployer rapidement et de manière responsable des outils biomédicaux de pointe, renforçant ainsi la confiance dans la gestion des épidémies menée par l'Afrique.

Étude de cas en Sierra Leone : une réponse intégrée centrée sur la communauté entraîne un déclin rapide de la transmission du virus Mpox.

Défi

La Sierra Leone a été confrontée à une transmission communautaire soutenue du Mpox, due à la détection tardive des cas, à la stigmatisation, à la confiance limitée de la communauté et aux difficultés à atteindre les populations à haut risque et mobiles. La surveillance traditionnelle basée sur les établissements s'est avérée insuffisante pour interrompre les chaînes de transmission.

Sous la direction nationale et la coordination de l'IMST, la Sierra Leone a mis en œuvre un modèle d'intervention entièrement intégré combinant une surveillance communautaire, une vaccination ciblée et une communication innovante sur les risques et l'engagement communautaire (CREC). Au cœur de cette approche se trouvait l'opération « Find Them All » (Trouvez-les tous), qui se concentrait sur la recherche proactive des cas

et l'interruption précoce de la transmission au niveau communautaire.

Les éléments clés comprenaient:

- Le déploiement d'agents de santé communautaires et de bénévoles pour renforcer la surveillance communautaire et basée sur les événements
- La mise en relation rapide des cas suspects avec les services de dépistage, d'isolement et de soins
- La vaccination ciblée contre le Mpox des contacts, des travailleurs de première ligne et des groupes à haut risque
- Des stratégies innovantes de CREC conçues en collaboration avec les communautés pour lutter contre la stigmatisation, la désinformation et les comportements de recherche de soins.

Coordination en temps réel grâce au cadre IMST, garantissant l'harmonisation entre les piliers de la surveillance, des laboratoires, de la vaccination et de la CREC.

Impact

- Baisse significative et durable du nombre de cas de Mpox signalés à la suite de la mise en œuvre de l'opération « Trouvez-Les Tous », qui a ensuite été mise en œuvre au Liberia.
- Amélioration de la détection précoce et de la notification par les communautés auparavant sous-représentées dans les données de surveillance.
- Augmentation de la couverture vaccinale grâce à des approches CREC fondées sur la confiance.
- Renforcement de l'appropriation par les communautés des efforts de lutte contre l'épidémie.

Importance stratégique

La Sierra Leone a contenu plus rapidement le Mpox en intégrant la surveillance communautaire, la vaccination et la CREC. Elle offre un modèle PPPR évolutif où la confiance et une action rapide permettent d'arrêter les épidémies à la source.

Étude de cas en République démocratique du Congo (RDC) : surveillance génomique et vaccination préventive dans le cadre de la riposte à Ebola (Bulape)

Défi

L'épidémie d'Ebola à Bulape a nécessité une différenciation rapide entre les flambées et les nouvelles chaînes de transmission, ainsi qu'une protection rapide des populations à risque.

Africa CDC a soutenu la RDC par le biais :

- Le déploiement d'une surveillance génomique par l'intermédiaire de l'INRB afin de caractériser l'épidémie et d'orienter les décisions en matière de riposte
- le soutien aux stratégies de vaccination préventive de masse
- l'intégration des données de laboratoire, d'épidémiologie et de vaccination grâce à la coordination de l'IMSImpact
- Les chaînes de transmission ont été rapidement identifiées et interrompues.
- La vaccination préventive a protégé les travailleurs de première ligne et les personnes en contact avec les malades.
- L'épidémie a été efficacement maîtrisée avec une propagation minimale.

Importance stratégique

Le cas de la RDC souligne la puissance d'une réponse fondée sur la génomique, où la science influence directement les décisions opérationnelles et accélère l'enquête.

Étude de cas en Namibie : leadership précoce et endiguement rapide du virus Mpox à la source

Défi

Lorsque le Mpox a été détecté pour la première fois, la Namibie a été confrontée au risque d'une propagation rapide en raison de la mobilité de la population et des interactions transfrontalières. Bien que seul un petit nombre de cas suspects aient été identifiés, le risque d'escalade exigeait une action immédiate afin d'empêcher une transmission plus large et d'éviter la nécessité de mesures d'urgence prolongées.

Grâce à un leadership national fort et à un soutien technique précoce et ciblé de l'équipe de soutien à la gestion des incidents (IMST), la Namibie a mis en œuvre des mesures de confinement rapides axées sur la détection précoce, la gestion des cas et la surveillance.

Les principales mesures prises ont été les suivantes

- Activation rapide des systèmes nationaux de surveillance et des mécanismes d'alerte
- Le déploiement rapide de l'assistance technique de l'IMST pour soutenir l'enquête sur les cas et la coordination des interventions.
- Mise en place de protocoles efficaces de gestion des cas, conformes aux directives continentales.
- Accélération des tests et des confirmations en laboratoire, permettant une prise de décision rapide.



Figure 60 : Opération « Trouvez-Les Tous » à Freetown, en Sierra Leone

- Renforcement de la coordination entre les autorités de santé publique, les laboratoires et les agents de santé de première ligne.

Impact

- La transmission du Mpox a été contenue à la source, avec seulement deux cas confirmés signalés.
- Aucune transmission secondaire n'a été documentée, ce qui a permis d'éviter une escalade vers une épidémie plus importante.
- La confirmation précoce en laboratoire et la surveillance ont permis d'isoler et de suivre rapidement les contacts.
- Le pays a évité de devoir déployer des moyens d'urgence à grande échelle ou de mener des opérations d'intervention prolongées.

Importance stratégique

L'expérience de la Namibie démontre l'importance d'un leadership précoce, d'une bonne préparation et d'un soutien technique rapide dans la lutte contre les épidémies. En agissant de manière décisive dès les premiers signes de risque et en tirant parti de l'expertise de l'IMST, la Namibie a empêché le Mpox de s'implanter. Ce cas souligne un principe fondamental du modèle PPPR d'Africa CDC : lorsque les pays prennent les devants, que les systèmes sont prêts et que le soutien est déployé rapidement, les épidémies peuvent être stoppées avant qu'elles ne deviennent des urgences.

Au Burundi, en Ouganda, au Rwanda, en Namibie, en Sierra Leone et en RDC, un ensemble cohérent d'ensei-

gnements se dégage, mettant en évidence la transformation en cours dans la préparation et la réponse aux épidémies en Afrique. Les systèmes décentralisés, en particulier lorsqu'ils s'appuient sur une surveillance communautaire, comme le montre l'exemple de la Sierra Leone, se sont révélés plus efficaces que les modèles d'urgence centralisés, car ils permettent une détection plus précoce, une action plus rapide au niveau infranational et une appropriation plus forte par les communautés. La Namibie a en outre montré comment un leadership précoce et un soutien rapide de l'IMST peuvent contenir les épidémies à la source avant qu'elles ne s'aggravent.

L'intégration de la recherche dans les opérations d'intervention a accéléré l'apprentissage et permis aux pays d'adapter leurs stratégies en temps réel, renforçant ainsi leur efficacité et leur durabilité. Le déploiement sûr et éthique d'outils avancés, notamment des vaccins, des traitements thérapeutiques et la surveillance génomique, a démontré que l'innovation peut être mise en œuvre rapidement lorsque la gouvernance et la coordination sont solides. Ces expériences confirment que la valeur ajoutée d'Africa CDC réside dans l'intégration : l'alignement des renseignements communautaires, des laboratoires, de la vaccination, de la génomique, du financement et de la coordination au sein d'un cadre continental unique. Ensemble, ces cas fournissent des preuves concrètes que la sécurité et la souveraineté sanitaires en Afrique ne sont pas une utopie ; elles sont réalisables, évolutives et donnent déjà des résultats à travers le continent.



Figure 61 : Premier patient atteint d'Ebola sorti de l'hôpital à Bulape.

Renforcement des soins de santé primaires en Afrique

En 2025, Africa CDC a considérablement fait progresser le programme de transformation des soins de santé primaires (SSP) du continent, pierre angulaire de la sécurité et de la souveraineté sanitaires en Afrique (AHSS). Grâce à un leadership politique fort, à une coordination technique et à une exécution budgétaire efficace, le Centre pour les soins de santé primaires a obtenu des résultats à grande échelle, renforcé les mécanismes de gouvernance continentale et positionné les SSP comme la principale plateforme pour des systèmes de santé résilients, équitables et prêts à faire face aux épidémies dans toute l'Afrique.

Au niveau continental, l'Africa CDC a consolidé son leadership dans le renforcement des systèmes de santé communautaires, en s'appuyant sur une étude de terrain validée couvrant 51 États membres de l'UA. En 2025, plus de 1,04 million d'agents de santé communautaires ont été déployés dans 48 États membres, dont 51 % étaient des femmes. Africa CDC a été le fer de lance d'un cadre continental visant à atteindre 2 millions de CHW d'ici 2030, soutenu par un dossier d'investissement émergent, un programme d'études polyvalent standardisé et un engagement politique de haut niveau, porté par des plateformes dirigées par l'UA à l'AMS et à l'AGNU.

Sur le plan programmatique, Africa CDC a renforcé la SRMNCAH, la vaccination, les maladies infectieuses, les MNT, les blessures et la santé mentale grâce à un soutien politique, au développement de la main-d'œuvre et à des cadres continentaux.

Parmi les principales réalisations, on peut citer

- **Santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (SRMNCAH) :** soutien à la finalisation des stratégies nationales en ma-



Figure 62 : Le Ministère de la Santé renforce sa réponse au Mpox

tière de santé sexuelle et reproductive dans deux États membres (le Lesotho, le Cameroun), renforçant ainsi la cohérence des politiques et leur alignement sur les priorités continentales pour une prestation équitable et résiliente des soins de santé primaires.

- **Vaccination** : la stratégie continentale de vaccination a été menée à plus de 90 %, renforçant ainsi l'action coordonnée en matière de couverture vaccinale, d'équité et de renforcement des systèmes dans tous les États membres.
- **Maladies infectieuses** : renforcement des capacités en matière d'hépatite et de triple élimination (VIH, hépatite virale et syphilis) dans plus de 15 États membres, afin de renforcer la prévention, le diagnostic et la prestation de services intégrés aux niveaux national et infranational.
- **Maladies non transmissibles (MNT) et blessures** : mise en place d'un mécanisme régional d'examen par les pairs pour les MNT et les blessures, favorisant le partage des connaissances, la responsabilisation et l'adoption de mesures politiques fondées sur des données probantes dans tous les pays.
- **Santé mentale** : renforcement du leadership continental et des capacités en matière de main-d'œuvre, avec des initiatives de leadership en santé mentale dépassant les objectifs (129 % des experts prévus formés), reflétant la demande croissante et l'engagement institutionnel accru en faveur de la santé mentale en tant que priorité fondamentale

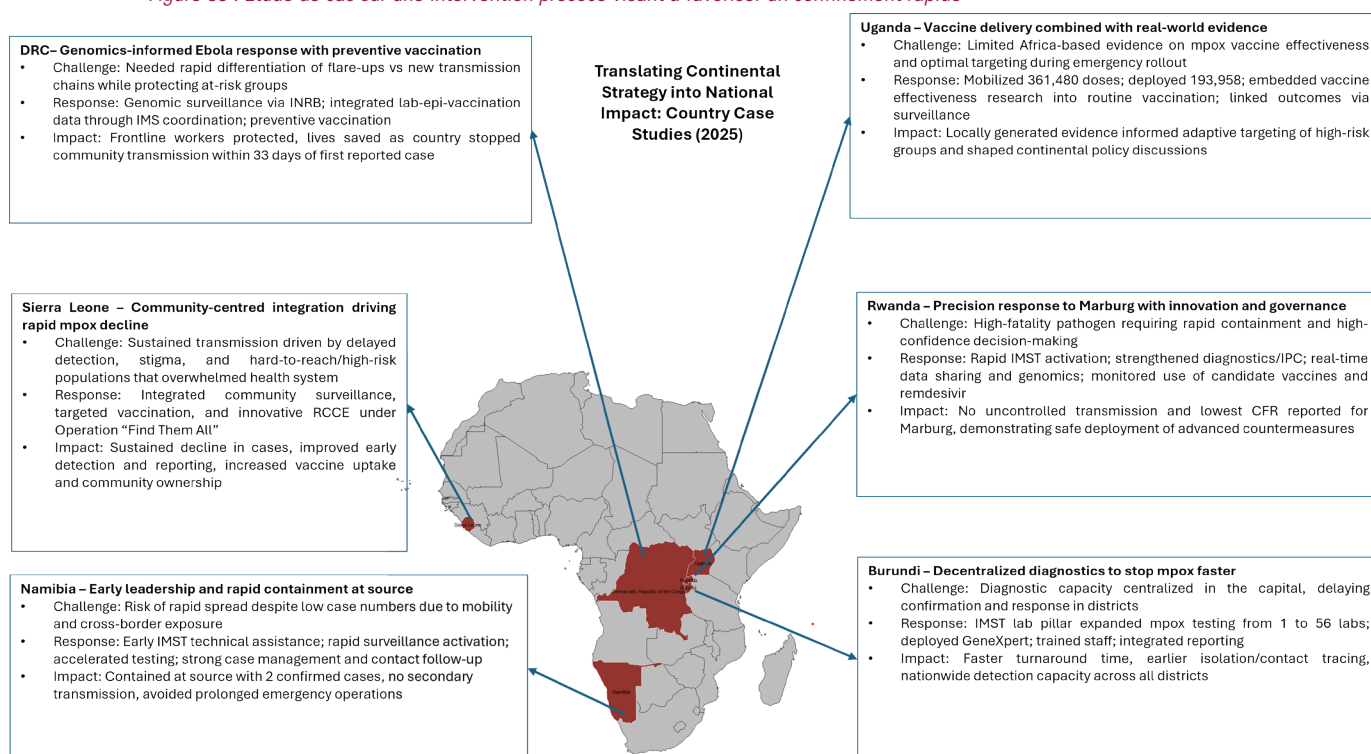
des soins de santé primaires et de la sécurité sanitaire.

2.4 Quelle est la prochaine étape ? Priorités stratégiques pour renforcer l'impact dans le cadre du pilier 2 (PPPR)

L'avenir de l'Afrique en matière de sécurité sanitaire dépendra de la capacité à prévenir les épidémies, à les contenir à la source ou à les laisser dégénérer en crises régionales et mondiales. Dans le cadre de la vision de la sécurité et de la souveraineté sanitaires en Afrique, le PPPR n'est pas un coût à gérer, mais un investissement qui protège des vies, préserve les économies et renforce la position de l'Afrique en tant que centre d'excellence mondial en matière de préparation et de réponse aux épidémies. La sécurité sanitaire mondiale est indissociable de celle de l'Afrique. Lorsque l'Afrique détecte plus tôt et réagit plus rapidement, le monde entier devient plus sûr.

Les résultats montrent déjà ce qui est possible. Entre 2024 et 2025, le nombre d'événements de santé publique est passé de 242 à 213. Ce n'est pas une coïncidence. Cela reflète les premiers dividendes d'une surveillance renforcée, d'une confirmation plus rapide en laboratoire, d'une gestion intégrée des incidents et d'un financement plus prévisible. La direction à suivre est claire : cette tendance peut être accélérée et amplifiée jusqu'à ce que les épidémies deviennent moins fréquentes, moins importantes et régulièrement maîtrisées, avant qu'elles ne perturbent les communautés et les systèmes nationaux. Lorsque les épidémies sont maîtrisées rapidement, les ressources nationales peuvent être réorientées de la réponse à la crise vers les investisse-

Figure 63 : Étude de cas sur une intervention précoce visant à favoriser un confinement rapide



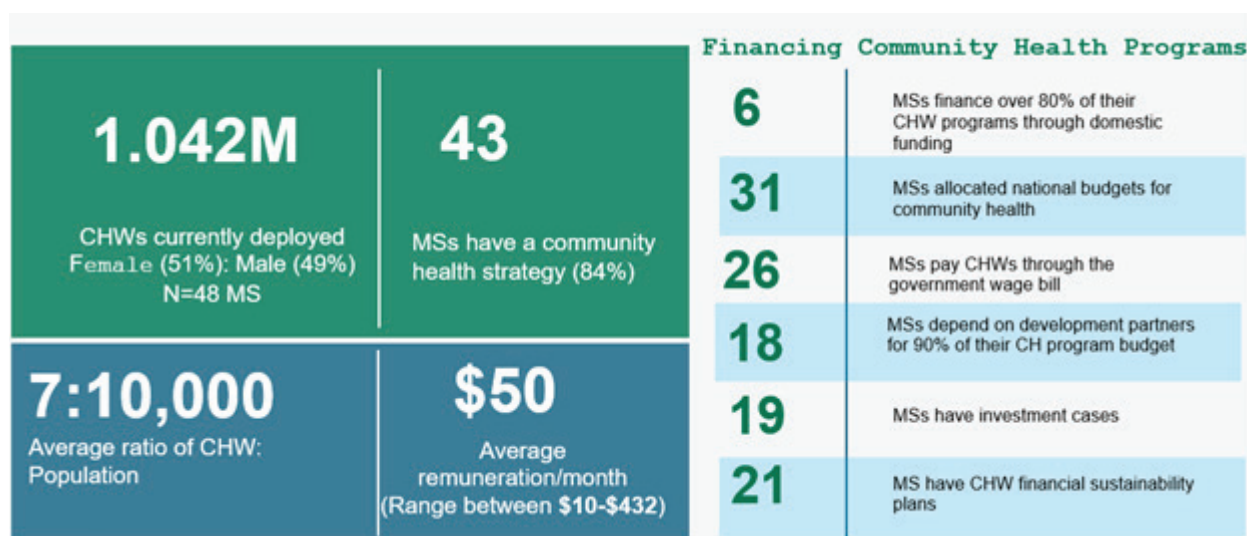


Figure 64 : Principales conclusions de l'enquête continentale sur les ASC

ments prioritaires pour les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle.

S'appuyant sur les enseignements tirés et les progrès réalisés entre 2023 et 2025, l'Africa CDC mettra en œuvre les priorités stratégiques suivantes dans le cadre du pilier 2, sous l'égide d'un système unique à l'échelle du continent : le système de préparation aux interventions d'urgence (SPIU).

Le système de préparation aux interventions d'urgence (SPIU) comme cadre général

Africa CDC institutionnalisera le système de préparation aux interventions d'urgence en tant que cadre durable, agile et continental, qui peut être activé immédiatement dès la déclaration d'une épidémie ou l'escalade de la transmission. LE SPIU servira de modèle hérité de la réponse de l'Africa CDC au Mpox, conçu pour couvrir les 48 premières heures à quatre semaines de toute réponse, grâce à des mécanismes techniques et financiers préapprouvés et bien coordonnés. Dans le cadre du SPIU, l'Africa CDC se concentrera sur les priorités opérationnelles suivantes :

- **Déploiement rapide dans les 48 heures.** Assurer la mobilisation rapide du personnel, du financement et du matériel essentiel dans les 48 heures suivant la déclaration d'une épidémie, afin de réduire les retards qui permettent aux épidémies de se transformer en crises.
- **Financement rapide par le biais du Fonds africain pour les épidémies:** Mettre en place un guichet de financement à décaissement rapide dans le cadre du Fonds africain pour les épidémies afin de débloquer des ressources immédiates pour le diagnostic, le déploiement d'urgence, la logistique et l'engagement communautaire, en veillant à ce que les mesures d'intervention soient prises au moment où elles sont le plus nécessaires, plutôt qu'après une escalade.

- **Une infrastructure opérationnelle centrale à tous les niveaux.** Mettre en place et maintenir une infrastructure opérationnelle permanente reliant le siège, les centres régionaux de collaboration et les pays, permettant une coordination, une répartition des tâches et une responsabilisation immédiate grâce à une approche fondée sur l'IMST.

- **Données en temps réel et préparation numérique**

Renforcer la collecte de données en temps réel, la communication d'informations et les tableaux de bord opérationnels grâce à des plateformes numériques telles que DHIS2, afin de garantir une prise de décision précoce guidée par des informations en temps réel plutôt que par des rapports rétrospectifs.

- **Réserves stratégiques et opérationnelles**

Créer et gérer des réserves stratégiques et opérationnelles de fournitures, de protocoles et de directives essentiels afin de permettre une activation rapide, sans attendre les achats d'urgence ni les chaînes d'approvisionnement fragmentées des partenaires.

- **Alignement des plans nationaux et continentaux**

Aligner les plans d'intervention nationaux sur les stratégies continentales, tout en renforçant leur mise en œuvre dirigée par les pays, afin de garantir la cohérence au-delà des frontières et l'application uniforme des meilleures pratiques dans un cadre continental commun.

Dans le cadre du SPIU, l'Africa CDC renforcera son impact grâce aux changements stratégiques complémentaires suivants :

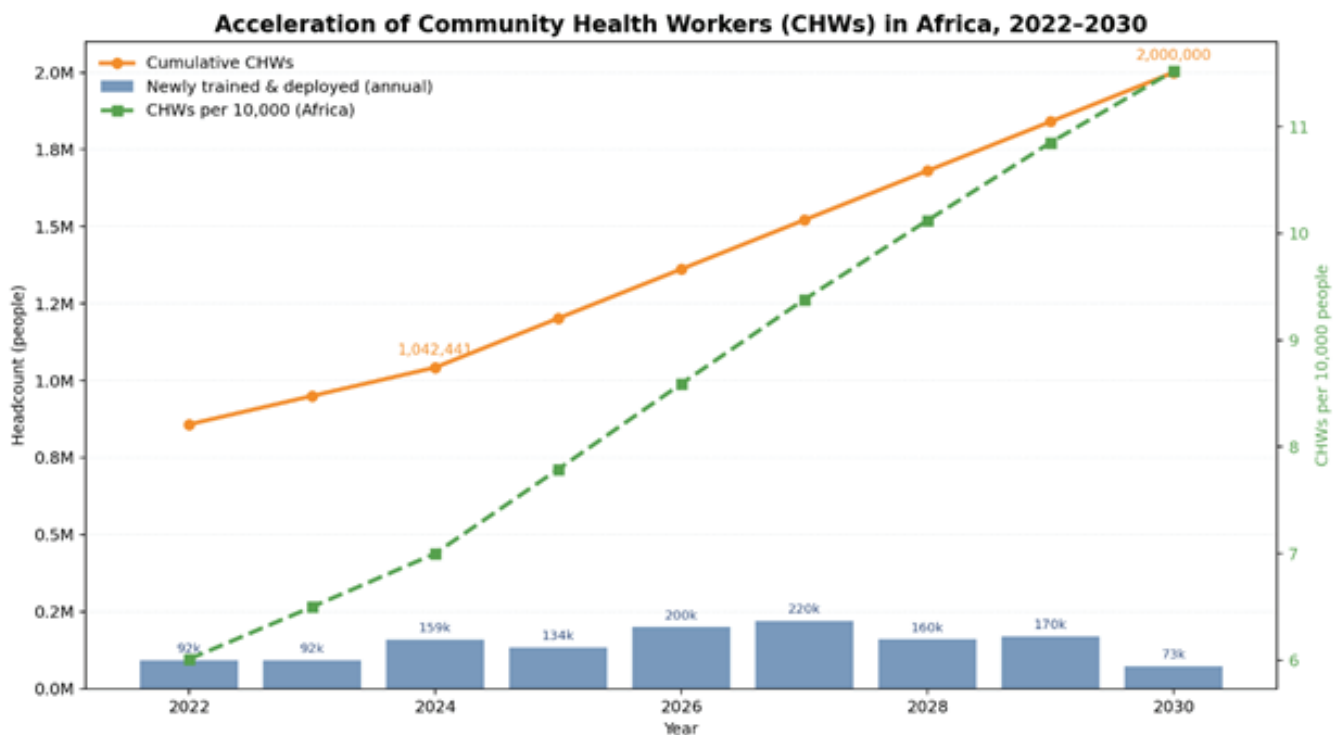


Figure 65 : Projection visant à atteindre l'objectif de 2 millions d'agents de santé communautaires en Afrique d'ici 2030

- **De la préparation à la résilience**

L'Africa CDC aidera les pays à intégrer de manière permanente les capacités PPPR dans les systèmes nationaux, afin que la préparation soit institutionnalisée et durable, plutôt que dépendante de financements ponctuels, de déploiements temporaires ou d'improvisations dictées par les crises.

- **Analyse prédictive et veille épidémiologique**

Africa CDC renforcera les systèmes de données intégrés, la modélisation et l'alerte précoce afin d'anticiper les épidémies avant qu'elles ne s'aggravent, ce qui permettra une action préventive plus rapide et des interventions ciblées aux niveaux communautaire, national, régional et continental.

- **Capacité de pointe durable**

Africa CDC élargira et professionnalisera les listes d'intervention continentales et régionales, en veillant à ce que les équipes soient prévisibles, compétentes et rapidement déployables, conformément aux critères d'activation du SPIU et aux besoins définis par les pays

- **Lier la préparation au financement**

Les critères de référence en matière de préparation seront liés à des mécanismes de financement prévisibles, notamment le Fonds africain pour les épidémies et les instruments pertinents du Fonds

pour les pandémies, récompensant la préparation et l'action précoce tout en réduisant les retards dans les interventions.

- **Intégration entre les piliers AHSS**

La PPPR sera systématiquement alignée sur la transformation numérique, la réforme du financement, le développement de la main-d'œuvre et la fabrication locale afin de combler les lacunes de bout en bout, de la détection à la livraison, renforçant ainsi la souveraineté et la résilience à travers le continent.

La préparation et la réponse ne sont aussi solides que le financement, les systèmes et la gouvernance qui les soutiennent. Grâce au SPIU et à cette approche intégrée, l'Africa CDC continuera à instaurer un modèle dans lequel les pays dirigent, les régions coordonnent et les partenaires mondiaux soutiennent.

L'objectif est ambitieux et réalisable :

Un continent où les épidémies sont détectées tôt, maîtrisées rapidement et empêchées de dégénérer en crises, libérant ainsi des ressources nationales qui peuvent être investies dans des soins de santé primaires plus solides, une couverture sanitaire universelle et une Afrique plus saine et plus résiliente, ce qui renforce la sécurité sanitaire mondiale. La préparation et la réponse ne sont pas aussi solides que les systèmes de financement qui les soutiennent. Le pilier 3 examine comment Africa CDC a fait progresser le financement



Figure 66 : Stratégie continentale accélérée de vaccination

durable de la santé et la mobilisation des ressources nationales, réduisant ainsi la dépendance et renforçant l'appropriation de la sécurité sanitaire par les États membres.

4.3 Pilier 3: Financement durable de la santé et mobilisation des ressources nationales

4.3.1. Pourquoi ce pilier est-il important ? La contrainte financière est structurelle

La sécurité sanitaire en Afrique est moins compromise par la rareté absolue que par la fragmentation, le désalignement et la faible visibilité du financement ainsi que de la mise en œuvre des priorités. À mesure que l'espace budgétaire se réduit et que l'aide extérieure devient plus volatile, la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies (PPPR) ne peuvent plus compter sur des canaux de financement parallèles ni sur des appels d'urgence ad hoc. Elles dépendent de l'intégration des priorités en matière de sécurité sanitaire dans les plans, les budgets et les systèmes de responsabilité nationaux, ainsi que de la discipline et de la transparence dans l'exécution des dépenses.

En 2025, l'urgence de ce programme est devenue indéniable. L'année a été marquée par un choc financier brutal et une baisse soudaine de l'aide extérieure qui ont perturbé les services essentiels et mis en évidence

les vulnérabilités structurelles des modèles dépendants de l'aide. En réponse, Africa CDC a accéléré le programme de financement de l'AHSS et renforcé l'architecture continentale afin d'aider les États membres à passer de la dépendance à la souveraineté, à la prévisibilité et aux résultats.

Ce pilier documente la manière dont Africa CDC, en collaboration avec les États membres, les communautés économiques régionales, les initiatives mondiales en matière de santé, les banques de développement et les partenaires, a aidé les États membres à renforcer (i) l'alignement du financement sur les priorités nationales dans le cadre du programme de Lusaka, (ii) la transparence et la comparabilité des dépenses de sécurité sanitaire, et (iii) le financement rapide et prévisible des menaces transfrontalières et multinationales.

En 2025, l'Africa CDC a publié le document continental intitulé « Le financement de la santé en Afrique à l'ère nouvelle » afin d'aider les États membres à adopter des modèles de financement durables et souverains face à la diminution des ressources externe

L'Afrique supporte une part disproportionnée de la charge mondiale de morbidité, alors qu'elle ne représente qu'une part minime des dépenses mondiales de santé. Le problème ne réside pas seulement dans le faible niveau des dépenses, mais aussi dans la fragmentation du financement entre les différents programmes, partenaires et lignes hiérarchiques, ce qui affaiblit l'appropriation nationale et réduit le rapport qualité-prix.

Quatre pressions structurelles définissent la transition financière :

- Baisse de l'aide au développement pour la santé (ADS) après la flambée de la COVID-19, avec des réductions importantes en 2025.
- L'augmentation des paiements à la charge des patients transfère la charge sur les ménages et aggrave leurs difficultés financières.
- Une dette élevée et croissante, qui pèse sur les budgets et accroît le risque budgétaire.
- L'inefficacité du système, avec d'importantes fuites au niveau des salaires et des achats, la fragmentation et la faiblesse de la gestion des finances publiques.

4.3.2. Principaux résultats en 2025

Africa CDC vient de publier le document le plus complet à ce jour sur le financement de la santé en Afrique, intitulé « Implications financières de la sécurité et de la souveraineté sanitaires en Afrique ».

Ce document présente l'analyse la plus complète à ce jour du financement de la santé en Afrique à l'ère post-réduction de l'APD. Sa conclusion est sans équivoque : l'Afrique ne sortira pas de sa dépendance à l'aide en recherchant davantage de fonds, mais en mettant fin aux inefficacités et au gaspillage massifs des fonds dont elle dispose déjà. Il ne s'agit pas principalement d'une crise de financement, mais d'une crise d'efficacité.

Les preuves sont convaincantes. À elle seule, la passation de marchés groupés peut réduire le coût des produits de santé de 30 à 33 %. La prestation de services intégrés peut générer des économies annuelles de 1,3

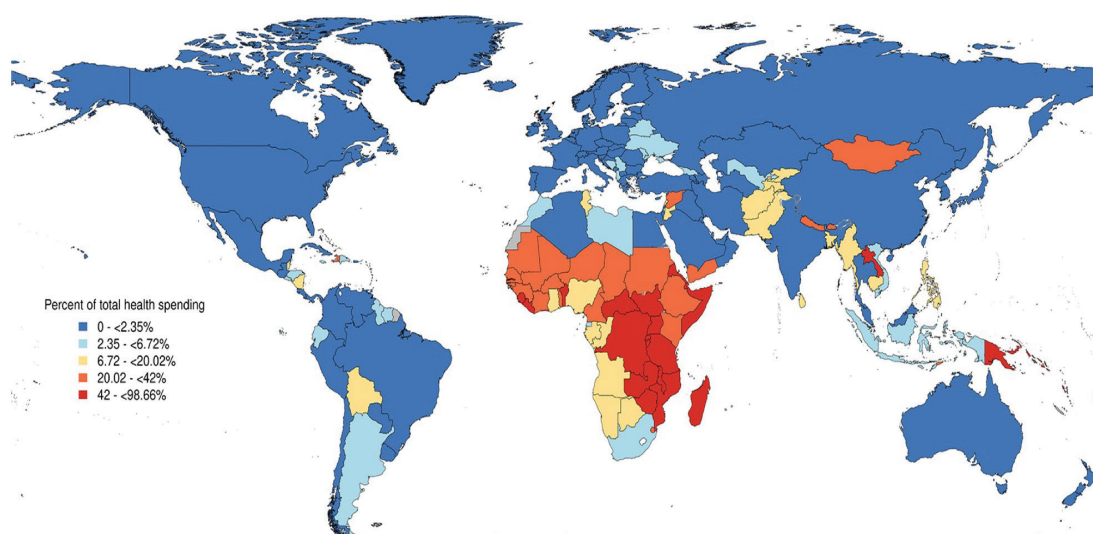
à 1,6 milliard de dollars américains. Les réformes des ressources humaines peuvent générer jusqu'à 6,8 milliards de dollars américains par an. En combinant ces mesures à des réformes décisives en matière de planification, de numérisation, d'approvisionnement et de gestion des finances publiques, l'Afrique peut réaliser des gains d'efficacité d'environ 14 dollars américains par habitant, soit 16 milliards de dollars américains en 2026 et 37 milliards de dollars américains d'ici 2050.

Ces gains sont transformationnels. En cinq ans, ils suffiront à remplacer environ 50 % du financement actuel des bailleurs de fonds et à réduire la dépendance extérieure à moins de 20 % des dépenses totales de santé. L'Afrique ne se positionne donc plus comme un bénéficiaire passif de l'aide, mais comme un architecte proactif de sa propre sécurité sanitaire.

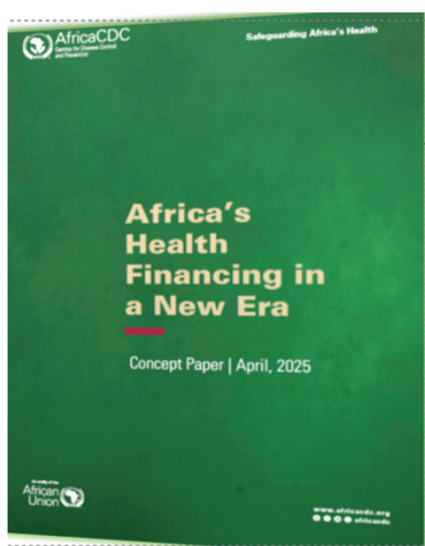
Au cœur de cette transformation se trouve la Sécurité et la Souveraineté Sanitaires de l'Afrique (AHSS), une vision unificatrice qui recadre la santé non pas comme une dépense du secteur social, mais comme le fondement de la souveraineté continentale, de la résilience économique et de la crédibilité géopolitique. Elle affirme une vérité simple : la sécurité sanitaire de l'Afrique est indissociable de son avenir économique et de sa place sur la scène internationale.

En 2025, ces pressions ont convergé vers un impératif politique clair : la réforme du financement de la santé est désormais une exigence de sécurité sanitaire. Ce pilier se concentre donc sur la manière dont Africa CDC aide les États membres à obtenir un financement prévisible, transparent et adapté afin de retrouver une marge de manœuvre budgétaire grâce à des gains d'efficacité et de gouvernance.

ODA as of % of total health spending (WHO 2021)



Africa's heavy reliance on external aid highlights the urgent need to strengthen domestic fiscal capacity and financial resilience.



Addressing health financing challenges in Africa through domestic resource mobilization and innovative financing mechanisms



Pillar 1: Enhance Domestic Financing
Aligned with National Plans and advocate for transition plan funds



Pillar 2: Innovative Financing via Africa CDC to better support MS for PPPR and serve as solidarity funds



Pillar 3: Address Financing Gaps for Health Security through Blended Finance for more investments

Figure 67 : Document conceptuel intitulé « Africa's Health Financing in a New Era », avril 2025

Un changement opérationnel déterminant en 2025 a été la décision d'aller au-delà de l'assistance technique ponctuelle et de recruter des experts intégrés au niveau où les décisions de financement sont prises : le processus budgétaire national.

Africa CDC a recruté 20 experts en gestion des finances publiques (GFP) qui seront déployés dans les pays prioritaires au sein des ministères de la Santé et des Finances afin de renforcer l'efficacité technique et l'allocation des ressources, d'améliorer la discipline d'exécution et d'intégrer les priorités en matière de PPPR et de CSU dans les cadres de dépenses à moyen terme (CDMT).

Ces spécialistes de la GFP ont été conçus comme une capacité catalytique, non pas pour agir en tant que conseillers génériques, mais en tant qu'homologues intégrés aidant les pays à :

- Relier les priorités en matière de sécurité sanitaire aux structures et plafonds budgétaires,
- Renforcer les contrôles de trésorerie et d'engagements liés à l'exécution des dépenses de santé,
- Réduire les soldes non dépensés et les retards dans les achats,
- Consolider les exigences fragmentées en matière de rapports, et
- Améliorer la crédibilité dans le dialogue avec les autorités financières et les partenaires.

L'ampleur du défi : faibles dépenses par habitant, charge élevée pour les ménages

Dans toute l'Afrique, les dépenses totales de santé restent faibles, autour de 85 dollars US par habitant, et moins de la moitié des pays atteignent le seuil requis pour fournir un ensemble de services essentiels. Même lorsque les montants totaux augmentent, la croissance démographique rapide freine les gains par habitant.

Dans le même temps, le financement est souvent régressif : dans de nombreux pays, les ménages paient de leur poche 40 à 60 % des dépenses totales de santé, exposant ainsi des millions de personnes à des dépenses catastrophiques et à la paupérisation. En 2025, le message du directeur général a explicitement qualifié cette situation de crise sociale et de crise de souveraineté : lorsque l'aide diminue, les ménages deviennent les payeurs de dernier recours, et ce sont les plus pauvres qui en paient le prix.

La contrainte contraignante : inefficacité et fragmentation

La source la plus exploitable de marge de manœuvre budgétaire à court terme est l'efficacité. Dans tous les systèmes, une part importante des dépenses est perdue en raison d'une mauvaise allocation, de doublons, de fuites et d'une gestion défaillante. L'analyse menée par Africa CDC montre que les salaires et les achats représentent plus de 75 % des budgets nationaux, laissant une marge de manœuvre limitée pour la prévention, la préparation et les soins de santé primaires.

La fragmentation amplifie l'inefficacité. Les pays sont contraints de gérer des dizaines de programmes, des centaines de partenaires de mise en œuvre, ainsi que des plans, des budgets et des processus de rapportage parallèles. Cela augmente les coûts de transac-

tion, affaiblit la responsabilité et empêche la réalisation d'achats stratégiques. Cela entrave également la supervision et le leadership nationaux.

L'agenda 2025 a donc donné la priorité à des voies de réforme *opérationnelles* et non théoriques : aligner les dépenses nationales sur un plan et un budget, renforcer la discipline d'exécution, améliorer l'efficacité des achats et mettre en place un suivi régulier des dépenses afin de rendre le financement visible et comparable.

Le moteur politique : l'Agenda de Lusaka comme cadre d'alignement du financement

L'Agenda de Lusaka fournit le mandat politique nécessaire pour passer d'un financement piloté par les bailleurs de fonds à des systèmes dirigés au niveau national, avec un soutien aligné des institutions mondiales de santé, ancré dans le principe « un plan, un budget, un suivi et une évaluation ».

En 2025, l'Africa CDC a institutionnalisé ce programme en hébergeant et en mettant en œuvre une fonction de coordination continentale, le Secrétariat continental de l'Agenda de Lusaka, chargé d'aligner les flux des partenaires sur les priorités nationales et de suivre les progrès grâce à un tableau de bord et un scorecard continentaux.

La logique fondamentale de ce pilier comprend :

- **Alignement** : les ressources externes doivent renforcer les plans et budgets nationaux, et non fonctionner en parallèle.
- **Visibilité** : les dépenses et les résultats doivent être traçables, comparables et utilisables dans le dialogue politique.
- **Responsabilité** : les progrès doivent être suivis à l'aide d'indicateurs communs et de comparaisons

entre pairs.

- **Souveraineté** : les pays dirigent ; les partenaires apportent leur soutien dans un cadre cohérent.

En 2025, le Secrétariat de Lusaka a élaboré un cadre de responsabilité assorti d'indicateurs de performance et d'un tableau de bord continental numérique, validé en décembre 2025 et prêt à être déployé.

Constituer une base de données factuelle : arguments en faveur des investissements en matière de sécurité sanitaire en 2025.

Afin de faire évoluer le dialogue sur le financement, passant de négociations sur des projets à court terme à des priorités nationales, Africa CDC a aidé les États membres à élaborer des documents présentant des arguments en faveur de l'investissement dans la sécurité sanitaire qui quantifient les coûts des capacités de base (surveillance, laboratoires, main-d'œuvre, COUSP, logistique), identifient les déficits de financement et décrivent les voies de financement nationales et mixtes envisageables.

En 2025, dix pays ont finalisé leurs dossiers nationaux d'investissement dans le domaine de la santé, et plusieurs autres sont en cours de rédaction avancée. Cela a marqué un changement stratégique : plutôt que de s'appuyer sur des propositions élaborées par les bailleurs de fonds, les pays ont de plus en plus recours à des dossiers d'investissement pluriannuels pour impliquer les ministères des Finances, les parlements et les partenaires dans la définition de priorités alignées sur l'AHSS et l'Agenda de Lusaka.

Au niveau continental, deux grands dossiers d'investissement ont été élaborés pour renforcer l'architecture de financement de la santé en Afrique :

- i) Le dossier d'investissement continental de l'Africa CDC, qui présente un argumentaire



Figure 68 : Atelier de validation du cadre de suivi et de responsabilisation de l'Agenda de Lusaka avec les États membres de l'UA

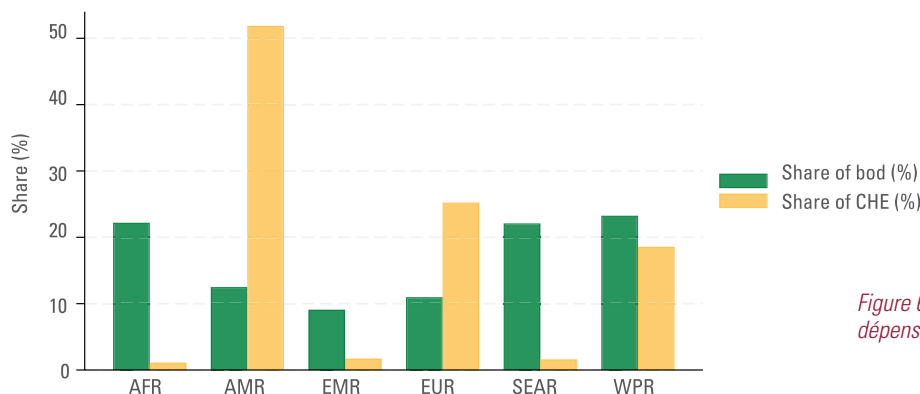


Figure 69 : Charge de morbidité par rapport aux dépenses de santé actuelles par région



Figure 70 : « Dépenses de santé totales par habitant par pays (Afrique, 2022)

solide et fondé sur des données factuelles, positionne le financement de la santé comme un pilier stratégique de la souveraineté et de la résilience.

- ii) Un dossier d'investissement continental pour les agents de santé communautaires (ASC), actuellement en cours de validation, dont l'adoption officielle par les États membres est prévue pour 2026.

Suivi des dépenses de santé : du soutien ponctuel à la responsabilisation systématique

L'un des principaux objectifs est de renforcer la transparence et la comparabilité des dépenses de sécurité sanitaire. Africa CDC commence à soutenir une transition continentale vers un suivi systématique des dépenses de santé, notamment en organisant la première session continentale de suivi en Côte d'Ivoire en décembre 2025 et en s'orientant vers un cycle annuel de suivi, d'analyse et de dialogue politique.

Cette approche est délibérément pratique : le suivi des dépenses s'accompagne d'une assistance technique pour interpréter les résultats et produire des notes d'orientation que les ministères des Finances peuvent utiliser pour transformer les données en décisions budgétaires.

Afin de regrouper les fonctions de suivi au sein d'une seule plateforme, Africa CDC propose la création d'un observatoire continental du financement de la santé doté d'un tableau de bord intégrant :

- les résultats du suivi des dépenses de santé,
- les indicateurs d'alignement du financement de Lu-saka, et
- Le suivi de la mise en œuvre.

La valeur stratégique de l'Observatoire réside dans le fait qu'il transforme la transparence du financement en une fonction de responsabilité annuelle : il favorise la

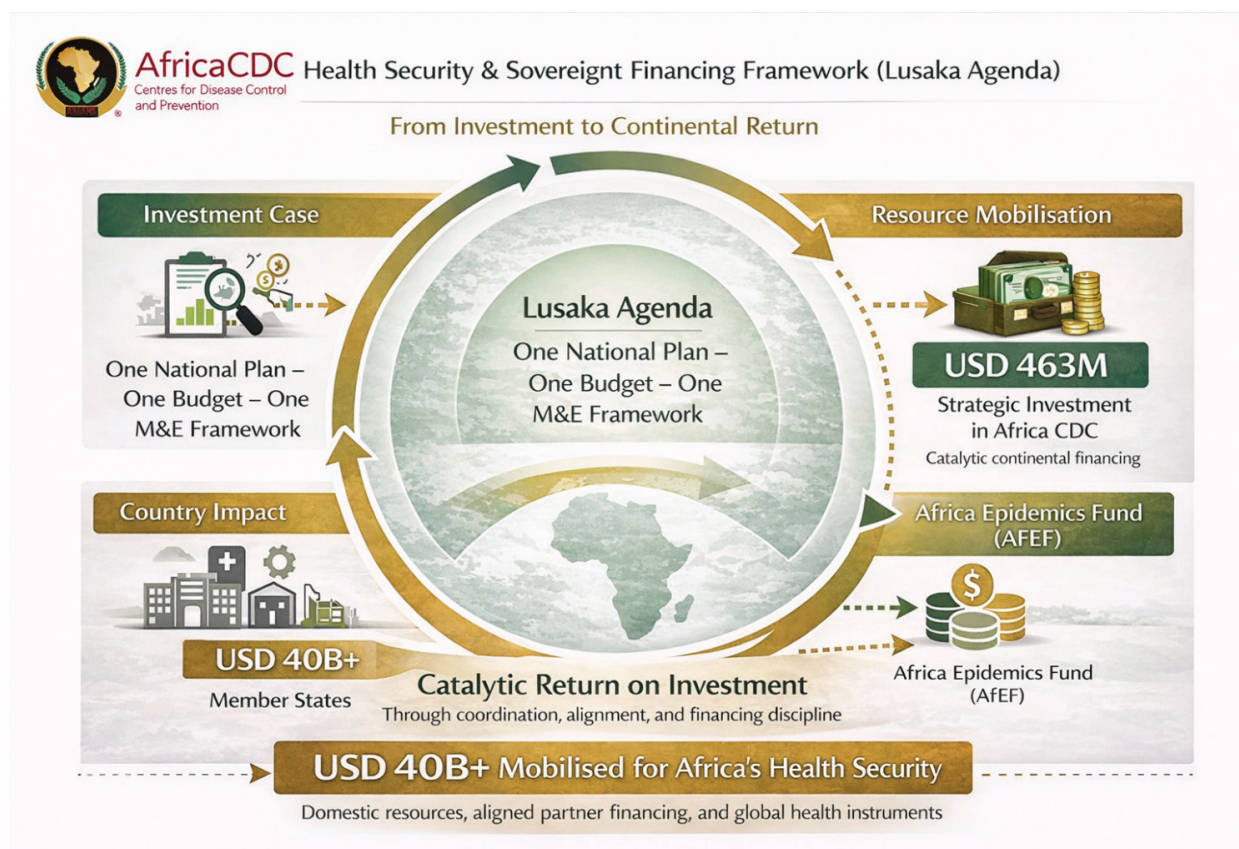


Figure 71 : Le cycle de financement de l'agenda de Lusaka reliant les plans nationaux, les dossiers d'investissement, la mobilisation des ressources et l'impact mesurable sur les pays

comparaison entre pairs, le dialogue structuré et le suivi systématique entre les États membres.

En 2025, les bases de cette approche ont été renforcées grâce au cadre de responsabilité et au tableau de bord numérique du Secrétariat de Lusaka, validés en décembre 2025, établissant ainsi une plateforme pour une visibilité en temps réel et une responsabilité entre pairs en matière de réformes du financement.

Financement innovant et mixte : des concepts aux mécanismes structurés

Le programme d'innovation de ce pilier se concentre sur les instruments qui élargissent l'espace budgétaire tout en renforçant l'appropriation par les pays : prélèvements de solidarité, taxes ciblées sur la santé, obligations de la diaspora, échanges de dettes contre des mesures sanitaires, affectation des recettes minières et économies liées à l'efficacité.

En 2025, Africa CDC a aidé les États membres à explorer ces pistes, parallèlement aux économies réalisées grâce aux achats groupés et à d'autres réformes, tout en reconnaissant que la faisabilité et la maturité de ces instruments varient selon les contextes.

Au niveau continental, la stratégie africaine de financement de la santé (mise en place plus tôt dans la période) a structuré le programme autour du financement national, des mécanismes innovants, de la gouvernance et

de la responsabilité, tout en normalisant les attentes en matière de cofinancement dans les initiatives majeures (par exemple, les ratios minimaux de co-investissement).

Mobilisation des ressources en 2025 : l'Africa CDC en tant que plateforme de financement

Le travail de financement de l'Africa CDC pour 2025 combinait deux dimensions :

- **Le financement institutionnel** pour remplir le mandat continental ; et
- **Influence politique** pour façonner la manière dont les ressources mondiales circulent, s'alignent et sont gérées.

En 2025, Africa CDC a mobilisé **463 millions de dollars américains** grâce à des engagements bilatéraux avec des partenaires, des fonds multilatéraux et des organisations philanthropiques, soutenant à la fois le renforcement institutionnel de l'Africa CDC et les activités des États membres dans les domaines de la surveillance, des laboratoires, de la santé numérique, des soins de santé primaires et des interventions d'urgence. Toujours en 2025, Africa CDC a réussi à mettre en œuvre le Fonds africain pour les épidémies (AfeF), comme l'illustre la section 2 du cadre de mise en œuvre.

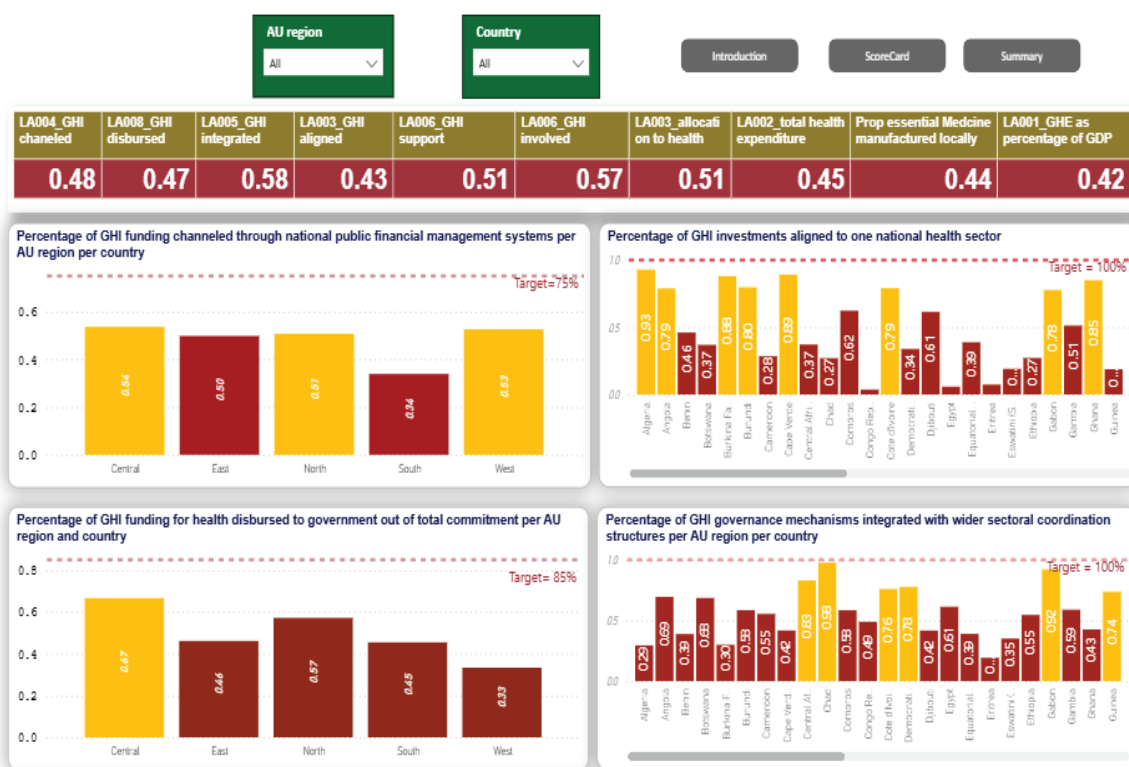


Figure 72 : Cadre de responsabilité de Lusaka et indicateurs du tableau de bord

Plus important encore, au-delà du volume, Africa CDC a tiré parti des négociations pour influencer les programmes de reconstitution des ressources, en plaidant pour une plus grande flexibilité dans le financement des systèmes, une appropriation accrue par les pays et des liens plus clairs entre les investissements dans la PPPR et la CSU, conformément aux principes de l'Agenda de Lusaka. Africa CDC a plaidé, soutenu et mobilisé plus de 50 milliards de dollars américains pour les États membres africains par le biais de mécanismes majeurs (par exemple, l'aide du gouvernement américain via l'AFGHS, l'Union européenne, Gavi, le Fonds mondial, le Fonds pandémique et d'autres) ; et plus de 10 milliards de dollars américains de financement pour soutenir la fabrication africaine de produits de santé.

Modélisation de l'impact : combler le déficit de financement grâce à l'efficacité

Le budget total nécessaire au continent pour fournir les soins essentiels de base est estimé à 132 milliards de dollars en 2025, et il passera à 325 milliards de dollars en 2050.

- Le THE prévu est estimé à 112 milliards de dollars et devrait atteindre 259 milliards de dollars en 2050.
- Le déficit de financement est de 20 milliards de dollars en 2025 et passe à 66 milliards de dollars en 2050.

Cette analyse souligne la nécessité pour les pays africains de se concentrer davantage sur les réformes liées au financement de la santé afin de maximiser la valeur du budget disponible.

La figure xxx montre également la perte budgétaire nette prévue en raison des inefficacités, sur la base d'une estimation de 23 % d'inefficacité.

En 2025, le THE net prévu, hors inefficacités, est estimé à 86 milliards de dollars, contre un THE total prévu de 112 milliards de dollars, et à 199 milliards de dollars, contre un THE total prévu de 259 milliards de dollars, en 2050.

L'écart entre le THE prévu et le THE net prévu des inefficacités peut être considéré comme le plafond des gains d'efficacité pouvant être réalisés en mettant en œuvre les différentes réformes suggérées par Africa CDC, comme l'illustre la figure 66 qui montre les gains d'efficacité pouvant être obtenus en mettant en œuvre différentes réformes comme suit :

- Achats groupés** : si les achats groupés constituent un pilier à part entière de la fabrication locale et de la sécurité d'approvisionnement, comme le soutiennent divers partenaires, notamment la Banque mondiale, la BAD, AfreximBank, Gavi et le GFATM, ils représentent également une réforme financière, car ils génèrent directement des écono-



Figure 73: The Lusaka agenda Monitoring and Accountability Validation workshop

mies qui peuvent être réaffectées à la préparation et aux soins de santé primaires. Économies de 3,9 milliards de dollars en 2025, portées à 9,7 milliards de dollars en 2050. Cela suppose que tous les pays recourent à l'approvisionnement groupé pour 100 % de leurs budgets publics consacrés aux médicaments et aux fournitures médicales.

- **Autres achats** : économies de 702 millions de dollars en 2025 à 1,7 milliard de dollars en 2050
- **Salaires des ressources humaines dans le domaine de la santé** : économies de 6,8 milliards de dollars en 2025 à 16,8 milliards de dollars en 2050, grâce à la réduction du nombre de travailleurs fantômes liée à la numérisation.
- **Renforcement des capacités des ressources humaines dans le domaine de la santé** : 139 millions de dollars en 2025 à 169 millions en 2050
- **Intégration de la prestation de services** : économies de 1,3 milliard de dollars en 2025 à 1,6 milliard de dollars en 2050.
- **Conversion des dépenses à la charge des patients en prépaiements** : économies de 3,3 à 6,9 milliards de dollars.
- **Gains d'efficacité totaux** : économies de 16 milliards de dollars en 2025 à 36,9 milliards de dollars en 2050

Réunions et étapes importantes en 2025 : engagement régional et mondial

En 2025, le programme de financement a progressé grâce à des réunions politiques et techniques ciblées aux niveaux continental et mondial, notamment autour du programme de Lusaka et du contexte du « choc financier dans le domaine de la santé ».

Quelques réunions à fort impact (2025) :

Réunion de haut niveau de l'Assemblée de l'UA sur le financement interne (février 2025) : renforcement du signal politique en faveur du financement interne en tant que priorité souveraine.

Sensibilisation et diplomatie mondiales : Africa CDC a participé à la réunion des ministres des Affaires étrangères du G20 (Afrique du Sud, février 2025), renforçant le lien entre la sécurité sanitaire, l'espace budgétaire et les contraintes macroéconomiques.

Consultation ministérielle sur le financement de la santé (17 mai 2025) : positionnement du financement de la santé en tant que programme interministériel couvrant les autorités sanitaires et financières.

Réunion de haut niveau sur le financement de la santé en marge de la 78e Assemblée mondiale de la santé (AMS) (mai 2025) : mise en avant de l'agenda dans les forums mondiaux et renforcement des principes d'alignement.

Cadre de responsabilité et tableau de bord numérique de l'Agenda de Lusaka (validé en novembre 2025) : a établi un mécanisme continental unique pour suivre l'alignement et les progrès, en vue d'un déploiement ultérieur.

Impact sur les pays et sur le plan politique.

La proposition de valeur du pilier du financement de la santé est pratique et mesurable :

- **Plus de cohérence** : le financement s'aligne mieux sur les priorités définies au niveau national dans le cadre d'un plan et d'un budget uniques.
- **Plus de prévisibilité** : les pays s'éloignent des flux de projets volatils et fragmentés pour s'orien-

ter vers des trajectoires budgétaires structurées.

- **Meilleure exécution** : le soutien intégré à la gestion des finances publiques améliore l'exécution budgétaire et réduit les retards.
- **Réduction des coûts de transaction** : la consolidation des mécanismes de rapport et d'alignement réduit les doublons.
- **De meilleures preuves** : les dossiers d'investissement et le suivi des dépenses renforcent la crédibilité du dialogue budgétaire.
- **Financement plus rapide** : l'AfEF réduit les délais de financement en cas d'urgence, ce qui empêche l'escalade.

Prochaines étapes

Le recrutement en 2025 de 20 experts en GFP et la création du Secrétariat de Lusaka ont permis de concrétiser ces changements, qui ne sont plus seulement des aspirations, en intégrant les réformes dans les routines de préparation, de négociation et d'exécution du budget.

Le message du directeur général de l'Africa CDC pour 2025/2026 présente la réforme du financement de la santé comme le fondement de la souveraineté : l'Afrique doit définir ses priorités, proposer des solutions et financer sa résilience de l'intérieur. L'argument central n'est pas que l'Afrique manque de ressources, mais qu'elle perd trop en raison de la fragmentation et de l'inefficacité, et que la valeur récupérée peut remplacer une part importante de sa dépendance vis-à-vis des donateurs. Il souligne que :

- Le déclin du financement externe est un changement structurel, et non une baisse temporaire.
- Les ménages paient trop cher ; la protection financière est une question de sécurité sanitaire.
- L'inefficacité (20 à 40 % de pertes) représente un espace budgétaire récupérable.
- La réforme doit institutionnaliser « un plan, un budget, un rapport » et renforcer la gestion des finances publiques dans le domaine de la santé.
- Grâce à une meilleure planification, à des achats plus judicieux et à une gouvernance améliorée, l'Afrique peut financer les fonctions essentielles de sécurité sanitaire et réduire sa dépendance.

« Un leadership sans financement durable est fragile. L'Afrique n'est pas pauvre ; elle est mal organisée et fragmentée. Si nous récupérons ne serait-ce qu'une partie de ce qui est gaspillé, nous pourrions financer la sécurité sanitaire selon nos propres conditions. »

En 2026, le programme de financement se concentrera sur la consolidation du financement de la sécurité sanitaire en tant que fonction essentielle de responsabilité.

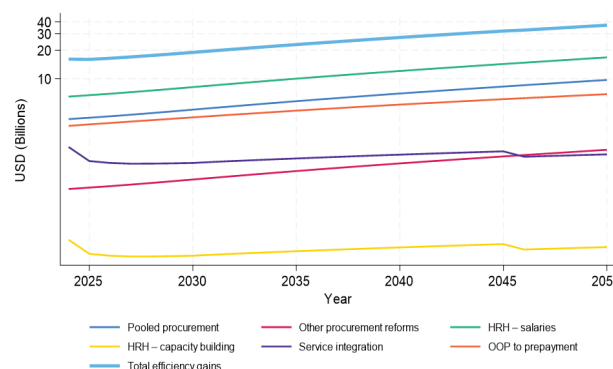


Figure 74 : résumé l'analyse du déficit de ressources pour le continent africain de 2025 à 2050

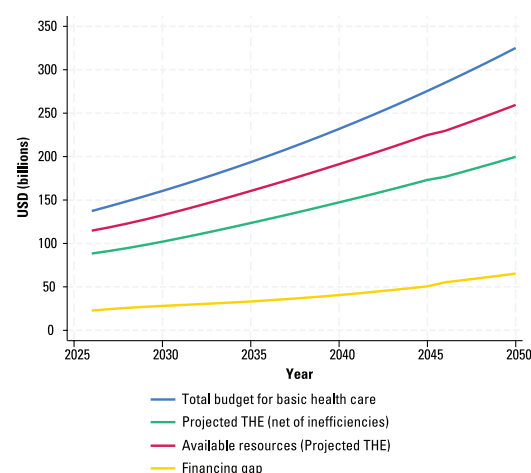


Figure 75 : Besoins, ressources et déficits en matière de financement de la santé (Afrique), 2025-2050

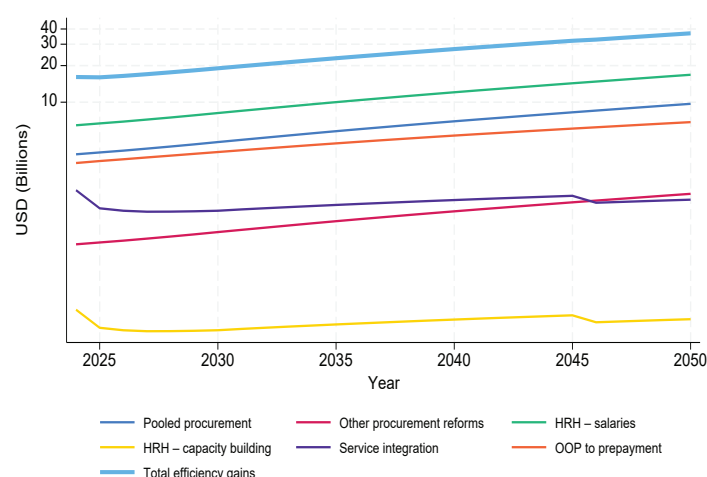


Figure 76 : Gains d'efficacité par source (en milliards de dollars américains), 2025-2050



- **Approfondir l'alignement sur le programme de Lusaka** afin que le soutien extérieur renforce les plans nationaux, les budgets et les cadres de suivi et d'évaluation.
- **Renforcer la plateforme continentale pour le dialogue sur le financement**, en soutenant l'engagement des États membres auprès des partenaires, des organismes régionaux et des mécanismes mondiaux de financement de la santé.
- **Institutionnaliser les outils de transparence**, notamment l'Observatoire du financement de la santé et le tableau de bord, en s'appuyant sur le tableau de bord de Lusaka, validé fin 2025.
- **Lier les décisions de financement à la valeur et aux priorités** grâce à l'intégration de l'évaluation des technologies de santé (HTA) et des fonctions essentielles de santé publique (EPHF), en veillant à ce que les budgets soient affectés à des investissements à fort impact en matière de santé publique.
- **Maintenir et étendre le modèle de GFP intégré**, en passant des premiers résultats à la capacité institutionnelle et à l'amélioration systématique des performances au sein d'un plus grand nombre d'États membres.

L'objectif stratégique est d'ancrer le financement de la sécurité sanitaire dans les systèmes nationaux et la gouvernance continentale, en réduisant la fragmentation, en renforçant la résilience et en renforçant la souveraineté au fil du temps. Le pilier 4 examine comment Africa CDC a fait progresser la transformation numérique et la souveraineté des données afin de soutenir la prise de décision en temps réel, l'interopérabilité et le renseignement continental.

4.4 Pilier 4 : Transformation numérique et souveraineté des données

4.4.1. Pourquoi ce pilier est-il important ?

En 2025, la rapidité sera synonyme de gouvernance. L'efficacité des décisions en matière de sécurité sanitaire dépendra de la qualité des données sur lesquelles elles s'appuient et des systèmes permettant de transmettre les informations en temps réel au-delà des frontières. La fragmentation des données, les retards dans la communication des informations et les plateformes contrôlées de l'extérieur compromettent la préparation, ralentissent la réponse et affaiblissent la souveraineté.

Le pilier 4 de l'AHSS s'attaque directement à cette contrainte en faisant progresser la transformation numérique ancrée dans l'appropriation des données par l'Afrique. L'objectif n'est pas la numérisation pour elle-même, mais la création d'un écosystème continental de renseignements qui permette une alerte précoce, une action coordonnée, une responsabilité transparente et un partage fiable des données selon des règles définies par l'Afrique.

Africa CDC a renforcé les systèmes de veille épidémiologique et de santé numérique en élargissant la surveillance basée sur les événements à 38 États membres, avec le soutien de formations dispensées au personnel de surveillance aux niveaux national et communautaire. Le dépôt central de données (CDR) a été développé en tant que plateforme continentale pour l'agrégation et l'analyse des données de surveillance et des données opérationnelles en matière de santé, avec le soutien de l'augmentation du nombre d'accords de partage de données avec 7 États membres. L'échange d'informa-

tions sanitaires, les évaluations de maturité et les projets pilotes de maturité numérique ont été lancés afin de soutenir les feuilles de route nationales en matière d'interopérabilité.

4.4.2 Principaux résultats en 2025

Les données constituent un atout stratégique pour la santé publique. En 2025, Africa CDC a réalisé des progrès tangibles dans la mise en œuvre du programme AHSS, en faisant progresser la transformation numérique et en renforçant la gouvernance des données, jetant ainsi les bases de systèmes d'information sanitaire fiables, interopérables et souverains, qui permettent une prise de décision plus rapide et mieux coordonnée.

Une architecture numérique cohérente pour la santé en Afrique

Parallèlement, Africa CDC a permis de faire progresser l'élaboration de plusieurs cadres stratégiques destinés à guider la transformation numérique du continent. Grâce à un processus de co-crédation impliquant plus de 40 États membres et des experts techniques, le Cadre de gouvernance de la santé numérique (DHGF) et une stratégie modèle de transformation numérique (DTS) ont été élaborés afin de soutenir l'alignement national sur les priorités africaines en matière de santé numérique. Ces outils sont conçus pour renforcer les fondements de la gouvernance en matière d'interopérabilité, d'architecture numérique et de souveraineté des données. Parallèlement, des progrès ont été réalisés dans le Cadre de gouvernance des données sanitaires en Afrique qui vise à établir des normes continentales communes en matière d'utilisation éthique des don-

nées, de sécurité et de gouvernance souveraine des données.

En 2025, Africa CDC a adapté et validé l'outil d'évaluation de la maturité numérique (DMA) afin d'aider les États membres à évaluer leur niveau de préparation en matière de santé numérique. Les évaluations de la phase I ont été achevées au Botswana et au Zimbabwe, et une première analyse a été lancée au Nigeria, au Sénégal, en Éthiopie, en Côte d'Ivoire et en Ouganda. Une boîte à outils standardisée sur la maturité numérique a été élaborée pour soutenir l'engagement et le renforcement des capacités des États membres. Les conclusions de la DMA ont été intégrées dans le cadre de l'Observatoire de la santé numérique d'Africa CDC, et des rapports individuels par pays ont été partagés, identifiant les lacunes, les défis et les principaux domaines prioritaires à améliorer.

Sécuriser les informations sanitaires en Afrique : état de préparation du centre de données

La préparation opérationnelle du centre de données d'Africa CDC a progressé. Un contrat pour la certification ISO 27001 a été attribué à un prestataire qualifié, marquant une étape importante vers la conformité aux normes internationales en matière de gestion de la sécurité de l'information. Afin d'améliorer la fiabilité du système et la conformité institutionnelle, toutes les licences de maintenance essentielles ont été obtenues. Ces développements contribuent à la poursuite de la certification de niveau III par Africa CDC, renforçant ainsi la capacité du centre de données à héberger en toute sécurité les données institutionnelles et celles des États membres, conformément aux normes mondiales en matière de disponibilité, de résilience et de

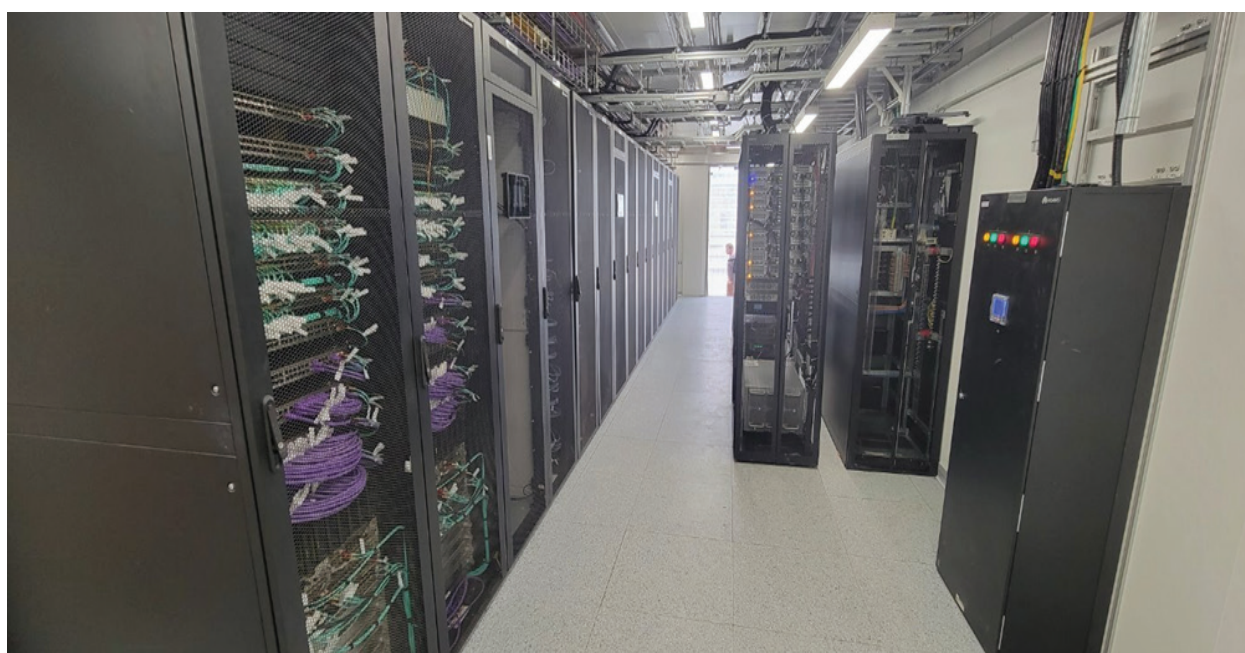


Figure 77 : Préparation opérationnelle du centre de données de l'Africa CDC

souveraineté des données.

Numérisation des centres de soins de santé primaires

Africa CDC a réalisé des progrès modestes mais stratégiques vers l'objectif de numériser 100 000 établissements de soins de santé primaires (SSP), aidant les États membres à renforcer les systèmes de santé de première ligne grâce à la transformation numérique. Pour guider ce processus, un comité d'experts sur la numérisation des SSP a été créé, réunissant des experts de premier plan et des représentants des États membres afin de favoriser l'harmonisation à l'échelle continentale.

Un projet de cadre de numérisation des soins de santé primaires a été élaboré conjointement avec les États membres et les partenaires techniques, définissant une vision commune, une architecture numérique et des principes directeurs pour étendre la transformation numérique des soins de santé primaires à travers l'Afrique. Le comité a publié un communiqué officiel exhortant les chefs d'État de l'UA à donner la priorité à la numérisation des soins de santé primaires en tant que pilier stratégique du programme pour la sécurité et la souveraineté sanitaires en Afrique.

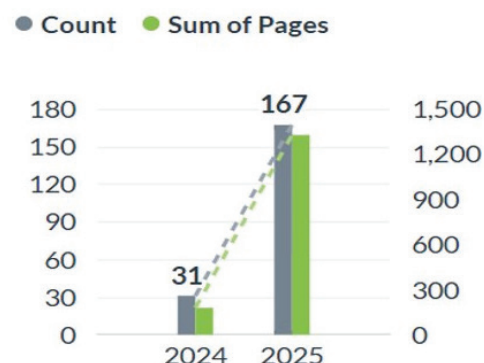
Afin de catalyser la mise en œuvre, l'Africa CDC a obtenu 10 millions de dollars américains par l'intermédiaire du STBF pour lancer des programmes pilotes dans trois États membres. Cette somme a été complétée par 20 millions de dollars supplémentaires mobilisés pour déployer à grande échelle les plateformes numériques de soins de santé primaires dans six pays, ainsi qu'une autre subvention de 10 millions de dollars, en cours de négociation avancée avec la Fondation Mohamed Bin Zayed, visant à étendre les programmes pilotes à trois autres États membres.

Mise en service du Centre africain de données épidémiologiques (KHub) d'Africa CDC

En 2025, l'Africa CDC a favorisé une transition continentale vers des systèmes de connaissances intégrés, interopérables et gérés de manière stratégique, remplaçant ainsi les plateformes numériques fragmentées. Une étape importante a été franchie avec le lancement du Centre africain de données épidémiologiques (KHub), un portail continental conçu pour centraliser et développer les renseignements sanitaires, le partage des connaissances et la collaboration. Le déploiement a été soutenu par des évaluations et des consultations en matière de gestion des connaissances (KM) dans cinq États membres (Ouganda, Namibie, Gabon, Tunisie, Nigeria), ainsi que par la validation d'une stratégie continentale de KM et d'une feuille de route pour sa mise en œuvre.

Figure 78 : Tableau de bord du portail Africa CDC Knowledge Hub Portal

Q: Published per year > 5yrs (All... ...



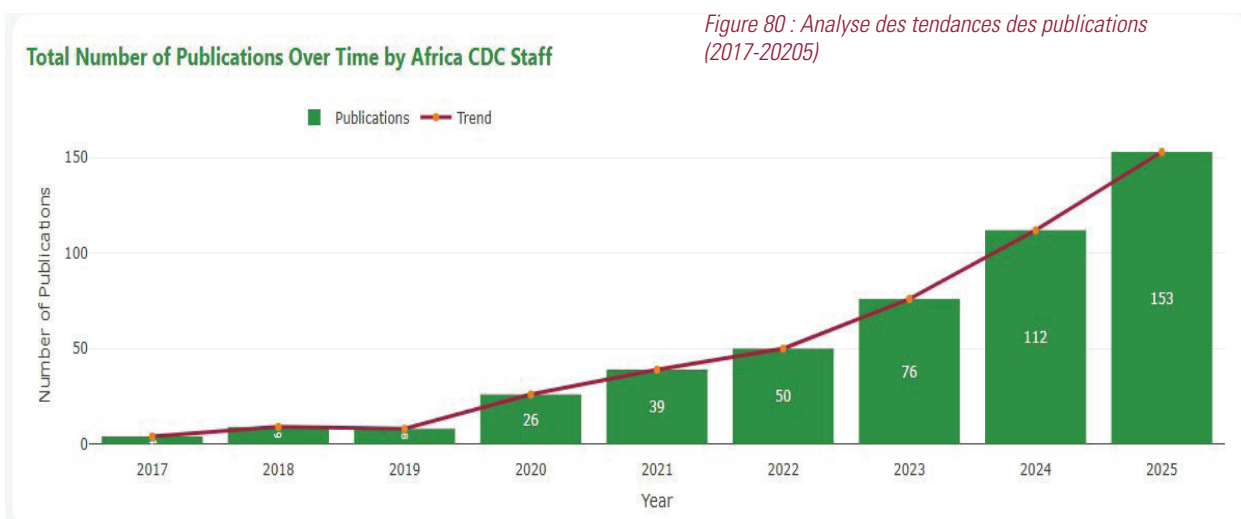
Q: Published article author location

- 1 - 14
- 18 - 36
- 44 - 57
- 68 - 93
- 153 +



Figure 79 : Tendance des publications africaines et couverture géographique





Le Journal de Santé Publique en Afrique (JPHIA)

Le Journal de Santé Publique en Afrique (JPHIA) a publié 167 articles en 2025, a réduit son délai de traitement éditorial de 72 à 48 jours et a atteint 47 États membres en termes de contributeurs. La revue a conservé son indexation dans PubMed et Web of Science, a été incluse dans le répertoire des revues en libre accès (DOAJ) et reste accréditée par le ministère sud-africain de l'Enseignement supérieur et de la Formation (DoHET), ce qui consolide son statut de plateforme de référence pour la recherche en santé publique en Afrique. Une nouvelle ligne directrice continentale pour la transposition des connaissances en politiques a également été élaborée, renforçant l'utilisation des données générées en Afrique dans la prise de décision.

En outre, Africa CDC a soutenu 36 communautés de pratique, a donné accès à plus de 3 000 revues scientifiques par l'intermédiaire d'Elsevier et de Science Direct, et a offert un mentorat en rédaction scientifique à plus de 80 professionnels en début de carrière, renforçant ainsi les capacités de recherche et la diffusion des connaissances à travers le continent.

Écosystème intégré de surveillance, de renseignement et d'alerte précoce

Africa CDC a renforcé les systèmes de veille épidémiologique et de santé numérique en étendant la surveillance basée sur les événements à 38 États membres, avec le soutien de formations dispensées au personnel de surveillance aux niveaux national et communautaire. Le dépôt central de données (CDR) a été développé en tant que plateforme continentale pour l'agrégation et l'analyse des données de surveillance et des données opérationnelles en matière de santé, avec le soutien d'accords élargis de partage des données avec les États membres.

Renseignements sanitaires continentaux

- Africa CDC a renforcé la surveillance continentale basée sur les événements et a intégré plusieurs flux de données épidémiologiques, de laboratoires, génomiques et opérationnels dans des produits communs de connaissance de la situation.
- Des tableaux de bord en temps réel ont aidé les dirigeants à prendre des décisions lors d'événements impliquant plusieurs pays, réduisant ainsi l'asymétrie d'information entre les pays, les régions et les partenaires.

Interopérabilité et normes

- Africa CDC a promu des normes communes en matière de données et des principes d'interopérabilité afin de réduire les doublons et de permettre des analyses transfrontalières.
- Des conseils techniques ont aidé les États membres à aligner leurs systèmes nationaux de santé numériques sur les cadres continentaux et ont été déployés dans 13 États membres.

Souveraineté et gouvernance des données

- Africa CDC a fait progresser les principes de gouvernance qui affirment la propriété des données de santé par les États membres, Africa CDC agissant en tant que dépositaire pour l'agrégation et l'analyse continentales et non en tant que propriétaire des données.
- Des protocoles clairs ont guidé la manière dont les données sont partagées, utilisées et protégées en situation d'urgence, renforçant ainsi la confiance entre les pays.

Numérisation opérationnelle

- Des outils numériques ont facilité la coordination

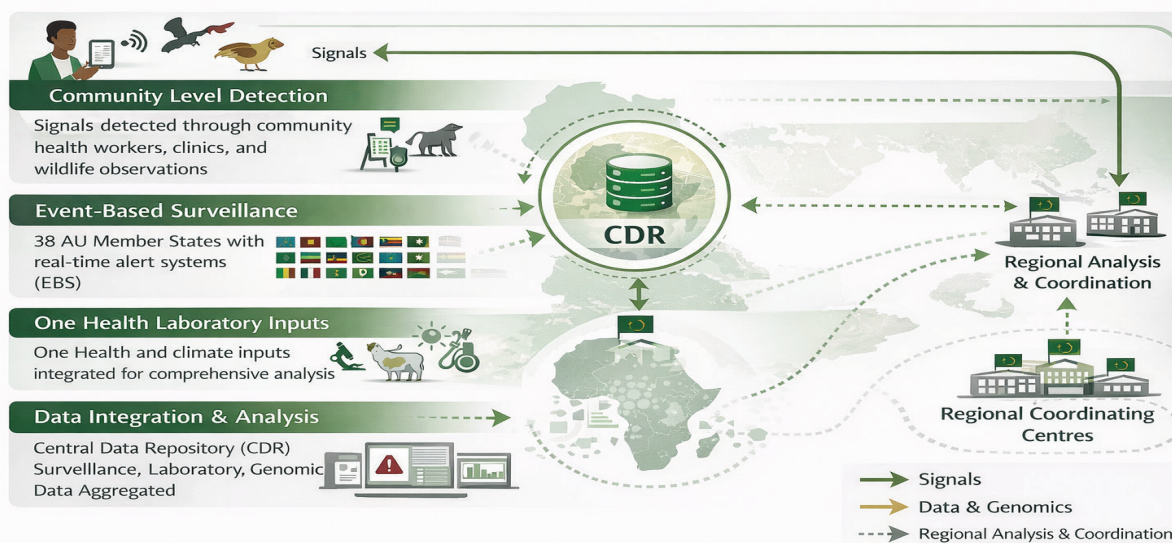


Figure 81 : Écosystème intégré de surveillance, de renseignement et d'alerte précoce de l'Africa CDC reliant les signaux communautaires à la prise de décision continentale

des urgences, le suivi logistique, les réseaux de laboratoires et le suivi des performances.

- L'amélioration des systèmes internes a renforcé la visibilité sur les opérations, les finances et les résultats, ce qui a permis une action exécutive plus rapide et une responsabilité plus claire.

4.4.3 Impact sur les pays

Pour les États membres, la transformation numérique a apporté des avantages tangibles :

- **Des alertes et une prise de décision plus rapides**, réduisant les retards dans la détection et l'escalade des épidémies.
- **Amélioration de la coordination transfrontalière**, les pays opérant à partir d'une base de données commune.
- **Réduction de la charge de travail liée à la communication d'informations**, grâce à l'harmonisation des indicateurs et des plateformes.
- **Confiance accrue dans le partage des données**, soutenue par une gouvernance et des garanties convenues.

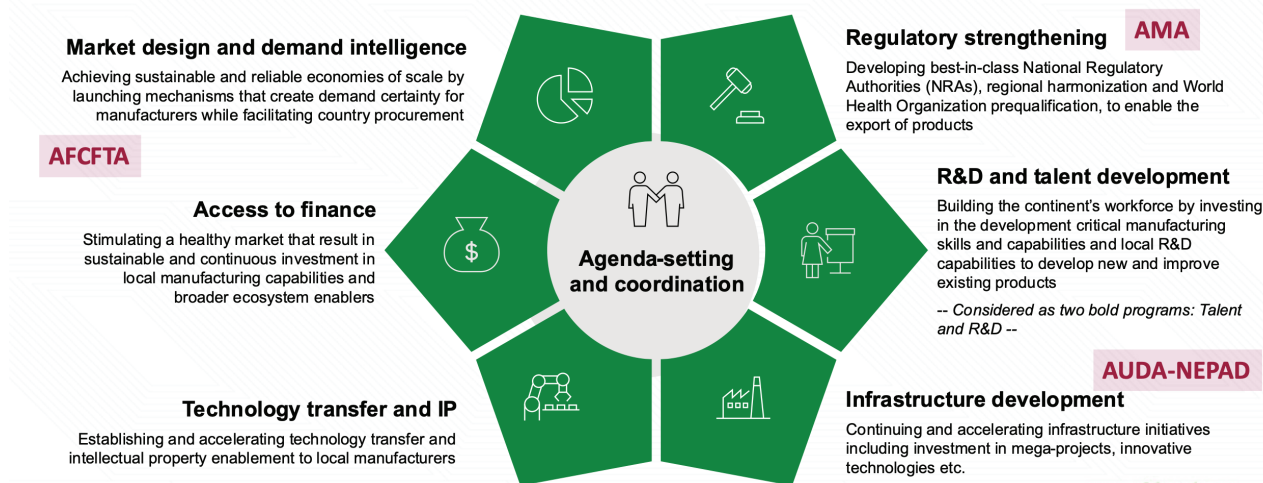
Ces avancées ont renforcé les capacités nationales tout en assurant une cohérence continentale, un équilibre essentiel à la souveraineté.

4.4.4 Prochaines étapes

Afin de consolider le pilier 4, Africa CDC donnera la priorité aux éléments suivants :

- **Des plateformes aux écosystèmes**
Intégrer les données relatives à la surveillance, aux laboratoires, aux opérations d'urgence, au financement et à la chaîne d'approvisionnement au sein d'un écosystème continental unifié de renseignements.
- **Institutionnaliser la gouvernance des données**
Finaliser et mettre en œuvre des accords de partage des données qui protègent la souveraineté tout en permettant une action collective en temps opportun.
- **Renforcer les capacités numériques des pays**
Aider les États membres à moderniser leurs systèmes nationaux afin que l'interopérabilité continentale ne dépende pas de solutions de contournement ad hoc.
- **Cybersécurité et résilience**
Protéger les données sensibles relatives à la santé et les systèmes opérationnels contre les cybermenaces.
- **Utilisation des données à des fins de responsabilité politique**
Améliorer les tableaux de bord et les fiches d'évaluation afin d'aider les chefs d'État et les

PLATFORM FOR HARMONIZED AFRICA HEALTH MANUFACTURING (PHAHM) 8 BOLD PROGRAMMES



ministres à superviser les performances en matière de sécurité sanitaire.

L'intelligence numérique accélère la prise de décision, mais l'accès à des contre-mesures physiques détermine les résultats. Le pilier 5 examine comment Africa CDC a fait progresser la fabrication locale et les achats groupés afin de garantir l'approvisionnement, de stabiliser les marchés et de convertir la préparation en protection.

4.5 Pilier 5 Fabrication locale et achats groupés

Le cinquième pilier du programme AHSS est axé sur la transformation du rôle de l'Afrique dans l'économie mondiale de la santé. Actuellement, plus de 90 % des vaccins et des médicaments utilisés sur le continent sont importés, ce qui rend les pays africains vulnérables aux perturbations de la chaîne d'approvisionnement, aux restrictions à l'exportation et à l'économie politique plus large de la pénurie. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence cette vulnérabilité de manière flagrante, l'Afrique étant reléguée au second plan dans la file d'attente mondiale pour les vaccins, tandis que de nombreux États membres avaient du mal à accéder même aux équipements de protection de base. La leçon était claire : la sécurité sanitaire ne peut être assurée sans souveraineté sur la fabrication.

En réponse, l'Union africaine s'est fixé un objectif ambitieux : produire au moins 60 % des vaccins utilisés sur le continent d'ici 2040, tout en développant la production

locale de diagnostics, de thérapies et d'autres produits médicaux essentiels.

Au cours de la période 2024-2025, le Partenariat pour la fabrication de vaccins en Afrique (PAVM) a été transformé en Plateforme pour l'harmonisation de la fabrication de produits de santé en Afrique (PHAHM), avec Africa CDC en tant que responsable technique. Parallèlement, le Mécanisme africain d'achat groupé (APPM) a été conçu et mis en œuvre à 75 %, son lancement complet étant prévu pour début 2026.

Fin 2025, l'APPM avait déjà regroupé 3,2 milliards de dollars de demandes prévues dans 25 pays et signé ses premiers accords-cadres. Ce mécanisme devrait permettre de réduire les coûts d'approvisionnement de 8 à 12 %, tout en améliorant les délais de livraison et la fiabilité des fournisseurs.

Africa CDC a collaboré avec les États membres, les communautés économiques régionales, les banques de développement, les fabricants, les instituts de recherche et les partenaires mondiaux pour concrétiser cette vision. Les résultats vont bien au-delà de gains marginaux, ils représentent un changement structurel : l'émergence d'un pacte industriel et sanitaire qui intègre la sécurité sanitaire publique à l'industrialisation, à l'innovation, au commerce, au transfert de technologies et à l'emploi des jeunes.

À ce jour, l'Africa CDC a recensé vingt-cinq initiatives de fabrication de vaccins à travers le continent. Selon les projections, d'ici 2030, trois fabricants africains pourraient fournir jusqu'à huit vaccins préqualifiés par l'OMS. Parallèlement à ces projets, les capacités locales se développent

25 Vaccine Manufacturing Initiatives



574 Drugs and Diagnostics Manufacturing Companies



Figure 82 : Initiatives locales de fabrication de vaccins

dans d'autres domaines stratégiques, tels que la production de moustiquaires en Angola et au Nigeria, ainsi que la fabrication d'antirétroviraux (ARV) au Kenya, en Ouganda et en Afrique du Sud.

Ensemble, ces initiatives constituent le fondement d'un écosystème de fabrication diversifié et résilient, capable de répondre à une part croissante des besoins de santé de l'Afrique.

Une étape importante a été franchie en 2025 avec la mise en service et le déploiement rapide de l'APPM. Historiquement, les pays africains achetaient leurs produits de santé de manière autonome, souvent à des prix plus élevés, en plus petites quantités et avec un faible pouvoir de négociation.

L'APPM s'attaque de front à ces défis en offrant une plateforme coordonnée et agrégée qui renforce le pouvoir de négociation, améliore l'efficacité des achats et met en place une chaîne d'approvisionnement sanitaire plus résiliente à travers le continent. Son orientation initiale vers les médicaments destinés à la santé maternelle et infantile a déjà démontré son potentiel. Au cours de la première phase pilote, les pays participants ont fait état de réductions de prix de 12 à 18 % sur certains produits, ainsi que d'améliorations de l'assurance qualité et de la fiabilité des livraisons. Ces gains ne sont pas seulement financiers ; ils signifient que davantage de femmes et d'enfants reçoivent des médicaments essentiels, que les chaînes d'approvisionnement deviennent plus stables et que les ministères des finances acquièrent la certitude que les achats groupés peuvent offrir un meilleur rapport qualité-prix que les achats bilatéraux.

Au-delà des économies réalisées, l'APPM constitue un

puissant outil de structuration du marché. Pendant des années, les acheteurs mondiaux ont hésité à conclure des contrats avec les fabricants africains, invoquant l'incertitude quant à la demande, les risques perçus et les préoccupations liées à la durabilité. L'APPM change la donne en proposant des commandes prévisibles et agrégées qui réduisent les risques liés à l'investissement et créent un marché continental crédible et fondé sur des règles. En 2025, l'Africa CDC a utilisé son pouvoir de convocation et la plateforme APPM pour plaider auprès de ses partenaires mondiaux dans le domaine de la santé en faveur d'une augmentation des achats auprès des fabricants africains. En conséquence, les principaux acheteurs se sont engagés à acheter des produits auprès des trois principaux fabricants d'ARV basés au Kenya, en Ouganda et en Afrique du Sud, à augmenter leurs achats auprès des fabricants de vaccins en Afrique et à développer l'approvisionnement en moustiquaires produites localement dans des usines en Angola et au Nigeria. Ces engagements sont précoces, mais ils constituent une preuve concrète que la réforme des achats, associée au leadership politique, peut débloquer les investissements industriels et faire progresser les fabricants africains dans la chaîne de valeur mondiale.

Cependant, la construction d'usines ne suffit pas. La souveraineté en matière de fabrication durable dépend d'un écosystème scientifique, innovant et réglementaire solide. À cette fin, l'Africa CDC a accéléré, en 2025, le développement d'une plateforme de recherche et développement (R&D) à l'échelle du continent. Une cartographie complète des infrastructures de recherche fondamentale, préclinique et clinique a été réalisée dans trente-six États membres, fournissant ainsi la base empirique d'un modèle en étoile dans lequel un réseau de centres d'excellence ancrera la R&D en matière de

APPM Product Scope – Complementary to National Systems & RECs

Driving toward African production of at least 60% of health products by 2040

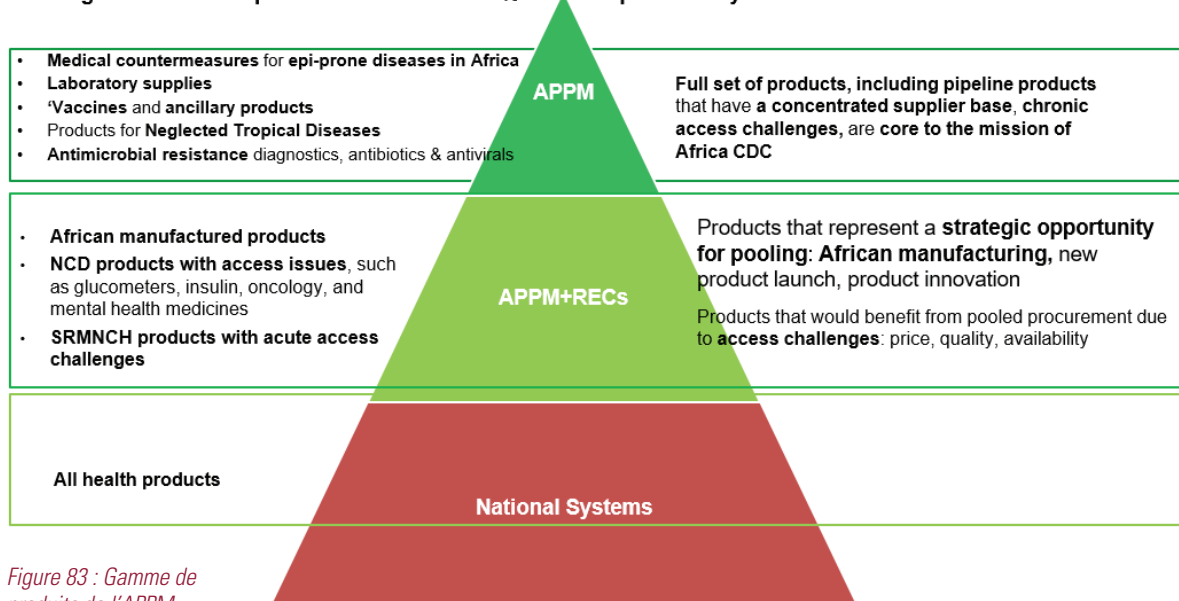


Figure 83 : Gamme de produits de l'APPM

6

vaccins, de diagnostics et de traitements, avec le soutien de laboratoires satellites et de sites d'essais cliniques. Cet exercice de cartographie a révélé à la fois des atouts et des lacunes : certains pays disposent de capacités avancées en matière d'essais cliniques et de laboratoires BSL-2/3, tandis que beaucoup d'autres hébergent des plateformes sous-utilisées et manquent d'infrastructures coordonnées pour la science translationnelle. L'Africa CDC utilise déjà ces conclusions pour orienter de nouveaux investissements, partenariats et transferts de technologie afin que les actifs fragmentés soient transformés en un système continental cohérent de R&D, qui serve les objectifs de fabrication plutôt que de fonctionner de manière isolée.

Le leadership d'Africa CDC, dans le cadre du plan directeur de recherche et développement sur le Mpox, montre comment cet écosystème peut fonctionner en pratique. Ce plan d'action, première plateforme de R&D à l'échelle du continent africain pour une épidémie majeure, a défini des questions scientifiques prioritaires, normalisé les protocoles d'étude et harmonisé les méthodes de laboratoire entre plusieurs pays. Dans ce cadre, Africa CDC a coordonné une étude socio-comportementale multinationale dans dix États membres, menant plus de 23 000 entretiens afin de comprendre les facteurs de risque, la dynamique de transmission, les comportements en matière de santé et les perceptions de la communauté.

Ces données orientent désormais les stratégies de vaccination, la communication des risques et les directives cliniques. Parallèlement, deux candidats thérapeutiques pour des agents pathogènes prioritaires ont progressé grâce à des tests in vitro en Afrique du Sud et à des études in vivo au Kenya, et les préparatifs

sont en cours pour des essais cliniques multi-pays en Afrique orientale, occidentale et australe. Des bibliothèques synthétiques et des pseudo-virus ciblant vingt-deux agents pathogènes prioritaires ont également été développés, renforçant les capacités précliniques de l'Afrique et permettant une évaluation plus rapide des futurs candidats-vaccins et médicaments.

Le capital humain est un autre pilier essentiel de la souveraineté industrielle. En 2025, Africa CDC a consolidé les réseaux régionaux de capacités et de compétences (RCCN) afin de former une nouvelle génération d'experts africains en biofabrication. Grâce à ces réseaux, les premières cohortes de boursiers en biofabrication ont été placées dans des installations en Égypte, au Sénégal et en Afrique du Sud. Ces boursiers ont reçu une formation avancée sur les processus de production de vaccins, la gestion de la qualité, la conformité aux bonnes pratiques de fabrication (BPF) et la science réglementaire. À terme, le modèle RCCN devrait permettre de former des centaines, voire des milliers, de professionnels africains hautement qualifiés, capables d'exploiter, de gérer et de réglementer des usines de fabrication complexes. Cet investissement dans les compétences est stratégique : sans ingénieurs, techniciens, responsables qualité et spécialistes de la réglementation compétents, les infrastructures physiques ne peuvent se traduire par une capacité de fabrication durable et compétitive.

Le renforcement des chaînes d'approvisionnement et de logistique constitue le dernier maillon opérationnel entre les usines de fabrication et les communautés. Conscient que la production seule ne suffit pas, l'Africa CDC a investi dans la modernisation de l'entrepôt continental MCM de l'UA situé à Douala, au Cameroun, avec

le soutien de la Banque africaine de développement. En 2025, la capacité de stockage de ce centre a été augmentée de 40 % et son infrastructure de la chaîne du froid a été modernisée. Le centre de Douala sert de nœud pour les interventions d'urgence et est progressivement intégré à l'ensemble des opérations de l'AP-PM. Cette intégration permettra d'acheter en gros des médicaments et des vaccins produits en Afrique, de les prépositionner stratégiquement et de les distribuer rapidement et équitablement dans les États membres. En Afrique australe, le renforcement des systèmes de chaîne du froid et de logistique au Malawi, en Zambie et au Lesotho a déjà amélioré la capacité à recevoir et à déployer les produits issus d'achats groupés.

La régionalisation a été une caractéristique déterminante de la mise en œuvre du pilier 5. En Afrique australe, le 4e comité directeur ministériel régional (ReSCO) a approuvé la vision du Livre vert d'Africa CDC et les objectifs de fabrication de l'AHSS, ancrant les réformes en matière d'approvisionnement et de fabrication dans les processus politiques régionaux. Des investissements dans la chaîne du froid et la logistique, d'une valeur d'environ 1 million de dollars américains, ont renforcé la capacité de la région à recevoir et à distribuer des vaccins et des produits thérapeutiques fabriqués localement. En Afrique de l'Est, le soutien du RCC à Maurice, à l'Érythrée, à la Somalie et au Soudan s'est concentré sur la préparation réglementaire, le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et les systèmes d'urgence, afin de garantir que ces pays puissent participer de manière significative aux programmes d'approvisionnement groupé et absorber rapidement de nouveaux produits en cas d'urgence.

En Afrique centrale, l'amélioration des COUSP, des systèmes régionaux de transport d'échantillons et des infrastructures de laboratoire en République centrafricaine, au Tchad, à São Tomé-et-Principe et en République démocratique du Congo a créé les conditions propices à l'adoption de produits fabriqués localement et à la participation aux appels d'offres continentaux. Ces efforts ont été renforcés par le Forum des partenaires d'Afrique centrale, qui a commencé à aligner les investissements des partenaires sur les priorités régionales en matière de fabrication et d'approvisionnement. En Afrique du Nord, les progrès réalisés dans le cadre du RISLNET et le renforcement des cadres de gouvernance régionaux ont jeté les bases d'une assurance qualité harmonisée, d'une convergence réglementaire et d'une surveillance post-commercialisation, conditions préalables essentielles à l'expansion de la fabrication et du commerce transfrontalier de produits de santé.

Dans l'ensemble, ces développements soulignent un point fondamental : la souveraineté industrielle ne consiste pas seulement à construire des usines, mais aussi à mettre en place des systèmes. Ces systèmes comprennent des agences de réglementation capables d'approuver les produits de manière rapide et rigoureuse. À cet égard, Africa CDC, en collaboration avec l'AMA et l'AMRH/AUDA_NEPAD, a établi une

confiance réglementaire entre les huit autorités réglementaires nationales ayant atteint le niveau de maturité 3 de l'OMS. Le système comprend également des plateformes de R&D qui génèrent des innovations africaines, des filières de capital humain qui fournissent des travailleurs qualifiés, des mécanismes d'achat groupé qui façonnent les marchés, des réseaux de chaîne du froid et des centres logistiques qui acheminent efficacement les produits, des chaînes d'approvisionnement numériques qui offrent une visibilité en temps réel, et des structures de gouvernance régionales qui coordonnent les actions.

Chaque investissement réalisé en 2025, qu'il s'agisse des réductions de prix de 12 à 18 % obtenues grâce à l'APPM, des 36 pays cartographiés pour la R&D, des 23 000 entretiens menés dans le cadre de la recherche sur le mpox, des 22 agents pathogènes couverts par les bibliothèques synthétiques, de l'augmentation de 40 % des stocks à Douala ou du déploiement de boursiers en biofabrication, ajoute une nouvelle pierre à cette architecture. Un écosystème de fabrication durable doit s'appuyer sur un mécanisme de financement adapté. En 2025, l'Africa CDC a collaboré avec Gavi, l'Alliance pour les vaccins, afin de mettre en œuvre l'Accélérateur africain de fabrication de vaccins, un mécanisme de financement innovant de 1,2 milliard de dollars destiné à soutenir les fabricants de vaccins africains au cours des dix prochaines années. En outre, l'Africa CDC a co-développé un produit financier afin de mettre en œuvre le financement de 2 milliards de dollars mis à disposition par Afreximbank.

Pour l'avenir, la voie à suivre est claire mais exigeante. L'APPM doit élargir sa gamme de produits pour inclure un éventail plus large de vaccins, de médicaments oncologiques, de produits liés aux MNT et de diagnostics essentiels. L'Agence africaine des médicaments (AMA) doit être pleinement opérationnelle et habilitée à exercer ses fonctions en tant qu'organisme de réglementation continental qui soutient et accélère la fabrication africaine. Les pôles de fabrication régionaux devront être développés et étroitement liés aux accords commerciaux de la ZLECAf afin que les produits médicaux puissent circuler rapidement et sans frais de douane à travers les frontières. Les RCCN doivent former un nombre bien plus important de professionnels africains de la fabrication dans les domaines de l'ingénierie, de la qualité, de la réglementation et de la gestion. Il sera essentiel d'obtenir un financement durable provenant des budgets nationaux, des institutions financières de développement, des instruments de financement mixtes et des mécanismes innovants afin de consolider ces acquis et de passer d'investissements pilotes à une échelle transformatrice.

De plus, à mesure que de plus en plus de fabricants africains se lancent dans la production commerciale, les risques deviennent plus prononcés. Les entreprises africaines pénètrent sur des marchés dominés par des fournisseurs mondiaux qui bénéficient de décennies d'échelle, de financements subventionnés, de systèmes réglementaires matures et de chaînes d'ap-

provisionnement intégrées. Cela crée un écart structurel de compétitivité que les entreprises africaines ne peuvent combler par leurs seuls efforts commerciaux. Sans interventions ciblées pour pénétrer et façonner le marché, la production africaine risque d'être évincée de son propre marché avant d'avoir atteint une taille suffisante. Pour corriger ce déséquilibre, l'Afrique doit déployer des outils de formation du marché, limités dans le temps et fondés sur des règles, notamment des marges de préférence tarifaire, des garanties de volume, des engagements d'achat anticipé, des achats prévisibles par le biais de l'APPM et des voies de dépendance réglementaire. Ces mesures ne relèvent pas du protectionnisme ; ce sont les mêmes instruments que ceux utilisés par toutes les économies manufacturières prospères pour atteindre une taille suffisante. La structuration du marché constitue donc le pont entre l'engagement politique et la viabilité commerciale, ainsi qu'entre la viabilité et la souveraineté.

La vision du pilier 5 est audacieuse mais nécessaire. L'Afrique doit produire, construire et se procurer les produits médicaux dont elle a besoin pour protéger ses populations. Le continent ne peut plus compter sur des marchés mondiaux imprévisibles ni sur la bonne volonté extérieure pour s'assurer des produits de première nécessité. Il doit plutôt cultiver ses propres talents scientifiques, renforcer ses propres systèmes réglementaires, façonner ses propres marchés et prendre la place qui lui revient au sein des écosystèmes industriels mondiaux. Grâce à la fabrication locale et aux achats groupés, l'Afrique jette les bases non seulement de la sécurité sanitaire, mais aussi de la souveraineté économique, du leadership technologique et de la prospérité partagée pour les générations à venir.

4.5.1 Pourquoi ce pilier est-il important ?

La sécurité sanitaire échoue lorsque les contre-mesures ne sont pas disponibles, inabornables ou arrivent trop tard. Les crises récentes ont mis en évidence la vulnérabilité structurelle de l'Afrique : dépendance vis-à-vis des fournisseurs externes, pouvoir d'achat fragmenté et influence limitée sur les décisions d'allocation. Ces faiblesses ne sont pas des inconvénients logistiques, mais des risques stratégiques qui compromettent la souveraineté, la préparation et la confiance du public.

De plus, avec un marché des produits de santé qui devrait atteindre **350 milliards de dollars américains d'ici 2040** et pourrait générer jusqu'à **seize millions d'emplois**, l'industrie manufacturière africaine est également synonyme de sécurité économique et de croissance.

Le pilier 5 de l'AHSS répond à cette situation en repositionnant la fabrication locale et les achats groupés comme des instruments de sécurité essentiels. L'objectif n'est pas l'autarcie, mais l'autonomie stratégique, c'est-à-dire la capacité à garantir un accès rapide à

des produits de qualité grâce à une demande prévisible, à une production régionale et à des achats coordonnés.

4.5.2 Résultats clés en 2025

En 2025, l'Africa CDC a fait passer le continent des déclarations à la mise en place opérationnelle d'un marché.

La base manufacturière africaine est en pleine expansion.

- 574 fabricants de produits de santé enregistrés auprès de leurs autorités réglementaires nationales sont répertoriés à travers l'Afrique.
- Plus de vingt-sept initiatives de fabrication de vaccins sont en cours, et au moins 8 produits devraient obtenir la certification PQ de l'OMS ou être commercialisés d'ici 2030.
- Le nombre de moustiquaires, de diagnostics et de traitements fabriqués sur le continent augmente.
- Plus de vingt projets de transfert de technologie sont en cours.

Les achats groupés deviennent réalisables.

Africa CDC a mis en place le Mécanisme africain d'achat groupé (APPM) en tant que plateforme d'achat continentale alignée sur les priorités nationales.

- L'approvisionnement groupé de **10 produits SR-MNCH dans dix pays pilotes**, avec un prochain cycle d'approvisionnement prévu début 2026, et des pipelines d'approvisionnement ont été mis en place afin de permettre aux pays d'agréger la demande, de réduire la dispersion des prix et de raccourcir les délais de livraison.
- Les cadres de gouvernance des achats ont clarifié les rôles entre Africa CDC, les États membres et les partenaires, préservant ainsi la souveraineté tout en tirant parti de l'échelle.

Capacités et efficacité réglementaires

- **Neuf autorités réglementaires nationales** ont atteint le niveau de maturité 3 de l'OMS, les laboratoires nationaux de contrôle de la qualité ont été renforcés (notamment en Afrique du Sud, au Rwanda et au Sénégal), et l'**AMA** est **en cours de mise en place**, son premier directeur général ayant été nommé.
- **Des réseaux régionaux de capacités et de compétences (RCCN)** ont été créés afin de contribuer à la constitution d'une future main-d'œuvre composée de **9 000 à 14 000 professionnels qualifiés** dans le domaine de la biofabrication.

Financement sans précédent

Plus de 10 milliards de dollars mobilisés pour la fabrication de produits de santé, notamment en Afrique :

- i. **L'Accélérateur africain de fabrication de vaccins (AVMA) de Gavi, 1,2 milliard de dollars**
- ii. **L'engagement de 2 milliards de dollars de l'Afreximbank** pour financer la fabrication de produits de santé en Afrique.
- iii. **Un partenariat entre l'Union européenne (initiative Team Europe) et la Fondation Gates, mobilisant 1 milliard de dollars** pour soutenir la fabrication de produits de santé sur l'ensemble du continent.
- iv. La Banque africaine de développement (BAD) a lancé une initiative de 6 milliards de dollars pour transformer le secteur de la santé en Afrique, en mettant particulièrement l'accent sur le développement des capacités et des infrastructures locales de fabrication de produits pharmaceutiques.

Ces mécanismes ont permis de passer de la formulation d'une politique ambitieuse à des projets bancables, réduisant ainsi l'incertitude des investisseurs et soutenant une expansion durable.

Progrès en matière de coordination de la fabrication

- L'Africa CDC a renforcé la coordination au sein de l'écosystème continental de fabrication, en mettant en relation les producteurs, les régulateurs, les acteurs financiers et les acheteurs. Africa CDC a également réuni les États membres afin d'obtenir un engagement politique en faveur de la fabrication de produits de santé africains.
- L'assurance qualité, la fiabilité réglementaire et le développement de la main-d'œuvre ont été abordés comme des contraintes systémiques, et non comme des considérations secondaires.
- Les priorités en matière de fabrication ont été alignées sur les besoins de préparation, notamment pour les vaccins, les diagnostics et les fournitures médicales essentielles.

Maintien de la dynamique politique et de l'engagement des partenaires.

Référence (2022)

Le soutien d'Africa CDC à la fabrication locale en était à ses débuts dans le cadre du Partenariat pour la fabrication de vaccins en Afrique (PAVM). Le continent produisait moins de 1 % de ses besoins en vaccins, moins de 10 % de tous ses besoins en produits de santé, et ne disposait d'aucune plateforme coordonnée pour l'harmonisation réglementaire, le transfert de technologie, le financement et le développement de la main-d'œuvre dans le secteur manufacturier.

Réalisations (2023-2025)

Création de la Plateforme pour l'harmonisation de la fabrication de produits de santé en Afrique (PHAHM)

- En 2024, l'Assemblée de l'UA a transformé le PAVM en PHAHM, avec l'Africa CDC en tant que responsable technique.
- La PHAHM fournit un cadre continental pour la coordination de la fabrication de vaccins, de tests diagnostiques et de traitements. La PHAHM rassemble les institutions de l'UA (AMA, AUDA-NEPAD, ZLECAf, CER), les institutions financières de développement africaines (Afreximbank, BAD), les acheteurs mondiaux de produits de santé (Gavi, Fonds mondial, Unitaid, UNICEF), les partenaires multilatéraux et bilatéraux (UE, États-Unis, Émirats arabes unis, Japon, Banque mondiale), les associations de fabricants africains (AVMI, FAPMA, etc.) et les principaux instituts de recherche et de formation (IPD, CSIR, ABI) afin de mettre en place un écosystème continental cohérent pour la fabrication de produits de santé.
- Plus de 27 initiatives de fabrication ont été recensées à travers l'Afrique¹, notamment en Algérie, en Égypte, en Éthiopie, au Ghana, au Kenya, au Maroc, au Mozambique, au Nigeria, au Rwanda, au Sénégal, en Afrique du Sud, en Ouganda et en Zambie.

Transfert de technologie (TT) et renforcement des capacités

- Outre les ateliers organisés sur le continent par l'OMPI, l'IGAD et d'autres organismes, Africa CDC a organisé deux ateliers continentaux sur le TT en partenariat avec le CEPI, l'OMS et l'UE afin de combler les lacunes en matière de planification commerciale et de compétences en bio-fabrication.
- Au moins dix fabricants africains ont reçu une formation technique sur les BPF, la conception de la chaîne du froid et la réglementation des essais cliniques.

¹ À titre de comparaison entre des populations économiques similaires : la Chine compte 41 à 43 fabricants de vaccins (https://journals.lww.com/mgmj/fulltext/2020/07010/human_vaccines_industry_in_china_2019_part_i.8.aspx#:~:text=China%20has%2041%20vaccine%20manufacturing%20companies%2C%20including,companies%20and%20multinational%20companies%20that%20manufacture%20vaccines.) et l'Inde compte au moins 88 fabricants de vaccins <https://isid.org.in/wp-content/uploads/2023/01/WP258.pdf>

Tableau 15 : Indicateurs clés de performance pour la fabrication locale et le transfert de technologie (2022-2025)

Indicateur	2022	2025	Variation (%)	Source
Initiatives continentales en matière de fabrication cartographiées	8	>27	+237	Rapport annuel 2024 d’Africa CDC
Fabricants formés aux normes GMP et cliniques pour répondre aux attentes réglementaires	0	>10	Nouveau	Rapport Malabo 2025
Accords de transfert de technologie	2	>20	+900 %	Divers rapports publics et archives d’Africa CDC
Pays bénéficiant des programmes de bourses de fabrication d’Africa CDC	0	10	Nouveau	Divers rapports publics et registres d’Africa CDC
Financements mobilisés pour développer la production locale et les capacités de transfert de technologies	1,5 milliard de dollars	>10 milliards de dollars	+567	Divers rapports publics

- Des réseaux régionaux de compétences et de capacités (RCCN) ont été créés dans quatre régions d’Afrique avec quatre secrétariats, à savoir l’Institut Pasteur de Dakar, au Sénégal (RCCN d’Afrique de l’Ouest), l’Institut africain de bio-fabrication, au Rwanda (RCCN d’Afrique de l’Est), l’Institut Pasteur du Maroc, au Maroc, et l’Autorité d’approvisionnement unifiée, en Égypte (RCCN d’Afrique du Nord), ainsi que le Conseil pour la recherche scientifique et industrielle, en Afrique du Sud (RCCN d’Afrique du Sud) pour le développement de la main-d’œuvre et les programmes de bourses.

Leadership et politique continentaux

- Africa CDC a codirigé le groupe d’experts indépendant de haut niveau du G20 qui a publié le rapport « Closing the Deal: Financing Security Against Pandemic Threats² » (Conclure l’accord : financer la sécurité contre les menaces pandémiques), qui comprenait des recommandations visant à accélérer l’accès géographiquement diversifié aux contre-mesures médicales (CMM) : permettre aux banques de développement de financer à risque les achats anticipés de CMM ; et mettre en œuvre le financement des tests, des traitements et des EPI.

Intégration réglementaire et commerciale

- La mise en service de l’Agence africaine des médicaments (AMA) en octobre 2025, précédée par la nomination du premier directeur général en juin 2025, représente une étape importante pour le continent, car elle fournit le cadre institutionnel nécessaire à l’harmonisation, à la convergence et à la fiabilité réglementaires dans tous les États membres de l’UA.

Le Fonds mondial a aligné ses stratégies d’approvisionnement sur le futur mécanisme africain d’approvisionnement groupé (APPM) afin de stabiliser la demande.

4.5.2 Analyse de la situation en 2025

Le continent compte actuellement **574 entreprises de fabrication de produits de santé** enregistrées par les autorités réglementaires nationales (ARN) dans leurs pays de production. Ce chiffre est à comparer aux quelque **5 000 fabricants en Chine** et **10 000 en Inde**, des économies de taille comparable en termes de population. Compte tenu de la taille et de la trajectoire de croissance du marché africain des produits de santé, il reste nécessaire d’augmenter le nombre et la taille des fabricants afin d’atteindre l’objectif du continent de produire 60 % des produits de santé dont il a besoin sur le continent.

Les sections ci-dessous présentent un aperçu du paysage actuel de la fabrication par catégorie de produits.

Fabrication de vaccins

L’Afrique compte actuellement plus de vingt-sept initiatives de fabrication de vaccins, destinées à répondre à la fois aux besoins de vaccination systématique et à la lutte contre les épidémies. Au moins huit vaccins devraient obtenir la préqualification de l’OMS (PQ) ou être commercialisés d’ici 2030. En comparaison, la Chine compte 41 à 43 fabricants de vaccins et l’Inde au moins 88, deux économies dont la population est comparable.

Africa CDC et les États membres de l’UA s’efforcent de garantir que les vaccins produits sur le continent soient intégrés dans les programmes nationaux de vaccination et soutenus par une demande prévisible, financée et consolidée. Cela est essentiel pour assurer la viabilité commerciale et la durabilité à long terme des inves-

2 2025, Conclure l’accord : financer notre sécurité contre les menaces pandémiques, rapport du groupe indépendant de haut niveau du G20<https://nam.edu/pandemic-financing/>

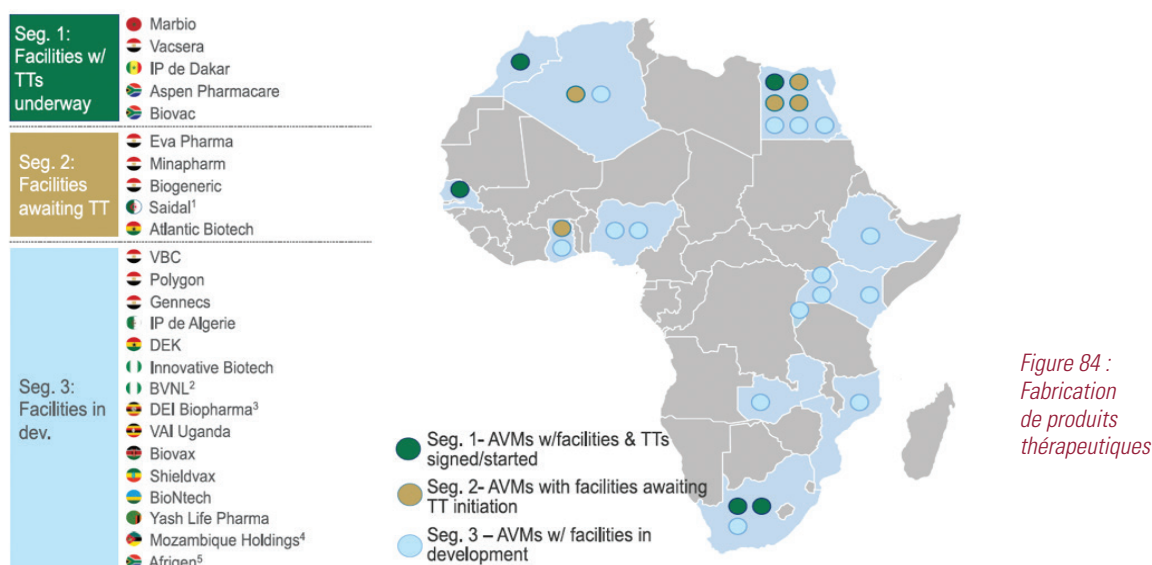


Figure 84 :
Fabrication
de produits
thérapeutiques

tissements dans la fabrication et pour atteindre l'objectif continental d'augmentation de la production locale.

Fabrication de produits thérapeutiques

La fabrication de produits thérapeutiques représente le segment le plus important de la base de fabrication de produits de santé en Afrique. Ses principales caractéristiques sont les suivantes

- Une prédominance de petits et moyens fabricants de médicaments génériques produisant des médicaments essentiels, notamment des antibiotiques, des antipaludiques, des antirétroviraux (ARV), des analgésiques et des antihypertenseurs.
- Une capacité limitée mais croissante pour l'insuline, les produits injectables, les produits stériles et les formulations plus complexes.
- Un pipeline émergent pour les biosimilaires et les produits biologiques, notamment les anticorps monoclonaux, les médicaments de nouvelle génération contre le VIH et la tuberculose, et un intérêt précoce pour les plateformes ARN et les thérapies avancées.
- Une forte dépendance vis-à-vis des ingrédients pharmaceutiques actifs (IPA) importés, avec plus de 95 % des IPA importés.
- Environ 25 fabricants de produits contre le VIH à travers l'Afrique.
- Plus de 90 fabricants de produits contre le paludisme dans plus de trente pays, le Ghana, l'Éthiopie, le Kenya, le Nigeria et l'Ouganda servant de pôles principaux.
- L'activité de fabrication reste axée sur la formulation et le conditionnement plutôt que sur la production en amont ou le développement de produits.

La fabrication locale de solutions intraveineuses (IV) stériles est devenue une capacité fondamentale et essentielle sur tout le continent, en particulier compte tenu des épidémies récurrentes de choléra et du coût élevé et des défis logistiques liés à l'importation de ces produits.

Fabrication de produits diagnostiques

La fabrication de produits diagnostiques en Afrique est moins mature que celle des produits thérapeutiques, mais elle est stratégiquement cruciale et évolue rapidement. L'activité actuelle se concentre sur :

- Les tests de diagnostic rapide (TDR) et les tests immunochromatographiques.
- Réactifs et consommables de laboratoire de base.

La production locale de diagnostics moléculaires, y compris les plateformes PCR, reste limitée, la plupart des plateformes étant importées. Cependant, les capacités d'assemblage, de conditionnement et de production partielle de réactifs sont en pleine expansion. Les produits essentiels, notamment les tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme et de Mpox, les tests de dépistage du VIH et de la tuberculose, les tests COVID-19 et les consommables de laboratoire de base tels que les écouvillons, les réactifs et les plastiques, sont actuellement produits ou assemblés dans des pays tels que le Kenya, le Maroc, l'Afrique du Sud, l'Égypte, le Nigeria, la Tunisie, le Sénégal, le Rwanda et l'Ouganda, avec des niveaux variables de valeur ajoutée locale allant de l'assemblage et du conditionnement à la production partielle de réactifs et de composants.

Fabrication de moustiquaires – analyse de cas.

L'Afrique importe actuellement plus de 95 % des moustiquaires imprégnées d'insecticide nécessaires à la

lutte contre le paludisme. Ces produits sont souvent fabriqués dans des pays où le paludisme est peu ou pas présent et sont destinés exclusivement aux marchés africains, ce qui met en évidence le paradoxe selon lequel l'Afrique représente un marché vaste, prévisible et commercialement viable, mais n'en tire qu'une valeur limitée.

À l'heure actuelle, il existe deux fabricants de moustiquaires préqualifiés par l'OMS en **Afrique**, situés en Tanzanie et en Ouganda. Des capacités de production supplémentaires sont en cours de développement en Angola et au Nigeria, et d'autres initiatives sont à l'étude.

En 2024, environ 167 millions de moustiquaires, soit environ 90 % des achats mondiaux, ont été achetées pour les pays africains. L'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA) estime les besoins annuels de l'Afrique à environ deux cents millions de moustiquaires. À un coût moyen de **2 à 4 dollars US par moustiquaire**, cela représente un marché évalué à **400 à 600 millions de dollars US par an**, une échelle qui pourrait soutenir au moins cinq fabricants africains compétitifs.

Cependant, la demande est actuellement satisfaite par onze fabricants non africains, ce qui crée une pression concurrentielle intense. Sans interventions délibérées visant à façonner le marché, telles que les achats groupés, la prévisibilité de la demande, les achats préférentiels et le soutien transitoire aux prix, les fabricants africains émergents auront du mal à être compétitifs sur les prix tout en développant leur taille et leur efficacité.

En l'absence de telles mesures, il existe un risque réel que la base de fabrication naissante de moustiquaires en Afrique échoue, non pas en raison d'un manque de demande, mais en raison d'une exposition prématurée à la concurrence mondiale totale.

Africa CDC a facilité la mise en place d'un partenariat pour la fabrication de moustiquaires en Angola, réunissant le gouvernement angolais, Alcaal en tant que fabricant local, ALMA pour le soutien technique et stratégique, et BASF en tant que partenaire pour le transfert de technologie.

Contraintes transversales

Dans tous les segments de produits, la base manufacturière africaine reste dépendante des licences de fabrication et de commercialisation des entreprises d'origine, avec une capacité de R&D continentale limitée et très peu de produits de première production fabriqués sur le continent. Même lorsque des essais cliniques sont menés en Afrique, les nouveaux produits sont rarement fabriqués en premier en Afrique. Cela prive les fabricants africains des avantages liés à la première mise sur le marché, limite leur compétitivité et renforce leur dépendance vis-à-vis de l'extérieur.

Les fabricants identifient systématiquement les contraintes suivantes :

- Une demande fragmentée et imprévisible.
- Mécanismes d'approvisionnement communs limités.



Figure 85 : Photos. Africa CDC et ALMA en visite chez Alcaal à Luanda, en Angola, pour soutenir le transfert de technologie de BASF.

- Concurrence intense des fabricants mondiaux établis.
- Obstacles réglementaires et liés à la conformité qualité.
- Accès limité au fonds de roulement et au financement pour la mise à l'échelle.

La fragmentation des marchés et l'incertitude des débouchés continuent de freiner les investissements, tandis que la concurrence agressive des fournisseurs internationaux sur les prix limite encore davantage la compétitivité. Parallèlement, l'adoption limitée des thérapies et des diagnostics fabriqués en Afrique par les organisations d'approvisionnement mondiales reste un obstacle majeur à la mise à l'échelle.

Engagement politique

Les États membres de l'UA ont démontré un engagement politique croissant à travers des mesures politiques nationales, des décisions d'investissement et leur soutien au programme « Acheter Africain ». Pour maintenir cette dynamique, il faudra traduire les intentions politiques en décisions d'approvisionnement, en instruments de formation du marché et en mécanismes de financement qui permettent aux fabricants africains d'atteindre une taille critique et d'être compétitifs de manière durable.

4.5.3. Transfert de technologie.

Alors que l'Afrique continue de renforcer ses capacités de production nationales, le transfert de technologies reste un facteur essentiel pour l'écosystème de fabrication de produits de santé du continent. Le transfert de technologies favorise la mise en place rapide de capacités de production ancrées localement, accélère les courbes d'apprentissage et permet aux fabricants africains d'entrer sur des marchés de produits complexes qui, sans cela, pourraient prendre des décennies à se développer de manière organique. Il ne s'agit donc pas d'un substitut temporaire à l'innovation locale, mais d'un pont stratégique vers une production durable, l'accumulation de compétences et la souveraineté technologique.

Plus de 20 initiatives de transfert de technologies dans le domaine des vaccins et des produits de santé sont actuellement en cours sur le continent. Ces initiatives sont alignées sur les priorités continentales, les besoins en matière de santé publique et les profils de risque d'épidémie, et couvrent les vaccins, les thérapies, les diagnostics et les produits de lutte antivectorielle. Elles sont mises en œuvre grâce à une combinaison de partenariats bilatéraux, de plateformes multilatérales et de coopération Sud-Sud, avec un accent croissant sur le transfert de capacités de bout en bout, y compris le savoir-faire en matière de processus, les systèmes de qualité, la formation de la main-d'œuvre et la préparation réglementaire.

Initiatives de transfert de technologie en cours

Vaccins :

- Vaccin oral contre le choléra (OCV), Ghana, Afrique du Sud et Zambie
- Vaccin contre la méningite, Afrique du Sud.
- Vaccin contre la fièvre jaune, Sénégal
- Vaccins hexavalents, Afrique du Sud (coqueluche acellulaire et à cellules entières)
- Vaccins antipneumococciques, Égypte, Maroc et Afrique du Sud
- Vaccin contre le rotavirus, Afrique du Sud
- Vaccin inactivé contre le poliovirus, Égypte et Afrique du Sud
- Vaccin contre la rougeole et la rubéole, Sénégal
- Td, TT et venin de serpent, Ghana

Produits de santé non vaccinaux

- Moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée, Angola et Nigeria
- Insuline en Égypte et en Afrique du Sud
- Lenacapavir en Égypte

Ces initiatives démontrent l'étendue et la maturité du portefeuille de transfert de technologies de l'Afrique, qui couvre à la fois les produits de vaccination systématique et de lutte contre les épidémies, ainsi que les produits thérapeutiques essentiels et les produits de lutte antivectorielle. Plusieurs initiatives sont déjà en cours de soumission réglementaire, de préqualification par l'OMS et d'entrée sur le marché, tandis que d'autres se concentrent sur le développement de processus en amont et la formation de la main-d'œuvre.

Pôles ARNm

En outre, l'Afrique fait progresser les technologies de plateforme de nouvelle génération grâce à la création de pôles de transfert de technologie ARNm, qui représentent un investissement stratégique dans la résilience à long terme de la fabrication et la capacité d'innovation. Dirigés par le programme de transfert de technologie ARNm de l'OMS en collaboration avec Africa CDC, les États membres de l'UA et des partenaires mondiaux, ces pôles sont conçus pour permettre des capacités de fabrication basées sur des plateformes pouvant être rapidement adaptées à de multiples vaccins et thérapies.

Les pôles ARNm se concentrent non seulement sur le transfert spécifique à un produit, mais aussi sur le développement de capacités de bout en bout, notamment le développement de processus, les systèmes de qualité,

les méthodes d'analyse, la préparation réglementaire et la formation de la main-d'œuvre. Si les efforts initiaux se sont concentrés sur les candidats vaccins contre la COVID-19, la plateforme est en passe de soutenir de futures applications, notamment des vaccins contre la tuberculose, le paludisme, le VIH et les agents pathogènes émergents, ainsi que des utilisations thérapeutiques potentielles.

Il est important de noter que les pôles d'ARNm sont destinés à fonctionner comme des actifs continentaux partagés, soutenant les fabricants et les instituts de recherche régionaux plutôt que de dupliquer les capacités pays par pays. Leur succès dépendra d'investissements soutenus, de l'intégration avec les stratégies nationales de fabrication, de la convergence réglementaire sous l'égide de l'Agence africaine des médicaments (AMA) et de la disponibilité d'une demande prévisible et de voies de financement pour passer de l'acquisition de technologies à la viabilité commerciale.

Associés aux initiatives traditionnelles de transfert de technologie, les pôles ARNm renforcent la capacité de l'Afrique à absorber, adapter et, à terme, créer des technologies de santé avancées, consolidant ainsi l'objectif à long terme du continent en matière de sécurité sanitaire, d'innovation et de souveraineté industrielle.

À l'avenir, Africa CDC, les États membres de l'UA et leurs partenaires s'efforceront de garantir que les initiatives de transfert de technologies soient :

- Intégrées dans les cadres commerciaux nationaux et continentaux, y compris l'APPM, afin de garantir une demande prévisible.
- Soient soutenues par des voies de convergence réglementaire et de confiance dans le cadre de l'Agence africaine des médicaments (AMA)
- Accompagnées d'instruments de financement alignés sur les calendriers de développement industriel ; et
- Conçues pour aller au-delà du remplissage et de la finition vers des chaînes de valeur de fabrication complètes, y compris la formulation, le contrôle qualité et, lorsque cela est possible, les intrants en amont.

Le transfert de technologie, lorsqu'il est déployé de manière stratégique et associé à l'accès au marché, à un soutien réglementaire et à un financement, est un outil puissant pour accélérer la transition de l'Afrique d'une dépendance vis-à-vis des importations vers une industrie manufacturière compétitive. Il restera un pilier central de la stratégie industrielle africaine, répondant aux besoins immédiats en matière de santé publique tout en jetant les bases d'une innovation, d'une résilience et d'une souveraineté sanitaire à long terme.

4.5.4 Accès aux matières premières utilisées dans la fabrication

Un accès fiable à des intrants de fabrication de qualité garantie, notamment des ingrédients pharmaceutiques actifs (IPA), des excipients, des réactifs, des matériaux d'emballage, des filtres, des flacons et d'autres composants essentiels, est fondamental pour faire progresser la fabrication de vaccins et de produits pharmaceutiques en Afrique. Sans un accès sûr, abordable et prévisible à ces intrants, les fabricants africains ne sont pas en mesure de fonctionner à grande échelle, de contrôler leurs coûts ou de satisfaire aux exigences réglementaires et de qualité.

Au cours des deux dernières années, Africa CDC a procédé à un diagnostic systématique des goulots d'étranglement de la chaîne d'approvisionnement qui affectent les fabricants à travers le continent et a collaboré avec les États membres de l'UA, les fabricants et les partenaires afin d'élaborer des solutions ciblées et réalisables visant à renforcer la résilience et la compétitivité.

Principaux défis identifiés

L'évaluation a permis d'identifier plusieurs contraintes structurelles, notamment

- **Le pouvoir de négociation** limité des fabricants individuels lors de la négociation d'accords d'approvisionnement à long terme avec les fournisseurs mondiaux de matières premières.
- **Une logistique complexe, coûteuse et peu fiable**, notamment des coûts de transport élevés et des délais de livraison prolongés.
- **L'exposition à la volatilité des taux de change et à l'instabilité macroéconomique**, qui augmentent les coûts des intrants et les risques financiers.
- **La fragmentation des réglementations commerciales et les incohérences procédurales**, qui entraînent des retards et des incertitudes aux frontières.
- **Des informations limitées sur le marché**, notamment des difficultés à prévoir la demande, à identifier des fournisseurs fiables et à garantir la qualité des intrants.

Ces contraintes augmentent collectivement les coûts de production, perturbent les calendriers de fabrication et affaiblissent l'argument commercial en faveur d'un investissement durable dans l'industrie manufacturière africaine.

Réponse stratégique

- En réponse, Africa CDC, en collaboration avec les fabricants, les États membres de l'UA, les CER et ses partenaires, identifie des solutions s'articulant autour de piliers qui se renforcent mutuellement :

- **Localisation des intrants** : promouvoir la production nationale et régionale d'intrants essentiels, notamment les API, les réactifs, les consommables et les matériaux d'emballage, afin de réduire la dépendance vis-à-vis de l'extérieur et l'exposition aux chocs mondiaux de l'offre. Cela comprend l'identification des intrants prioritaires pour la localisation et le soutien aux investissements industriels ciblés.
- **Consortiums régionaux d'accès et d'approvisionnement** : explorer les mécanismes d'achat groupé, le partage des entrepôts et les plateformes logistiques régionales afin d'agréger la demande, d'améliorer le pouvoir de négociation, de réduire les coûts unitaires et de garantir un accès plus équitable aux intrants entre les pays et les fabricants.
- **Harmonisation commerciale et réglementaire** : collaborer avec la ZLECAf, les autorités douanières et les CER afin de simplifier et d'harmoniser les réglementations commerciales transfrontalières, de réduire les barrières non tarifaires et de faciliter la circulation plus rapide et plus prévisible des intrants manufacturiers à travers les frontières.
- **Accords à long terme avec les fournisseurs** : envisager la facilitation d'accords-cadres à long terme avec des fournisseurs mondiaux et régionaux qualifiés, fondés sur la demande agrégée et soutenus par des instruments de financement et d'atténuation des risques appropriés. Ces accords sont essentiels pour garantir la stabilité des prix, réduire l'exposition au risque de change et offrir aux fabricants la prévisibilité nécessaire pour planifier leur production et investir dans leur expansion.
- Une évaluation détaillée de ces solutions, décrivant les mesures à court, moyen et long terme, est en cours de validation finale par les parties prenantes. La mise en œuvre de cette feuille de route renforcera la résilience de la chaîne d'approvisionnement, réduira les coûts de production et consolidera les fondements d'un écosystème africain compétitif et durable pour la fabrication de produits de santé.

4.5.4 Accès au financement

Pour faire progresser la fabrication de vaccins, de médicaments et de diagnostics à travers l'Afrique, il faut des investissements soutenus et prévisibles, non seulement dans les installations de production, mais aussi dans l'écosystème plus large qui les rend possibles, notamment les compétences, les systèmes de qualité, la préparation réglementaire et les chaînes d'approvisionnement. Au cours des deux dernières années, des progrès substantiels ont été réalisés dans la mobilisation de financements pour la fabrication de produits de santé en Afrique, ce qui reflète la confiance croissante dans le programme de fabrication du continent et son potentiel commercial à long terme.

Les principaux engagements financiers obtenus à ce jour sont les suivants

- **Le Gavi African Vaccine Manufacturing Accelerator (AVMA)** : un mécanisme de financement innovant de **1,2 milliard de dollars américains** conçu pour soutenir les fabricants africains de vaccins sur une **période de 10 ans**, en leur offrant des incitations prévisibles liées à la demande afin d'accélérer leur développement et leur viabilité.
- **Engagement de 2 milliards de dollars de la banque Afrexim** pour financer la fabrication de produits de santé en Afrique, en soutenant à la fois les capacités de production et les investissements associés à la chaîne de valeur.
- **Un partenariat entre l'Union européenne (initiative Team Europe) et la Fondation Gates**, mobilisant **1 milliard de dollars** pour soutenir la fabrication de produits de santé à travers le continent.
- La Banque africaine de développement (BAD) a lancé une initiative de 6 milliards de dollars pour transformer le secteur de la santé en Afrique, en mettant particulièrement l'accent sur le développement des capacités de fabrication pharmaceutique locales et des infrastructures de santé modernes. Cet investissement est divisé en deux programmes de 3 milliards de dollars chacun : l'un pour des infrastructures de santé de qualité à travers le continent et l'autre pour le développement des capacités de fabrication pharmaceutique locales en Afrique. La BAD a également créé la Fondation africaine pour les technologies pharmaceutiques afin d'aider les pays africains à accéder à la propriété intellectuelle et à l'expertise technique pour la production locale de médicaments et de vaccins.

Outre ces engagements phares, des financements supplémentaires sont en cours de préparation, notamment des instruments ciblant spécifiquement les petits et moyens fabricants, un segment régulièrement identifié par les fabricants africains comme étant sous-desservi malgré son rôle essentiel dans la mise en place d'une base manufacturière diversifiée et résiliente.

Au niveau mondial, le **Groupe indépendant de haut niveau du G20 sur la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies** a recommandé une série de réformes financières directement liées au programme de fabrication de l'Afrique. Il s'agit notamment

- La création d'un fonds d'investissement pour soutenir les mécanismes régionaux d'achat groupé, renforcer la certitude de la demande et la formation du marché ; et
- La création d'instruments de financement à risque pour permettre l'achat rapide de contre-mesures médicales dès l'apparition d'une menace sanitaire (financement « jour zéro »).

Parallèlement, l'Union européenne fait progresser la création d'un mécanisme de financement mixte destiné à soutenir les fabricants africains et les infrastructures associées, en combinant des capitaux concessionnels et commerciaux afin de mieux aligner les conditions de financement sur les horizons d'investissement à long terme et les profils de risque de la fabrication de produits de santé.

Malgré ces progrès, d'importantes lacunes subsistent, notamment en matière d'interventions visant à façonner le marché, de fonds de roulement, de financement de la mise à l'échelle et de capital patient aligné sur les calendriers industriels. Des efforts continus sont donc nécessaires pour garantir que les instruments de financement soient cohérents, complémentaires et accessibles, et qu'ils soient efficacement liés aux mécanismes visant à façonner le marché, aux achats groupés et à la préparation réglementaire. Il sera essentiel de combler ces lacunes pour traduire l'engagement politique et les investissements initiaux en une capacité de production africaine commercialement viable, compétitive et durable.

4.5.5 de développement des talents et de la main-d'œuvre

L'ambition de l'Afrique de mettre en place un écosystème de fabrication de produits de santé compétitif et durable dépend fondamentalement de la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, spécialisée et prête pour l'avenir. Actuellement, le continent emploie environ **2 000 à 3 000 équivalents temps plein (ETP)** dans la recherche et le développement de vaccins, la fabrication et les fonctions connexes. Pour répondre à l'ambition de l'Union africaine de produire environ **2,7 milliards de doses de vaccins par an d'ici 2040**, on estime que **9 000 à 14 000 ETP** seront nécessaires dans les domaines de la fabrication, du contrôle qualité, des affaires réglementaires, de la R&D et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Conscient de cette lacune, Africa CDC a fait du développement systématique de la main-d'œuvre un pilier central de son programme de fabrication. En 2025, Africa CDC a créé **des réseaux régionaux de capacités et de compétences (RCCN)** afin de favoriser une collaboration structurée entre les universités, les instituts de recherche, les fabricants et les autorités réglementaires. Les RCCN sont conçus pour servir de plateformes régionales pour le développement coordonné des compétences, le transfert de connaissances et la création de viviers de talents. Les secrétariats désignés des RCCN sont les suivants :

- Afrique de l'Est : Institut africain de bio-fabrication – Rwanda
- Afrique de l'Ouest : Institut Pasteur Dakar – Sénégal
- Afrique du Nord : Autorité unifiée d'approvisionne-

ment (Égypte) et Institut Pasteur Maroc – Maroc

- Afrique australe : Conseil pour la recherche scientifique et industrielle (CSIR) – Afrique du Sud

Les RCCN sont composés d'institutions représentatives de plusieurs pays au sein de leurs régions respectives et seront chargés de la mise en œuvre de programmes de formation prioritaires pertinents afin de développer la main-d'œuvre dans les domaines de la bio-fabrication, de la recherche et du développement, et des affaires réglementaires.

Programmes de bourses

Afin de combler les lacunes immédiates en matière de compétences et d'accélérer le développement du leadership, Africa CDC a lancé deux programmes de bourses ciblés :

- **Programme structuré de bourses industrielles dans le domaine de la fabrication de vaccins**

Quinze (15) boursiers originaires d'Algérie, d'Angola, du Cameroun, d'Égypte, d'Éthiopie, du Ghana, du Kenya, du Nigeria, du Rwanda, du Sénégal, d'Afrique du Sud, de Tanzanie, d'Ouganda, de Zambie et du Zimbabwe ont été recrutés et placés dans des entreprises actives dans la fabrication de vaccins en Égypte (5 boursiers), au Sénégal (5 boursiers) et en Afrique du Sud (5 boursiers). Le programme offre 12 mois d'apprentissage pratique et expérientiel dans les fonctions essentielles de la fabrication.

- **Programme de bourses pour les leaders dans le domaine de la bio-fabrication**
Cinq (5) boursiers déjà employés dans des entreprises de fabrication de vaccins ont été sélectionnés pour suivre une formation avancée afin de les préparer à devenir les futurs leaders de l'industrie de la bio-fabrication en Afrique, en mettant l'accent sur la gestion stratégique, la navigation réglementaire et les opérations de mise à l'échelle.

Priorités pour la prochaine phase

Au cours de l'année prochaine, Africa CDC se concentrera sur la mise en service complète des RCCN, le renforcement de leurs capacités institutionnelles et l'élargissement de leur capacité à dispenser des programmes de formation de niveau mondial dans le domaine de la fabrication de produits de santé. Cela comprend l'élaboration de programmes d'études standardisés, l'élargissement des stages en entreprise et l'approfondissement de la collaboration avec les autorités réglementaires et les fabricants.

Ensemble, ces efforts visent à créer un vivier de talents durable à l'échelle du continent, afin de garantir que l'Afrique dispose de la main-d'œuvre qualifiée nécessaire pour soutenir l'intensification de la production,

stimuler l'innovation et assurer la sécurité sanitaire et la souveraineté industrielle à long terme.

4. 5.6 Visibilité sur le marché

Africa CDC, par l'intermédiaire de la Plateforme pour l'harmonisation de la fabrication des produits de santé en Afrique (PHAHM), dirige le développement et l'institutionnalisation d'une base de données continentale consolidée des fabricants africains de produits de santé. La plateforme cartographie systématiquement les fabricants tout au long de la chaîne de valeur, y compris les vaccins, les produits thérapeutiques, les diagnostics, les ingrédients pharmaceutiques actifs (API), les excipients, les matériaux d'emballage et les dispositifs médicaux, fournissant ainsi l'image la plus complète à ce jour de la capacité de fabrication de l'Afrique. À ce jour, plus de 574 fabricants ont été répertoriés dans 34 États membres de l'UA.

En partenariat avec la Fondation Gates, l'AUDA-NEPAD et d'autres partenaires, Africa CDC dirige une nouvelle plateforme, l'African Manufacturing Market Intelligence & Network Analysis (AMMINA), afin d'étendre cette approche à l'ensemble des 55 États membres de l'UA, en veillant à ce que les données soient conservées en tant que bien public continental sous la gouvernance de l'Union africaine.

Cette approche préserve la souveraineté des données, garantit la cohérence et la qualité des informations et permet d'utiliser la plateforme de manière stratégique pour renforcer la souveraineté sanitaire et industrielle de l'Afrique.

L'objectif principal de la plateforme est d'assurer une visibilité totale des fabricants africains de produits de santé auprès des États membres de l'UA et des institutions régionales et continentales. En comblant les lacunes d'information qui existent depuis longtemps, la plateforme permet aux acheteurs, aux régulateurs, aux financiers et aux décideurs politiques d'identifier les fabricants africains qualifiés et de les intégrer dans les décisions d'achat, de réglementation et d'investissement.

Au-delà de la visibilité, la plateforme d'informations sur le marché est conçue pour fournir aux États membres de l'UA, aux communautés économiques régionales (CER), aux institutions de l'UA, aux institutions financières de développement (IFD) et aux partenaires des informations exploitables sur :

- Les endroits où la capacité de production existe ou est en train d'émerger.
- Quelles catégories de produits nécessitent un sou-

Tableau 16 : Étapes importantes de la mise en œuvre de l'APPM (2022-2025)

Étape	Date	Description	Résultat
Cadre de gouvernance approuvé	1er trimestre 2024	La décision de l'Assemblée de l'UA a approuvé Africa CDC en tant qu'agence chef de file	Mandat légal obtenu
Conception achevée	1er trimestre 2025	Étude technique avec un groupe d'experts comprenant Afrieximbank, la CEA, l'UNICEF, l'OMS, Gavi, le Fonds mondial, le PEPFAR, Unitaïd et toutes les CER.	Faisabilité confirmée
Mise en place opérationnelle	T3 2025	Africa CDC a mis en place la structure sur la base de la conception, y compris les protocoles d'accord, les contrats types, les procédures opérationnelles standard, la politique de qualité, etc.	Sanctification opérationnelle
	Q3 2025	Ten priority SRMNCH products have been identified, and the product scale-up phase	Operational focus defined
Stratégie de catégorie validée	T3 2025	Dix produits SRMNCH prioritaires ont été identifiés et la phase de déploiement à grande échelle des produits a été lancée.	Priorités opérationnelles définies
Accords-cadres signés	T4 2025	Premières opportunités d'approvisionnement lancées, contrats avec les fournisseurs signés	Entrée sur le marché réalisée
Début de l'intégration régionale	T1 2026	Formation CCR pour les États membres	Lancement de la phase d'intensification
Début de l'intégration de l'industrie	1er trimestre 2026	Forums industriels – virtuels et en présentiel	Lancement de la phase d'intensification
Groupe consultatif	1er trimestre 2026	Création du groupe consultatif	Lancement de la phase d'expansion
Plateforme et tableau de bord APPM	T2 2026	Lancement de la plateforme APPM pour la visibilité et les pays et fabricants, comprenant un statut opérationnel transparent et un catalogue.	Lancement de la phase d'expansion

tien ciblé.

- Les domaines dans lesquels des interventions réglementaires, financières ou visant à façonner le marché sont nécessaires pour accélérer la croissance.

En transformant des informations fragmentées et opaques en informations continentales partagées, la plateforme renforce l'agrégation de la demande, soutient les achats groupés, guide les décisions de financement et réduit les coûts de transaction tant pour les fabricants africains que pour les acheteurs. Ce faisant, elle joue un rôle essentiel dans la traduction de l'engagement politique en une participation effective au marché et en une adoption commerciale des produits de santé fabriqués en Afrique.

4.5.7 Mécanisme africain d'approvisionnement groupé (APPM)

Avant l'APPM, l'Afrique ne disposait pas d'un mécanisme d'approvisionnement unifié ni d'un mécanisme de structuration du marché. Chaque État membre achetait des vaccins et des diagnostics de manière indépendante, souvent à des prix plus élevés, avec des délais de livraison longs et un pouvoir de négociation limité. Lors de la 37^e session de l'Assemblée en février 2024, les États membres de l'UA ont adopté des décisions historiques (AU/Dec.877(XXXVII)) chargeant le CDC africain de mettre en place et de gérer le **mécanisme africain d'achat groupé (APPM)** afin d'améliorer l'accès et de soutenir la production africaine.

Le Mécanisme africain d'achat groupé (APPM) est entré dans sa phase de démarrage, marquant une étape importante dans la mise en place d'une plateforme continentale visant à améliorer l'accès à des produits de santé de qualité garantie et à soutenir la production africaine. La phase de conception est terminée, les systèmes de base sont en place et l'achat groupé a été lancé pour dix produits SRMNCH prioritaires demandés par dix États membres de l'UA, parallèlement à des achats d'urgence pour les pays confrontés à des ruptures de stock critiques.

Au cours de cette phase de démarrage, Africa CDC a jeté les bases d'un mécanisme pleinement opérationnel en mettant en place des systèmes opérationnels clés, notamment un système de gestion de la qualité, des procédures d'approvisionnement actualisées et le recrutement d'experts techniques en intelligence économique, logistique, assurance qualité et finance.

L'achat groupé des dix produits SRMNCH prioritaires est bien avancé. Ancrée dans un partenariat avec la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) et soutenue par le FNUAP, cette initiative pourrait permettre de réduire les prix de 30 à 40 % tout en atteignant un taux de disponibilité des produits supérieur à 90 %. L'agrégation de la demande est terminée, les négociations avec les fournisseurs progressent

et le premier cycle d'achat sera achevé début 2026.

Parallèlement, l'APPM soutient les achats d'urgence pour les pays confrontés à des ruptures de stock aigus de produits de santé essentiels. Cela a généré une demande sans précédent en termes de rapidité et d'ampleur, nécessitant des approches innovantes en matière d'approvisionnement et de financement, ainsi qu'un soutien opérationnel supplémentaire.

Le portefeuille de produits de l'APPM s'élargit rapidement et les États membres de l'UA signent activement le protocole d'accord de l'APPM afin de faciliter leur participation. Une interface numérique en ligne est en cours de lancement afin de favoriser la transparence des engagements, la soumission des demandes et l'interaction avec les fournisseurs. Des consultations ont également été menées avec la ZLECAf et les autorités douanières afin de faciliter la circulation transfrontalière des produits de santé.

Des efforts sont en cours pour capitaliser pleinement le fonds d'investissement de l'APPM, ce qui réduira les exigences de paiement anticipé pour les pays et permettra des garanties de volume et des contrats stratégiques avec les fabricants. Le groupe de haut niveau du G20 sur la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies (PPPR) a fortement recommandé la création d'un tel fonds d'investissement dans son rapport de novembre, renforçant ainsi les arguments en faveur de la mobilisation des ressources. Les contributions au fonds d'investissement devraient provenir des États membres, de la Banque africaine de développement, de la Fondation Judith Nielsen, d'Unitaid, de la Banque mondiale

Les communautés économiques régionales (CER) ont apporté un soutien stratégique et technique important à la conception, à la mise en place et à la mise en œuvre de l'APPM. La collaboration en matière de spécifications techniques, de quantification de la demande et de coordination des achats sera essentielle à la réussite mutuelle.

La mise en œuvre de l'APPM est encore renforcée par des partenariats stratégiques avec les organes de l'UA, notamment l'AUDA-NEPAD, l'Agence africaine des médicaments (AMA) et la ZLECAf, ainsi qu'avec l'UNICEF, Unitaid, le FNUAP, le Fonds mondial, la Banque mondiale, la BAD et Afreximbank, entre autres. Ces partenariats fournissent un soutien technique, opérationnel et financier essentiel, positionnant l'APPM comme un pilier central de l'architecture du marché africain de la santé.

Un tableau de bord en temps réel, testé début 2026, fournira des informations en sur les performances des fournisseurs, les délais, le suivi logistique, les opportunités d'approvisionnement et la valeur des contrats.

4. 5.8 Événements

La fabrication africaine de produits de santé a occupé le devant de la scène en 2025, occupant une place prépondérante dans des sessions spécialisées et des événements parallèles lors de plusieurs conférences majeures, où l'engagement politique, les intérêts financiers et les signaux clairs du marché à l'intention des fabricants ont été clairement exprimés. Parmi celles-ci figuraient:

- Le 2e Forum sur la fabrication de vaccins et d'autres produits de santé pour les États membres de l'Union africaine (février, Le Caire, Égypte).
- Le Forum mondial sur la production locale (avril, Abu Dhabi, Émirats arabes unis)
- La Semaine mondiale de la santé d'Abou Dhabi (avril, Abou Dhabi, Émirats arabes unis)
- L'Assemblée mondiale de la santé (mai, Genève, Suisse)
- Africa Health ExCon (juin, Le Caire, Égypte)
- Réunion du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (août, Lusaka, Zambie)
- Sommet mondial de la santé (octobre, Berlin, Allemagne)
- 4^{ème} Conférence internationale sur la santé publique en Afrique (Durban, Afrique du Sud)
- 3^{ème} édition du Forum africain sur le renforcement de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé (FARCAPS) (novembre, Djibouti)
- Conférence ministérielle sur la production locale

de médicaments et d'autres technologies de santé en Afrique (novembre, Alger, Algérie)

Ces réunions contribuent au dialogue stratégique, à la dynamique et à des progrès tangibles. À mesure que les capacités de production locales augmentent, les discussions devraient évoluer, passant de l'alignement politique et stratégique à la création de marchés, au financement à grande échelle et à l'intégration dans les chaînes d'approvisionnement régionales et mondiales. Au fil du temps, l'ordre du jour abordera de plus en plus des questions telles que la compétitivité des coûts, les accords d'achat à long terme, l'assurance qualité, la préparation à l'exportation et la transition entre les phases de démarrage soutenues par les donateurs et les opérations commercialement viables.

4.5.9 Défis

Malgré des progrès significatifs, des défis structurels persistent dans la promotion de la fabrication locale de produits de santé en Afrique.

Tout d'abord, la fragmentation des marchés et l'imprévisibilité des débouchés continuent de nuire aux investissements. La concurrence intense sur les prix exercée par les fabricants internationaux bien établis empêche les producteurs africains d'être compétitifs sur le seul plan des coûts, en particulier au début de leur expansion. Cette réalité nécessite l'utilisation délibérée et coordonnée d'instruments politiques et de mise en forme du marché, notamment les achats groupés, l'aide à l'entrée sur le marché, les achats préférentiels, les garanties de volume et le financement mixte, afin d'améliorer la compétitivité. Aggravant ce



S.E. Dr Jean Kaseya lors de la Conférence ministérielle sur la production locale de médicaments et d'autres technologies de santé en Afrique à Alger, Algérie | 27-29 novembre 2025

Basic APPM Workflow

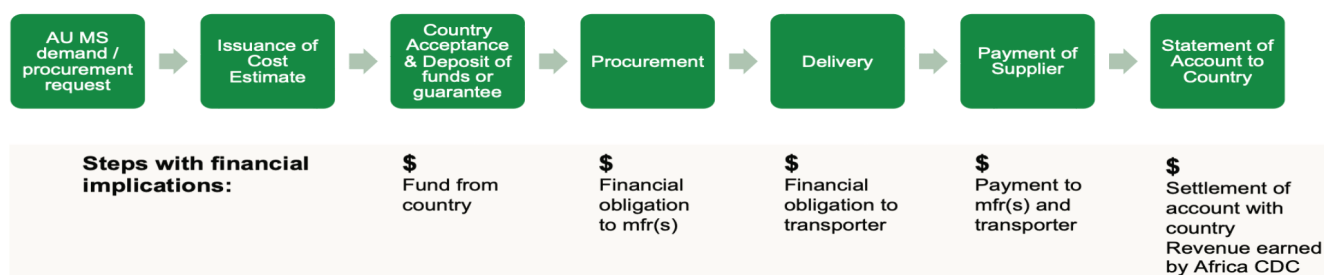


Figure 86 : Flux du processus APPM (2025)

défi, l'adoption limitée des produits fabriqués en Afrique par les organisations d'approvisionnement mondiales limite l'échelle, ralentit les courbes d'apprentissage et affaiblit l'argument commercial en faveur d'un investissement durable.

Deuxièmement, si les engagements politiques en faveur du « **Acheter Africain** » ont pris de l'ampleur, leur traduction en politiques industrielles ou d'approvisionnement nationales contraignantes et en décisions d'achat reste inégale. Le marché pharmaceutique africain est celui qui connaît la croissance la plus rapide au monde. Il est actuellement estimé **entre 40 et 60 milliards de dollars par an** et devrait atteindre **350 milliards de dollars d'ici 2040**, avec un potentiel de création de **16 millions d'emplois**. Pourtant, malgré une population dépassant **1,5 milliard d'habitants**, le continent compte moins de 600 fabricants de produits pharmaceutiques et de dispositifs médicaux, contre environ **5 000 à 10 000** dans des économies de taille comparable. Cet écart structurel souligne l'urgence d'aligner la demande, les politiques et le développement industriel.

Troisièmement, les contraintes en matière de compétences et d'écosystème persistent tout au long de la chaîne de valeur manufacturière. Les lacunes en matière de main-d'œuvre spécialisée, combinées à un accès limité à la technologie, au savoir-faire et aux écosystèmes de développement de produits, continuent de ralentir l'innovation et l'accumulation de compétences essentielles. Ces défis sont aggravés par des exigences réglementaires et d'assurance qualité complexes, fragmentées et coûteuses **qui pèsent de manière disproportionnée sur les fabricants émergents, retardant la mise sur le marché et érodent la compétitivité**.

Enfin, les fabricants africains ont un accès limité à des capitaux abordables, flexibles et patients. De nombreux financiers restent orientés vers les infrastructures traditionnelles ou les investissements commerciaux à court terme, alors que la fabrication de produits de santé nécessite un financement tolérant au risque en raison des coûts initiaux élevés et des horizons de retour sur investissement lointains. La rareté de ce type de financement reste un obstacle structurel fondamental au développement d'une capacité de fabrication compétitive et durable sur le continent.

4.5.10 Impact économique et sécuritaire

L'effet combiné de la mise en commun des achats et de la coordination de la fabrication a généré des dividendes stratégiques pour les États membres :

- **Amélioration de l'accès et de l'accessibilité financière** grâce à l'agrégation de la demande et à la réduction des coûts de transaction.
- **Une plus grande prévisibilité de l'approvisionnement** et des délais de réponse en cas d'urgence, réduisant ainsi la dépendance à l'égard des allocations discrétionnaires.
- **Gains industriels et en matière d'emploi** : selon les projections de la CEA, le secteur pharmaceutique africain devrait représenter 259 milliards de dollars américains d'ici 2030, ce qui pourrait potentiellement créer jusqu'à 16 millions d'emplois sur le continent (directs et indirects).
- **Renforcement du pouvoir de négociation** sur les marchés mondiaux, l'Afrique s'étant engagée auprès des fournisseurs en tant qu'acheteur coordonné plutôt qu'en tant qu'acheteurs fragmentés.

Du point de vue de la sécurité, ce pilier réduit le risque que de futures crises relèguent à nouveau l'Afrique au second plan. Au-delà de la sécurité, ce pilier apporte.

4.5.11 Prochaines étapes

Africa CDC s'est imposé comme le coordinateur central de la renaissance de la bio-fabrication en Afrique. Pour la première fois, la filière manufacturière africaine bénéficie d'une visibilité mondiale et d'une cohérence politique, ancrées dans les données continentales et l'agrégation de la demande. Ces efforts réduisent directement la dépendance vis-à-vis des importations et renforcent la souveraineté sanitaire. Afin de consolider le pilier 5, Africa CDC se concentrera sur les points suivants

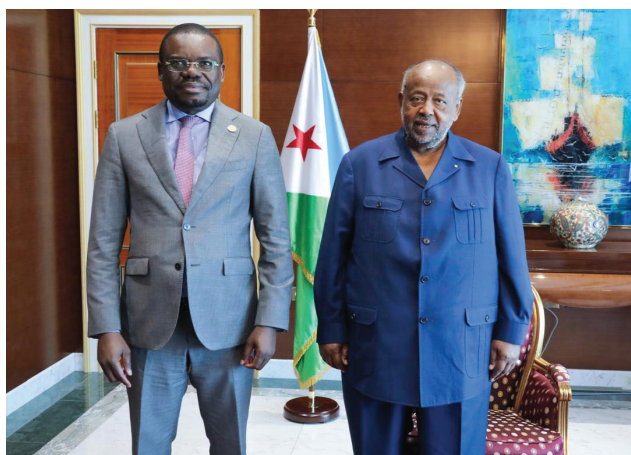
1. **Poursuivre la mise en œuvre du secrétariat du PHAHM avec des bureaux régionaux et un mécanisme de coordination des partenariats** afin d'améliorer l'intégration des activités continentales pour une approche stratégique



lors de la 77e Assemblée mondiale de la santé, Africa CDC a réuni les ministres de la Santé et les partenaires pour discuter des progrès et des obstacles à la fabrication locale de produits de santé.



Les fabricants de produits de santé exposent leur savoir-faire lors du salon Africa Health Excon 2025 au Caire, en Égypte



Rencontre entre S.E. Dr Jean Kaseya et S.E. Ismail Omar Guelleh, Président de la République de Djibouti, lors du FARCAPS 2025

2. Accroître la participation à l'APPM

Élargir les catégories de produits et l'adoption par les États membres afin de maximiser le pouvoir d'achat et les économies.

3. Déployer des instruments de modelage du marché pour soutenir les fabricants africains

Soutenir les fabricants africains jusqu'à ce qu'ils réalisent des économies d'échelle et proposent des prix compétitifs, notamment grâce à des instruments politiques « acheter africain » et à un **guichet de financement de la fabrication africaine**, capitalisé par les IFD africaines et aligné sur les calendriers de développement industriel.

4. Capitalisation intégrale du fonds d'investissement de l'APPM

Réduire les exigences de paiement anticipé pour les pays et permettre des garanties de volume et des contrats stratégiques avec les fabricants.

5. Lier les achats à la préparation

Utiliser les achats groupés pour encourager les investissements précoces dans les stocks et la préparation.

6. Approfondir les systèmes réglementaires et de qualité

Renforcer la confiance dans la réglementation et l'assurance qualité à l'échelle continentale afin de protéger la confiance du public.

7. Soutenir les investissements dans la fabrication

Aligner le financement, les engagements en matière d'approvisionnement et le développement de la main-d'œuvre afin d'assurer la viabilité à long terme.

8. Mesurer l'impact de manière transparente

Publier des indicateurs clairs sur les prix, les délais de livraison et les économies réalisées afin de démontrer la valeur ajoutée aux États membres.

Les cinq piliers de l'AHSS ayant été présentés et leurs résultats démontrés, le rapport se penche désormais sur la manière dont Africa CDC collabore avec d'autres acteurs.

Des partenariats efficaces

Le modèle de partenariat d’Africa CDC en 2025 reflète un changement délibéré : il passe d’une collaboration fragmentée, basée sur des projets, à des accords stratégiques ancrés dans les priorités et les systèmes de prestation africains. Les partenariats sont considérés comme des instruments de souveraineté et leur ampleur ne remplace pas l’autorité nationale ou continentale.

5.1 Des projets aux accords stratégiques

Africa CDC a redéfini les partenariats autour d’un principe simple : ce sont les partenaires qui s’alignent sur l’agenda de l’Afrique, et non l’inverse. Cette approche réduit les doublons, renforce l’appropriation nationale et garantit que les ressources externes renforcent les systèmes continentaux plutôt que de les contourner.

5.1.1 Les États membres au centre

Les États membres ne sont pas des partenaires parmi d’autres ; ils sont les propriétaires de Africa CDC. En 2025 :

- Africa CDC a donné la priorité aux partenariats qui renforcent les institutions nationales (NPHI, COUSP, laboratoires, systèmes de financement).
- L’engagement des pays a été structuré par des plans nationaux alignés sur les cadres continentiels, réduisant ainsi les mises en œuvre parallèles.
- L’apprentissage entre pairs et la solidarité au niveau régional ont été renforcés grâce aux RCC et aux mécanismes d’intervention rapide.

Pourquoi est-ce important ? Les partenariats qui contournent les systèmes nationaux affaiblissent la souveraineté et la durabilité ; ceux qui les renforcent amplifient leur impact.

5.1.2 Partenariats multilatéraux et bilatéraux

Africa CDC a approfondi sa collaboration avec ses partenaires multilatéraux et bilatéraux grâce à une définition claire des rôles et à un alignement sur les piliers

de l’AHSS :

- Africa CDC a joué le rôle de coordinateur continental, alignant les investissements des partenaires sur les priorités communes.
- Les interventions d’urgence ont été menées dans le cadre de structures unifiées de gestion des incidents, ce qui a permis de réduire la fragmentation.
- Le financement et l’assistance technique ont de plus en plus transité par les systèmes de Africa CDC, reflétant la confiance institutionnelle croissante.

Cette approche a amélioré la cohérence, la rapidité et la responsabilité, en particulier lors d’urgences touchant plusieurs pays.

5.1.3 Philanthropie et secteur privé

L’engagement avec la philanthropie et le secteur privé est passé d’un soutien ponctuel à des partenariats axés sur des objectifs précis :

- Les investissements philanthropiques ont été alignés sur les objectifs de renforcement des systèmes (réforme du financement, plateformes numériques, fabrication).
- L’engagement du secteur privé s’est concentré sur des solutions évolutives, la logistique, les outils numériques et la fabrication plutôt que sur des projets pilotes isolés.
- Les mécanismes de partage des risques ont réduit les obstacles à l’investissement privé dans les biens de santé publique.

Pourquoi est-ce important ? Une sécurité sanitaire durable nécessite la mobilisation de capitaux, d’innovations et de capacités de prestation qui dépassent les budgets publics.

5.1.4 Coopération Sud-Sud et triangulaire

Africa CDC a renforcé la coopération Sud-Sud et triangulaire afin de diversifier les partenariats techniques et financiers :

- Les échanges entre pays présentant des contextes épidémiologiques et économiques similaires ont accéléré l'apprentissage.
- Les accords triangulaires ont permis de tirer parti des atouts complémentaires des différentes régions et des différents partenaires.
- Cette diversification a réduit la dépendance à l'égard d'un petit nombre d'acteurs externes.

5.2. Gouvernance des partenariats et résultats

Les partenariats ont été gérés selon les principes suivants :

- un alignement clair sur les stratégies d'Africa CDC et les décisions de l'UA ;
- des cadres de responsabilité et de rapportage bien définis ;
- un suivi des performances axé sur les résultats et non sur les activités.

Cette discipline de gouvernance a permis aux partenariats d'apporter une valeur mesurable : une réponse plus rapide, des systèmes plus solides et une fragmentation réduite, tout en protégeant l'autonomie d'Africa CDC.

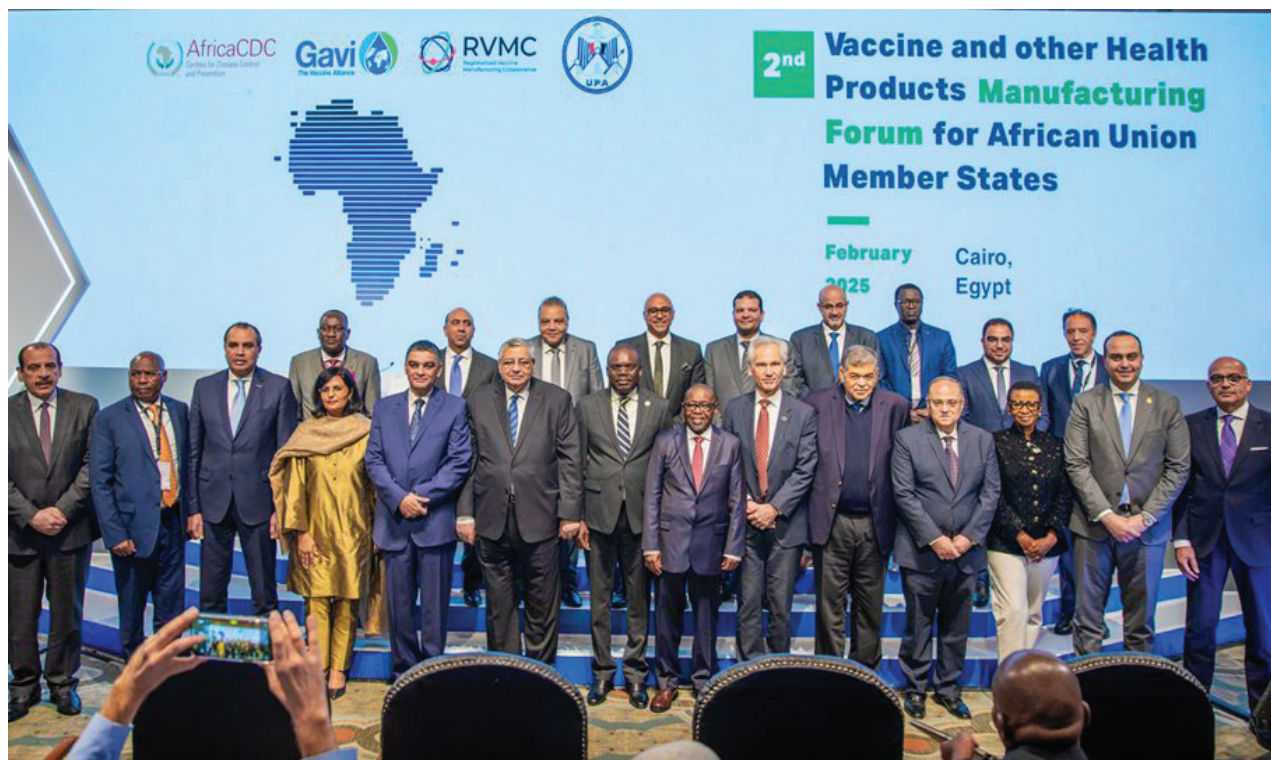
5.3 Perspectives d'avenir

Afin de maintenir l'efficacité des partenariats, Africa CDC va :

1. **Approfondir les accords stratégiques** alignés sur les piliers du Programme de Sécurité et Souveraineté Sanitaires en Afrique (AHSS) et les priorités nationales.
2. **Renforcera les mécanismes de coordination entre les partenaires** afin de réduire les coûts de transaction.
3. **Développera l'engagement du secteur privé et des organisations philanthropiques** dans les investissements à l'échelle du système.
4. **Garantir la transparence et la responsabilité** envers les États membres dans tous les partenariats.

Les partenariats étant considérés comme des accélérateurs de mise en œuvre plutôt que comme des canaux parallèles, le rapport se tourne désormais vers la réflexion :

Quels risques Africa CDC a-t-il rencontrés, quelles leçons en a-t-il tirées et comment ses dirigeants se sont-ils adaptés dans un environnement mondial contraignant ?



Leaders at the 2nd African Vaccine and Other Health Products Manufacturing Forum,



Les performances de Africa CDC en 2025 ont été réalisées dans un environnement caractérisé par des contraintes, des incertitudes et une surveillance politique accrue. Cette section présente une évaluation rigoureuse des principaux risques rencontrés, des enseignements qui en ont été tirés et de la manière dont Africa CDC a adapté son leadership et son modèle opérationnel pour maintenir ses performances malgré la pression.

6.1 Naviguer dans un environnement mondial complexe et contraignant

Le contexte opérationnel de 2025 combinait plusieurs facteurs de stress :

Pression épidémiologique : épidémies simultanées dans plusieurs régions, se chevauchant souvent dans le temps et dans l'espace.

Resserrement budgétaire : réduction de la marge de manœuvre dans les budgets nationaux et volatilité de l'aide extérieure.

Fragmentation géopolitique : perturbations de la chaîne d'approvisionnement, contrôles des exportations et concurrence pour les contre-mesures peu abondantes.

Contrôle institutionnel : attentes croissantes à l'égard d'Africa CDC suite à son élévation au rang d'organe autonome de l'UA.

Ces conditions ont obligé Africa CDC à agir simultanément en tant qu'intervenant d'urgence, concepteur de systèmes et coordinateur politique, sans bénéficier de la marge d'erreur généralement accordée aux jeunes institutions.

6.2 Principaux risques rencontrés

Africa CDC a été confronté à quatre catégories de risques qui ont nécessité une gestion active :

1. **Risque opérationnel** L'intensification rapide des activités et le déploiement d'urgence ont accru l'exposition aux défaillances de coordination, aux retards dans les achats et à la surcharge de travail du personnel.
2. **Risque fiduciaire et risque de réputation** L'augmentation des flux de ressources et les modalités de décaissement direct ont accru les enjeux en matière de contrôle financier, d'auditabilité et de transparence.
3. **Risque politique:** Les décisions d'urgence, en particulier les déclarations et les choix d'allocation, ont eu des implications politiques pour les États membres et les partenaires.
4. **Risques de dérive stratégique:** La prolifération des initiatives et des intérêts des partenaires risquait d'éloigner Africa CDC de son mandat principal et des priorités de l'AHSS.

Ces risques n'étaient ni hypothétiques ni épisodiques ; ils constituaient des caractéristiques structurelles de la réalité opérationnelle d'Africa CDC en 2025.

6.3 Ce que nous avons appris

Trois enseignements fondamentaux ont été tirés de l'expérience d'Africa CDC :

- La rapidité nécessite une structure. Une réponse rapide n'est possible que lorsque les systèmes de gouvernance, de financement et d'exploitation sont préétablis. Les arrangements ad hoc échouent sous la pression.
- L'autonomie doit être protégée par la discipline. L'autonomie institutionnelle ne renforce l'efficacité que lorsqu'elle s'accompagne de contrôles internes rigoureux, d'une gestion des performances et d'un reporting transparent.
- L'unité de voix multiplie l'impact. Le pouvoir de négociation et l'efficacité opérationnelle de l'Afrique augmentent considérablement lorsque les États membres agissent par le biais d'une plateforme continentale unique.

Ces enseignements ont renforcé la justification de l'AHSS en tant que programme intégré plutôt que comme un ensemble de réformes techniques.

6.4 Comment Africa CDC s'est

adapté

Africa CDC a répondu à ces enseignements par un leadership adaptatif et un ajustement institutionnel :

- Renforcement des processus décisionnels afin de garantir que le pouvoir de décision en urgence puisse être exercé rapidement sans contourner la gouvernance.
- Resserrement des priorités autour des piliers du Programme de Sécurité et de Souveraineté Sanitaires en Afrique (AHSS) afin d'éviter une dilution des objectifs.
- Renforcement des contrôles internes et des mécanismes d'audit pour s'adapter à l'augmentation de la taille et de la visibilité.
- Investissement dans la cohésion du leadership et la résilience du personnel, reconnaissant que la pression soutenue affecte les performances institutionnelles.

L'adaptation a été continue, et non ponctuelle, reflétant le passage d'une gestion réactive à une gouvernance anticipative.

6.5 Implications stratégiques

L'expérience de 2025 confirme que la valeur d'Africa CDC ne réside pas seulement dans ce qu'il accomplit, mais aussi dans la manière dont il apprend et s'adapte. La résilience institutionnelle acquise grâce à une évaluation honnête des risques, à l'apprentissage et à la correction de trajectoire est désormais un atout stratégique.

Pour les États membres, cela signifie que Africa CDC est de plus en plus capable de gérer la complexité sans centralisation excessive ni perte de responsabilité. Pour les partenaires, cela témoigne d'une institution mature, capable d'absorber l'ampleur de ses activités tout en conservant sa cohérence stratégique.

Avec les risques identifiés et les enseignements tirés, le rapport se tourne vers l'avenir : Quelles doivent être les priorités d'Africa CDC en 2026 pour consolider ses acquis et répondre à un paysage des risques en rapide évolution ?

La section VII présente les priorités stratégiques et les demandes politiques pour l'année à venir, fondées sur des données probantes, axées sur les résultats et alignées sur les objectifs à long terme de l'Afrique en matière de sécurité sanitaire et de souveraineté.

La voie à suivre : priorités pour 2026



Africa CDC aborde l'année 2026 avec un mandat plus fort, une autorité plus claire et une capacité de mise en œuvre éprouvée. La priorité est désormais la consolidation et l'accélération : protéger les acquis institutionnels tout en passant de manière décisive d'un succès ponctuel à une transformation systémique et irréversible de la sécurité sanitaire et de la souveraineté de l'Afrique.

7.1 Priorités stratégiques pour 2026

Le programme 2026 d'Africa CDC repose sur cinq priorités stratégiques qui répondent directement aux risques, aux enseignements et aux opportunités identifiés en 2025.

7.1.1. Ancrer la préparation continentale en tant que fonction publique permanente

La préparation doit passer d'une attention motivée par les crises à une gouvernance courante. En 2026, Africa CDC va :

- Institutionnaliser les critères de référence en matière de préparation au sein des systèmes nationaux.

- Veiller à ce que les COUSP, les laboratoires, la surveillance et les mécanismes d'intervention d'urgence bénéficient d'un financement et d'un personnel durables.
- Lier les performances en matière de préparation à des déclencheurs de financement prévisibles.

Objectif : aucun pays ne doit faire face à une épidémie sans disposer de systèmes, de plans et de moyens de financement préétablis.

7.1.2. Faire passer la mise en œuvre de AHSS des plateformes aux systèmes

Le programme AHSS doit évoluer pour passer de cadres à des systèmes de prestation pleinement intégrés. Africa CDC va :

- Approfondir l'intégration entre les cinq piliers de l'AHSS afin que la surveillance soit parfaitement reliée aux systèmes de financement, d'approvisionnement, de fabrication et numériques.
- Réduire les cloisonnements entre les interventions d'urgence et le renforcement à long terme des systèmes.
- Utiliser des tableaux de bord et des indicateurs

pour suivre de manière transparente les performances de l'AHSS aux niveaux continental et national.

Objectif : rendre l'AHSS opérationnel, mesurable et politiquement contrôlable.

7.1.3. Garantir l'approvisionnement grâce à une adaptation du marché à grande échelle

En 2026, Africa CDC accélérera la transition entre le risque d'accès et la sécurité de l'approvisionnement en :

- Elargissant la participation au Mécanisme africain d'approvisionnement groupé (APPM)
- Ancrant les engagements en matière d'approvisionnement dans la planification de la préparation.
- Alignant le financement, la dépendance réglementaire et l'agrégation de la demande afin de réduire les risques liés à la fabrication locale.

Objectif : garantir un accès rapide et abordable à des contre-mesures de qualité garantie avant que les urgences n'atteignent leur pic.

7.1.4. Intégrer l'intelligence numérique et la souveraineté des données

Africa CDC passera résolument des plateformes à un écosystème continental de renseignements sanitaires en :

- Intégrant les données de surveillance, de laboratoire, de logistique et de financement.
- Finalisant les cadres de partage des données et de gouvernance qui protègent la souveraineté tout en permettant une action en temps réel.
- Renforçant la cybersécurité et la résilience des systèmes numériques.

Objectif : permettre une prise de décision plus rapide, plus intelligente et plus responsable à travers le continent.

7.1.5. Consolider le leadership de l'Afrique dans la gouvernance mondiale de la santé

Africa CDC continuera à renforcer la voix collective de l'Afrique en :

- Institutionnalisant le rôle de premier plan d'Africa CDC dans les réformes de l'architecture sanitaire mondiale.
- Veillant à ce que les mécanismes mondiaux renforcent les systèmes continentaux et nationaux.
- Positionnant la sécurité sanitaire comme un pilier stratégique de l'engagement économique et géopolitique de l'Afrique.

Objectif : passer de la participation à un leadership durable dans l'élaboration des règles mondiales en matière de santé.

7.2 Ce qu'Africa CDC attend des États membres et des partenaires

La mise en œuvre du programme 2026 nécessite un soutien politique et institutionnel délibéré.

Aux États membres

Africa CDC appelle les États membres à :

- Maintenir leur soutien politique à l'autonomie et à l'autorité d'Africa CDC.
- Intégrer les priorités en matière de préparation et de renforcement des systèmes de santé et de recherche en Afrique dans les budgets nationaux et les plans de développement.
- Soutenir le partage des données dans le cadre des structures de gouvernance convenues.
- Participer activement aux mécanismes d'approvisionnement groupé et de financement continental.

Message clé : La sécurité continentale dépend de l'engagement collectif et de l'appropriation nationale.

Aux partenaires

Africa CDC demande à ses partenaires ce qui suit:

- Aligner le financement et le soutien technique sur les priorités et les plans nationaux en matière de santé et de sécurité sanitaires en Afrique.
- Canaliser le soutien par le biais des systèmes continentaux et nationaux plutôt que par des plateformes parallèles.
- Investir dans la mise en place de systèmes à long terme, et pas seulement dans les interventions d'urgence.
- Soutenir la transformation du marché et l'augmentation de la production sous l'impulsion de l'Afrique.

Message clé : l'efficacité des partenariats se mesure à la force du système, et non au nombre de projets.

Soutien d'Africa CDC aux États membres par l'intermédiaire des CCR

Afin d'assurer un soutien efficace aux États membres, les cinq centres de coordination régionaux (CCR) d'Africa CDC ont joué le rôle de pôles régionaux essentiels, traduisant les priorités continentales en actions adaptées au contexte. Grâce à un leadership coordonné, à la fourniture d'une assistance technique et à des partenariats stratégiques, les CCR ont renforcé la sécurité sanitaire, la gouvernance et la préparation opérationnelle à travers le continent. En tant que principales plateformes de coordination et d'engagement avec les CER et les partenaires stratégiques, les CCR ont fait progresser la préparation aux pandémies, la surveillance, les systèmes de laboratoire et les interventions d'urgence, tout en renforçant l'alignement politique et les capacités institutionnelles aux niveaux régional et national. Les réalisations décrites ci-dessous illustrent les contributions distinctes mais complémentaires de chaque CCR dans la réalisation d'un impact mesurable sur la santé publique et la promotion du mandat d'Africa CDC dans toutes les régions et tous les États membres.

8.1.1 Centre de coordination régional pour l'Afrique centrale (CCR-AC)

Le Centre de coordination régional pour l'Afrique centrale a dirigé l'élaboration d'une stratégie régionale intégrée de transport des échantillons biologiques et a co-développé une feuille de route régionale conjointe avec la participation effective de dix partenaires techniques et financiers et d'organisations régionales, renforçant ainsi l'action collective en faveur de la sécurité sanitaire. Les mécanismes de gouvernance ont été encore renforcés par la création d'un nouveau bureau ReSCo lors de la deuxième réunion du comité directeur (COPIL), parallèlement à un plaidoyer soutenu en faveur d'accords de partage des données, d'un financement national accru pour les interventions sanitaires et d'une collaboration, d'une gouvernance, d'une coordination et d'une mise en œuvre opérationnelle transfrontalières et interétatiques renforcées dans toute la région. La quatrième réunion du comité technique régional a validé le plan conjoint avec les communautés économiques

Réunion de la ReSCO Afrique centrale, 2025





4e réunion du ReSCO pour la région de l'Afrique australe

régionales (CER) et a approuvé un cadre opérationnel révisé du RISLNET, consolidant ainsi la gouvernance en matière de préparation et de réponse aux épidémies.

Sur le plan opérationnel, le CCR-AC a fait progresser l'apprentissage, la mise en œuvre et la prestation de services en facilitant l'échange de connaissances entre près de 150 experts en santé publique d'Afrique centrale et d'ailleurs sur le rôle des agents de santé communautaires dans la réponse aux épidémies et sur les enseignements tirés des campagnes de vaccination contre la COVID-19. Parmi les efforts complémentaires, citons la production de trois bulletins d'information régionaux et de bulletins épidémiologiques mensuels, l'alignement des priorités des États membres et l'élaboration d'une feuille de route biennale conjointe avec les CER et les partenaires stratégiques en vue d'un programme régional résilient en matière de sécurité sanitaire.

8.1.2 Centre de coordination régional pour l'Afrique de l'Est (CCR-AE)

Le Centre de coordination régional pour l'Afrique de l'Est a considérablement renforcé le leadership, la coordination et la prestation de services de santé publique dans toute l'Afrique de l'Est. Par l'intermédiaire du ReSCo et du ReTAC, le CCR a soutenu l'adoption de cadres régionaux clés, notamment le Cadre de financement de la santé, facilité l'élection de nouveaux dirigeants et renforcé le plaidoyer régional grâce à un engagement fort avec le siège d'Africa CDC. L'Afrique de l'Est s'est positionnée comme un pôle régional pour le dialogue mondial sur la santé en co-organisant le premier Sommet régional de l'Afrique de l'Est sur la santé mondiale, qui a fait avancer les discussions sur la préparation, la prévention et la réponse aux pandémies, le financement et l'équité, avec la participation de haut niveau de neuf des quatorze États membres.

L'engagement politique et diplomatique a été encore renforcé par la création d'une plateforme du corps diplomatique régional visant à mobiliser une volonté politique, des ressource

ces et un soutien technique durables en faveur des priorités d'Africa CDC. Le CCR-AE a également renforcé son empreinte institutionnelle et son efficacité opérationnelle en engageant officiellement le gouvernement du Kenya dans la reconnaissance officielle et l'attribution de terrains pour un centre régional permanent. Les partenariats stratégiques ont été approfondis grâce à l'élaboration de plans d'action conjoints avec des partenaires clés et à l'alignement des initiatives régionales avec cinq communautés économiques régionales, tandis que l'engagement technique s'est étendu à l'ensemble des quatorze États membres, y compris une nouvelle entrée opérationnelle en Érythrée et au Soudan.



La Directrice Régionale du CCR_AE remettant officiellement les lettres de créance du CCR au Gouvernement du Kenya

8.1.3 Centre de coordination régional pour l'Afrique australe (CCR-AA)

Le Centre de coordination régional pour l'Afrique australe a considérablement amélioré la sécurité sanitaire, la préparation et la gouvernance régionales grâce à un soutien technique coordonné, au renforcement des institutions et à des investissements ciblés dans tous les États membres. Au niveau stratégique et de la gouvernance, le CCR-AA a renforcé la coordination régionale grâce à l'organisation réussie des 4^{ème} et 8^{ème} réunions du ReSCo et du ReTAC, à la mise en service complète du RISLNET et du Groupe de travail régional sur la lutte contre le choléra, et à l'adoption d'un plan de travail finalisé pour le RISLNET, soutenu par la nomination de nouveaux dirigeants. Les capacités institutionnelles régionales ont été encore renforcées grâce à l'approbation et à la diffusion de la deuxième édition du Cadre pour le développement des instituts nationaux de santé publique (INSP) et à la nomination d'un ministre régional chargé de promouvoir la création d'INSP.

Le leadership stratégique a été renforcé par la désignation des ministres régionaux de la santé comme champions du financement de la santé et du climat et de l'Agenda de Lusaka, et par l'adoption du Livre vert d'Africa CDC – Repenser le financement de la santé à l'ère nouvelle, qui promeut les réformes dans le domaine du financement de la santé, de la gouvernance et de la prestation de services. Les efforts de mobilisation des ressources ont permis d'obtenir 45 000 dollars américains de la FICR pour soutenir la finalisation du groupe de travail régional sur le choléra en Afrique australe et 16 000 dollars américains de PATH pour organiser un événement parallèle de haut niveau sur le financement durable de la santé pour les INSP, qui a donné lieu à des recommandations régionales concrètes. L'alignement avec les communautés économiques régionales et les

principales parties prenantes a été consolidé grâce à l'adoption d'un plan d'action conjoint pour 2026, tandis que le lancement réussi du premier musée régional a marqué une étape importante dans le renforcement des connaissances régionales en matière de santé, la préservation du patrimoine et l'identité institutionnelle.

8.1.4 Centre de coordination régional pour l'Afrique du Nord (CCR-AN)

Le Centre de coordination régional pour l'Afrique du Nord a réalisé des progrès significatifs dans le renforcement de la sécurité sanitaire, de la gouvernance et de la collaboration régionales à travers l'Afrique du Nord. Des structures de gouvernance fondamentales ont été mises en place grâce à l'inauguration du ReSCo, avec un consensus sur l'Égypte comme hôte du CCR Nord et la nomination de la Tunisie et de l'Algérie respectivement à la présidence et à la vice-présidence. La représentation régionale a été encore renforcée par la participation du Maroc et de la Libye au Conseil d'administration d'Africa CDC.

La gouvernance de la sécurité sanitaire a été renforcée grâce au lancement du RISLNET et de son cadre de gouvernance, ainsi qu'à la nomination du Maroc et de la Mauritanie respectivement à la présidence et à la vice-présidence. Le CCR a également fait progresser le programme en matière de sécurité sanitaire et de souveraineté sanitaire, en préconisant l'accélération de la production locale afin de réduire la dépendance vis-à-vis de l'extérieur et de renforcer la résilience du système. Cela a notamment consisté à co-organiser la deuxième réunion sur la production locale en Égypte (500 000 dollars) et à faciliter des contributions stratégiques, notamment le don de 800 000 boîtes de lait maternisé par l'Égypte.



Les dirigeants régionaux, les ministres de la Santé et les partenaires font progresser l'action coordonnée en matière de santé publique lors des réunions inaugurales du ReSCo et de la 2^e réunion du ReTAC du CCR-AA à Abidjan, en Côte d'Ivoire.

Les mécanismes de coordination et de partenariat ont été encore renforcés grâce à la création de la Coalition pour le partenariat sanitaire en Afrique du Nord, avec l'OIM élue présidente et la Banque mondiale et l'EMPH-NET coprésidentes, et à l'élaboration d'un plan d'action conjoint visant à optimiser les ressources et à réduire les doublons. Les efforts de mobilisation des ressources ont permis d'obtenir 150 000 dollars américains de l'UKHSA pour soutenir les activités de surveillance au début de l'année 2026, 10 000 doses de Remdesivir d'Eva Pharma, et un engagement continu avec la région MENA de la Banque mondiale pour mobiliser des financements supplémentaires.

La gestion des connaissances et l'apprentissage entre pairs ont été améliorés grâce à deux groupes régionaux d'échange de connaissances organisés au Maroc et en Égypte, axés sur la fabrication locale, la génomique des agents pathogènes, l'élimination de l'hépatite C, la résistance aux antimicrobiens, les soins de santé primaires et la santé numérique. Fort de ces succès, le CCR-AN a reçu une demande officielle de la Libye visant à déployer un expert égyptien afin de soutenir le transfert de connaissances et d'élaborer un plan d'action reproductible pour la triple élimination du VIH, de l'hépatite virale et de la syphilis, soulignant le rôle croissant du CCR en tant que catalyseur de la coopération régionale et de l'excellence technique.

8.1.5 Centre de coordination régional pour l'Afrique de l'Ouest (CCR-AO)

Le Centre de coordination régional pour l'Afrique de l'Ouest, grâce à la mise en place efficace de plateformes statutaires et techniques, notamment ReSCo, ReTAC, RISLNET et ECHO, a permis la prise de décisions courantes, renforcé l'alignement des partenaires et coordonné les actions conjointes dans le cadre opérationnel d'Africa CDC. Ces mécanismes ont renforcé l'appropri-

ation collective des priorités régionales et amélioré la cohérence des réponses transfrontalières et interétatiques en matière de santé publique.

La collaboration avec la CEDEAO, d'autres CER et des partenaires techniques s'est considérablement approfondie, positionnant le CCR-AO comme la plaque tournante centrale de la coordination de la santé publique dans la région. Cela a notamment donné lieu à la création d'un Plan d'Action Conjoint entre la CEDEAO et le Centre régional de surveillance et de contrôle des maladies (RCSDC), renforçant ainsi la collaboration institutionnelle en matière de surveillance et de contrôle des maladies.

Le CCR-AO a également facilité le partage efficace d'informations et la coordination des actions avec les États membres de la CEDEAO et les États non-membres de la CEDEAO, garantissant ainsi une participation régionale inclusive.

Grâce à des forums régionaux réunissant les parties prenantes, le CCR a encore renforcé les partenariats en favorisant une culture de responsabilité partagée, d'alignement stratégique et d'action collective entre les États membres, les CER et les partenaires techniques et financiers. L'engagement des partenaires est devenu plus structuré et axé sur les résultats, ce qui a permis d'améliorer l'alignement des investissements sur les priorités régionales et de réduire les doubles emplois dans les interventions. Collectivement, ces efforts ont renforcé l'efficacité et l'impact des initiatives de santé publique, permis des réponses transfrontalières plus rapides et mieux coordonnées, et consolidé le rôle du CCR-AO en tant que principale autorité de coordination et de concertation pour la sécurité sanitaire publique régionale en Afrique de l'Ouest.





Centres africains de contrôle et de prévention des maladies,
Ring Road, 16/17, place Haile Garment Lafto,
Sous-ville de Nifas Silk-Lafto,
P.O Box 200050 Addis-Abeba,
Tél : +251(0) 112175100/75200

Africa CDC est une agence de santé continentale autonome de l'Union africaine créée pour soutenir les initiatives de santé publique des États membres et renforcer la capacité de leurs institutions de santé publique à détecter, prévenir, contrôler et répondre rapidement et efficacement aux menaces de maladie.



Protection de la Santé de l'Afrique

www.africacdc.org

 [africacdc](https://www.africacdc.org)