

Image : Malaria Consortium, Nigeria

Bâtir une plateforme durable dirigée par les pays pour la survie de l'enfant

Réseau REACH

Rapport annuel 2026 et Brochure pour la réunion annuelle

REACH

Coprésidents du réseau REACH :

L'honorable Muhammad Ali Pate
Ministre coordonnateur de la Santé et de la Protection sociale, République fédérale du Nigeria

Le professeur Samba O. Sow
Directeur Général du Centre pour le développement des vaccins – Mali

Secrétariat :

Centre pour le développement des vaccins – Mali

E-mail : reach@cvd-mali.org
Site web : https://reachnetwork.africa

Synthèse exécutive

En 2026, le réseau REACH a réalisé des progrès considérables dans sa volonté de mettre en place une plateforme durable, pilotée par les pays, en faveur de la survie de l'enfant en Afrique de l'Ouest.

Grâce à l'expansion du programme REACH au Mali, au Niger et au Nigeria, le réseau a démontré sa capacité à mettre à l'échelle la distribution d'azithromycine, tout en renforçant la qualité des données produites, les partenariats et les infrastructures indispensables pour une mise en œuvre responsable et une bonne gestion des médicaments.

Tout au long de l'année, un principe fondamental a guidé ces efforts : il est certes important d'atteindre un plus grand nombre d'enfants, mais il est tout aussi essentiel de veiller à ce que les enfants les plus vulnérables, en particulier ceux des communautés isolées et mal desservies, ne soient pas laissés pour compte.

Déploiement à grande échelle

L'ampleur de la mise en œuvre a été remarquable : les programmes REACH ont permis d'atteindre plus de 25 millions d'enfants en 2026, grâce à la distribution d'environ 50 millions de doses d'azithromycine au cours de l'année, portant le total à plus de 65 millions de doses distribuées depuis janvier 2025. Trois pays disposent désormais de programmes nationaux actifs, soutenus par leurs ministères de la Santé et par des instituts de recherche, des partenaires de mise en œuvre, ainsi que des équipes de santé communautaires. Ces résultats représentent une étape majeure dans la réduction des décès évitables chez les enfants dans les régions à forte mortalité infanto-juvénile et avec un accès limité aux services de santé essentiels.

Au Mali, le programme REACH s'est étendu au cours de sa deuxième année de mise en œuvre, bénéficiant à environ 4,2 millions d'enfants âgés de 1 à 59 mois, avec une couverture de 98 % selon le rapport de la dernière campagne. Les interventions ont été déployées aux régions du nord du pays, en proie à des défis sécuritaires, des flux migratoires importants et à des contraintes logistiques majeures. Une opération pilote intégrant la vaccination contre la rougeole et à la distribution d'azithromycine à Kayes a permis d'administrer 3 669 vaccins, notamment à 476 enfants n'ayant jamais été vaccinés auparavant. Ces expériences illustrent à la fois le potentiel des interventions sous leadership national et le défi constant lié à l'accès aux communautés isolées, mal desservies par les services de santé conventionnels.

Au Niger, la campagne de juillet du programme AVENIR a permis d'atteindre près de 3 millions d'enfants dans cinq régions, correspondant à une couverture nationale de 96,1 %. Une microplanification rigoureuse, une gestion numérique des données, une forte mobilisation communautaire et une collaboration étroite avec les autorités nationales et locales ont permis de mener à bien l'intervention malgré les défis logistiques et les contraintes saisonnières. Le Niger a également apporté une importante contribution aux travaux scientifiques du réseau REACH. Les résultats publiés dans *Nature Medicine* ont examiné la résistance aux antimicrobiens suite aux distributions répétées d'azithromycine. Par ailleurs, une étude de microsimulation des coûts, parue dans *PLOS Global Public Health*, a estimé le coût de la distribution d'azithromycine pour la survie de l'enfant à environ 1,59 dollar US par dose, fournissant ainsi des données précieuses sur le rapport coût-efficacité des interventions REACH.

Une approche complète

Au Nigeria, le programme SARMAAN II a distribué près de 17 millions de doses dans 11 États – un progrès remarquable. Ce succès repose sur une approche intégrée s'appuyant sur les structures de santé publique existantes. Parallèlement à la distribution, le programme a continué à renforcer la recherche sur la mortalité, la morbidité, l'innocuité et la résistance aux antimicrobiens, faisant de REACH au Nigeria l'une des interventions de santé publique les plus complètes en Afrique de l'Ouest.

En Sierra Leone, l'essai ICARIA, portant sur 20 560 nourrissons répartis dans 14 établissements de soins de santé primaires, s'est achevé avec succès. Ses principaux résultats seront publiés dans une revue internationale d'ici la fin de l'année 2026.

À l'initiative de l'Afrique

Ensemble, ces programmes témoignent de l'engagement du réseau à produire des données issues d'initiatives africaines, afin d'éclairer la prise de décision sur des interventions efficaces et responsables pour la survie de l'enfant.

L'équité, l'intégration et l'appropriation par les pays ont guidé les activités de plaidoyer et de communication de REACH.

Le réseau a utilisé son site web, les résultats obtenus par ses membres, des articles d'opinion et les réseaux sociaux pour valoriser le leadership national et le retour d'expérience du terrain à un public plus large, mettant en avant l'importance d'atteindre les enfants « zéro dose » et les communautés mal desservies par les services de santé de routine. Son partenariat stratégique avec l'initiative Child Survival Action a permis de présenter les données de REACH et les expériences des pays à un large public à travers une série de trois webinaires, établissant un lien entre les enseignements du terrain et les futures orientations stratégiques.

À mesure que la mise en œuvre des activités prend de l'ampleur, la gouvernance et la gestion responsable prennent une place importante. Le Comité consultatif



Une relais communautaire et une responsable de la saisie de données se rendent dans un foyer dans le cadre du 3ème cycle de la campagne SARMAAN II, afin de contribuer au dépistage, au traitement et au recensement des enfants éligibles.
Image : Sightsavers / Jerry Atsi

sur l'azithromycine pour la survie de l'enfant (APACS), mis en place en collaboration avec l'Initiative internationale contre le trachome (ITI), a continué à apporter des conseils indépendants sur la répartition des médicaments, les critères d'éligibilité au programme et la prise de décision éclairées par des données factuelles.

Des ambitions affirmées

La chaîne d'approvisionnement soutenant REACH s'est également développée pour répondre à ces ambitions grandissantes. Près de 51 millions de doses étaient prévus dans les trois pays mettant en œuvre le programme REACH et, au troisième trimestre de 2026, plus de 47 millions avaient été expédiés ou étaient en cours d'acheminement. Cette réussite est le résultat d'une étroite collaboration entre les bailleurs de fonds, les agences techniques, les partenaires logistiques et les équipes-pays, qui ont travaillé main dans la main pour que les approvisionnements parviennent là où ils ont le plus grand impact.

Cette année, comme les années précédentes, le réseau REACH exprime sa profonde gratitude à Pfizer Inc pour son don d'azithromycine, essentiel au maintien des opérations au Niger, ainsi qu'à la Fondation Gates pour la fourniture de stocks au Mali et au Nigeria.

La supervision scientifique a progressé en 2026 grâce aux trois groupes de travail techniques du réseau REACH, axés sur la résistance aux antimicrobiens, à la surveillance de la mortalité, ainsi qu'à l'économie de la santé et au calcul des coûts. Leurs travaux ont permis d'harmoniser les méthodes de surveillance et les procédures opérationnelles standards, d'améliorer la mesure de la mortalité et de la morbidité, et d'adopter des approches plus cohérentes pour le chiffrage des programmes.

Défis

L'année a également été marquée par des défis. Les activités REACH au Burkina Faso ont été suspendues en septembre à la suite d'une décision du gouvernement mettant fin aux programmes mis en œuvre par des partenaires internationaux, tant dans le secteur de la santé que dans d'autres domaines. Le Burkina Faso conservera néanmoins son statut d'observateur au sein du réseau REACH.

Dans l'ensemble des pays REACH, l'insécurité, les difficultés d'accès et les contraintes d'approvisionnement ont souligné la nécessité d'une planification adaptative et d'un investissement soutenu dans les capacités locales, tout en illustrant l'incroyable dévouement et l'ingéniosité des équipes de terrain pour surmonter chaque obstacle.

Dévouement et humilité

Pour l'avenir, REACH s'appuiera sur les acquis de l'année 2026 pour renforcer l'appropriation nationale, intégrer ses interventions avec d'autres interventions pour la survie de l'enfant et à affiner les données scientifiques qui guideront les décisions politiques.

En cherchant non seulement à déployer ses actions à grande échelle, mais aussi à établir une plateforme durable et responsable pour la survie de l'enfant, le réseau REACH est bien positionné pour contribuer à une réponse plus équitable contre la mortalité infantile évitable. Il continuera à être dirigé par ses pays membres, soutenu par le respect des communautés que toutes les équipes REACH soutiennent avec dévouement et humilité.

L'année en bref

Résumé des points clés du programme REACH

Plus de **25 millions** d'enfants ayant bénéficié des programmes de distribution d'azithromycine en 2026

Près de **50 millions** de doses d'azithromycine distribuées par les équipes REACH en 2026

Plus de **65 millions** de doses d'azithromycine distribuées depuis janvier 2025

Trois pays – **le Mali, le Niger et le Nigeria** – mettant activement en œuvre le programme de distribution d'azithromycine pour la survie de l'enfant dans le cadre de leurs programmes nationaux

Deux réunions du **Comité consultatif sur l'azithromycine pour la survie de l'enfant (APACS)**, garantissant une orientation indépendante sur la gestion responsable et sécurisée des médicaments, leur répartition et les critères d'éligibilité.

REACH en chiffres :

4,9 millions
estimation du nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans en 2022 dans le monde

>25 millions
d'enfants traités chaque année dans le cadre des programmes REACH

3
pays d'Afrique subsaharienne disposant de programmes nationaux actifs et à échelle de distribution d'azithromycine

14 %
baisse moyenne de la mortalité infantile dans les zones à forte mortalité, où le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dépasse 80 pour 1 000 naissances vivantes et où les communautés sont éloignées des centres de santé.

REACH est un programme visant à sauver des vies, axé sur la réduction de la mortalité infantile dans les communautés vulnérables à travers l'Afrique de l'Ouest. Dans cette optique, REACH explore également les opportunités pour permettre aux enfants de bénéficier d'autres interventions essentielles à leur survie, notamment la prévention du paludisme, la vaccination et la nutrition.

REACH amplifie désormais son impact tout en continuant à donner la priorité aux communautés difficiles d'accès.

L'intervention contribue à réduire les décès évitables chez les enfants et à atteindre l'Objectif de développement durable (ODD) n° 3, qui vise à éliminer les décès évitables chez les enfants de moins de cinq ans et à réduire la mortalité à moins de 25 décès pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2030.

REACH, c'est :

Une initiative dirigée par les pays : REACH est, de par sa conception, mise en œuvre par les pays, s'appuie sur le leadership national et s'adapte aux besoins spécifiques de chaque contexte.

Une intervention limitée dans le temps : la distribution d'azithromycine est une intervention limitée dans le temps, destinée à être progressivement arrêtée dès que la mortalité des enfants de moins de cinq ans tombe en dessous d'un seuil défini.

Une intervention intégrée aux ressources existantes des systèmes de santé : l'approche de REACH repose sur une intégration intelligente, consistant à intégrer l'administration de masse d'azithromycine aux plateformes existantes pour la survie de l'enfant.

Une intervention adaptative, fondée sur des données probantes : REACH repose sur un suivi continu de la résistance aux antimicrobiens et de la sécurité, garantissant que les protocoles de mise en œuvre restent adaptés aux données émergents et puissent être ajustés rapidement et de manière responsable pour préserver la santé publique.



Un enfant reçoit un vaccin contre la rougeole (à gauche) ainsi qu'une dose d'azithromycine (à droite) dans le cadre d'un projet pilote d'intégration mené à Kayes, au Mali.

Progrès et réalisations

Résumé de la mise en œuvre dans les pays membres

Tout au long de l'année 2026, les programmes nationaux du réseau REACH ont démontré – sur le terrain – que l'offre de services de santé conduite par les pays, axée sur les communautés, et guidée par les données, donne d'excellents résultats même dans les contextes les plus difficiles.

Les ministères de la Santé du Mali, du Niger et du Nigeria ont mené des campagnes ambitieuses qui ont permis de fournir de l'azithromycine et des interventions complémentaires pour la survie de l'enfant à des millions d'enfants.

Les pays membres du réseau REACH se sont concentrés sur des **interventions intégrées**, afin d'assurer une distribution sans faille d'azithromycine pour la survie de l'enfant, concomitamment à la supplémentation nutritionnelle, au déparasitage et à la distribution de vitamine A.

L'innovation numérique a joué un rôle clé dans l'expansion et l'amélioration de la micro-planification afin d'optimiser les opérations sur le terrain et la couverture des interventions.

Le suivi et la surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de la mortalité sont restés un engagement non négociable, tant en principe qu'en pratique, pour toutes les équipes REACH, garantissant ainsi le respect des normes des interventions REACH pour tous les programmes nationaux en cours.

Les récits qui suivent mettent en lumière les progrès, les innovations et les principales leçons apprises par les équipes du réseau REACH tout au long de l'année 2026.



État de Kano, Nigeria, lors du 3ème cycle d'administration de masse d'azithromycine de SARMAAN II. Image : Sightsavers / Jerry Atsi

Mali

REACH Mali : déployer les interventions pour ne laisser aucun enfant de côté

Au Mali, REACH démontre que l'appropriation nationale et la mise en œuvre guidée par les acteurs locaux sont essentielles pour atteindre les enfants dans les communautés où les approches conventionnelles d'offre de services de santé sont difficiles à mettre en place, et encore plus difficiles à pérenniser.

Au cours de sa deuxième année de mise en œuvre à l'échelle nationale, REACH Mali est passé de la simple plateforme d'offre de services de santé à la conduite de campagnes répétées à grande échelle, ce qui lui a permis d'étendre sa couverture à certaines des communautés les plus vulnérables et difficiles d'accès du pays.

La dernière campagne du programme a permis d'atteindre plus de 4,2 millions d'enfants âgés de 1 à 59 mois dans le sud et le nord du Mali, avec un taux de couverture de la population estimé à 98 %. Derrière ces chiffres se cache une réussite encore plus grande : l'expansion continue d'une plateforme dirigée par le pays pour venir en aide aux enfants vulnérables dans des zones où l'accès aux services de santé essentiels a historiquement été très difficile, voire impossible.

Le ministère de la Santé et du Développement social est resté au cœur de la mise en œuvre de REACH Mali, aux côtés de son principal partenaire de mise en œuvre, le Centre pour le développement des vaccins – Mali (CVD-Mali). Ensemble, ils ont mobilisé les structures sanitaires nationales, régionales et départementales, le CVD-Mali assurant la coordination du programme et fournissant un appui technique. Ce leadership a permis d'adapter la mise en œuvre aux réalités très différentes rencontrées à travers le Mali.

L'expérience particulière de la troisième administration de masse d'azithromycine (AMA) a montré ce que ce modèle permet d'accomplir : dans les régions de Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou et Sikasso, 3 717 498 enfants ont été atteints, ce qui représente une couverture de 99 % des populations éligibles. Les cinq régions du sud ont toutes fait état d'une couverture d'au moins 95 %, dépassant ainsi des chiffres plus faibles enregistrés lors de la campagne précédente.

Une première campagne dans le nord

Cette approche s'est avérée particulièrement importante dans le nord du Mali, où l'insécurité, la faible densité des habitations et les déplacements de population ont perturbé les services de santé de routine et rendu l'accès difficile à de nombreux programmes. La première campagne REACH dans le nord, menée fin 2025, a permis d'atteindre environ 450 000 enfants. Cela a représenté une expansion majeure du programme et a jeté les bases pour la mise en œuvre régulière de l'intervention dans une région où les enfants ont souvent été largement défavorisés.

Pour atteindre ces enfants, REACH Mali a dû adapter son modèle de mise en œuvre, au lieu de simplement reproduire l'approche utilisée dans les régions du sud, plus stables. Les équipes sanitaires régionales et de district ont collaboré avec les responsables communautaires afin d'identifier les lieux de distribution, les itinéraires, et les périodes d'intervention appropriées. Lorsque les déplacements et les communications étaient limités, une coordination à distance a été mise en place pour préparer les équipes avant leur déploiement. Dans certaines communautés, la distribution en point fixe s'est avérée être l'option la plus pratique, rendant indispensable une mobilisation préalable afin que les familles sachent quand et où les services seraient disponibles.

Connaissances locales à l'appui

Les agents de santé communautaires et les distributeurs recrutés localement ont assuré la continuité lorsque le personnel central de REACH Mali ne pouvait pas rester sur le terrain. Les leaders communautaires ont aidé à mobiliser les familles et à répondre à leurs préoccupations. Les équipes de district ont adapté leurs plans à mesure que les conditions de sécurité évoluaient, que les routes devenaient impraticables ou que les populations se déplaçaient. Cela a abouti à un modèle de mise en œuvre dans lequel la coordination nationale et la prise de décision locale ont fonctionné en synergie, permettant ainsi de maintenir la cohérence de la mise en œuvre tout en s'adaptant à des circonstances en constante évolution.



REACH Mali continue de concentrer ses efforts pour mieux comprendre la situation et de planifier de manière à inclure les enfants qui demeurent difficiles à atteindre.

Surmonter d'immenses défis pratiques

Les moyennes statistiques régionales peuvent masquer des différences considérables entre les districts et les communes. À Bafoulabé, dans la région de Kayes, à l'ouest du Mali, par exemple, les médicaments ont dû être transportés par bateau sur le fleuve Sénégal lorsqu'un pont est devenu inutilisable.

À Mopti, un taux de couverture régional global de 97 % coexistait avec une couverture plus faible à Douentza et Bankass. Cela illustre les obstacles concrets qui restent à surmonter, soulignant l'importance de la connaissance locale des localités et des foyers non couverts lors de la planification des campagnes ultérieures.

Les régions du nord du Mali font ressortir encore plus nettement ces contrastes : Gao et Tombouctou ont fait état d'une couverture administrative d'environ 100 %, tandis que le résultat global pour le nord s'élevait à 88 %. Ménaka a déclaré un taux de 29 % et Kidal de 7 %, bien que la communication des données provenant de ces zones ait été retardée par des contraintes sécuritaires. À Kidal, des traitements n'ont été signalés qu'à Tessalit, aucun traitement n'ayant été enregistré à Abeïbara, dans le district de Kidal ou à Tin Essako.

Ces chiffres reflètent la difficulté d'obtenir à temps des informations complètes dans des zones où des défis sécuritaires souvent inimaginables peuvent empêcher les équipes et les superviseurs d'atteindre les communautés, où les populations peuvent être mobiles, et où les équipes de distribution risquent littéralement leur vie pour parcourir le dernier kilomètre.

Bien planifier pour combler toutes les lacunes

Pour la prochaine campagne (AMA 4), prévue en décembre 2026, la planification commencera par les zones les plus difficiles d'accès. À Ménaka et Kidal, ainsi que dans l'ensemble des régions du nord, cela signifie mettre à jour les informations sur les localités et les mouvements de population, d'identifier des partenaires de distribution de confiance et choisir des périodes d'intervention adaptées tant aux familles qu'aux équipes.

Les défis opérationnels sont considérables. Les pénuries de carburant et la volatilité des prix ont eu un impact dramatique sur les transports et la supervision en 2026. Les fermetures de routes ont contraint les équipes à trouver des itinéraires alternatifs, tandis que les infrastructures endommagées et l'insécurité généralisée dans certaines zones ont perturbé les chaînes d'approvisionnement. Outre les difficultés de transport, les équipes de REACH Mali ont également dû faire face à des itinéraires alternatifs plus longs, à des vols de carburant et à de graves incidents de sécurité.

Ces circonstances ont exigé de la flexibilité à tous les niveaux. Les micro-plans ont été révisés au fur et à mesure que les conditions évoluaient. La distribution a été reportée ou déplacée vers des lieux plus sûrs lorsque cela s'avérait nécessaire. Les médicaments ont



été expédiés par étapes, et les campagnes menées dans le nord ont eu recours à des fenêtres d'intervention plus courtes et organisées localement afin de minimiser les déplacements inutiles. De telles mesures ne peuvent pas éliminer les obstacles créés par l'insécurité, mais elles peuvent contribuer à garantir que ces obstacles ne se traduisent pas automatiquement par une exclusion des interventions pour la survie de l'enfant.

REACH Mali s'est également appuyé de manière systématique sur l'expérience acquise au cours d'une campagne pour améliorer la suivante. La couverture plus faible observée lors de la deuxième campagne dans le sud a mis en évidence l'importance d'optimiser les calendriers, les transports et les capacités de suivi. La mise en œuvre dans le nord a confirmé l'intérêt des points de distribution fixes ou centralisés, d'une mobilisation préalable intensive et de fenêtres de campagne plus courtes. Ces enseignements ont été intégrés à la troisième campagne d'AMA, tout en maintenant le cadre national pour l'éligibilité, le dosage, la gestion des médicaments et la transmission des données.

Étendre le programme REACH

Ce processus d'apprentissage continu permet à REACH Mali de passer du statut de campagne à celui d'une plateforme plus large d'offre de services de santé infantile. Lors de la troisième campagne d'AMA, le programme a piloté la campagne de vaccination contre la rougeole en parallèle à la distribution d'azithromycine dans certaines zones sanitaires de Kayes, permettant d'administrer 3 669 vaccins. Parmi les enfants vaccinés, 476 (13 %) n'avaient, selon les registres, jamais été vaccinés auparavant. Ce constat illustre concrètement le nombre d'enfants pouvant être identifiés lorsque des plateformes communautaires

établies sont utilisées pour atteindre des familles qui pourraient autrement avoir un accès très limité aux services de santé.

L'intégration est abordée de manière pragmatique. L'objectif est de tirer parti des contacts avec les jeunes enfants pour fournir d'autres services nécessaires, lorsque cela peut se faire sans compromettre la distribution d'azithromycine dans le cadre de l'AMA. La vitamine A et l'albendazole ont continué à être co-administrés lorsque les stocks et les dispositions locales le permettaient, tandis que le projet pilote de vaccination à Kayes sert à comprendre les exigences pratiques d'une intégration plus large, notamment la charge de travail, la fiabilité de la chaîne du froid, l'acceptation par les parents et les coûts supplémentaires.

Dresser un tableau complet

Parallèlement à la mise en œuvre des activités, REACH Mali renforce la production de données nécessaires pour comprendre la contribution du programme à la survie de l'enfant. La surveillance en milieu médical est désormais opérationnelle dans huit centres de santé communautaires, tandis que des études de suivi sur la mortalité et la résistance aux antimicrobiens sont en cours de préparation. Cette distinction entre « couverture » et « impact » est importante : le nombre de traitements administrés démontre la capacité du programme à produire des résultats à grande échelle, tandis que des analyses comparatives permettront de déterminer les effets sur la mortalité et l'évolution de la RAM au fil du temps.

L'approche du programme pour la gestion des médicaments reflète cette même importance accordée à la transparence. Les prévisions de traitement sont liées aux stocks disponibles et aux circuits de distribution praticables, tandis que le contrôle des stocks, le rendement par flacon, la logistique inverse et la formation des distributeurs restent des éléments importants de la mise en œuvre. Dans les zones instables, ces exigences doivent être respectées grâce à des systèmes adaptés au contexte local.

Vers la prochaine phase de croissance

Alors que REACH Mali se tourne vers sa prochaine phase, le principal défi consiste à rendre la plateforme d'intervention de plus en plus adaptée aux besoins des enfants et aux communautés qui restent les plus difficiles à atteindre.

Cela signifie placer les zones les plus difficiles au cœur de la planification plutôt que de les traiter dans un second temps, et de continuer à investir dans les équipes sanitaires de district et les agents recrutés localement qui connaissent bien leurs communautés. Cela implique également de veiller à ce que les besoins en matière de transport, de carburant, de sécurité et de suivi soient pris en compte de manière réaliste dans les plans et les budgets des campagnes, et de maintenir des relations étroites avec les communautés et les familles, dont la participation est fondamentale pour la réussite de la mise en œuvre.

L'appropriation nationale est essentielle

L'expérience acquise par les équipes de REACH Mali au cours de l'année écoulée démontre ce qui peut être accompli lorsque ces principes sont réunis.

Pour REACH Mali, l'appropriation nationale représente un moyen concret d'atteindre les enfants dans des zones où l'accès peut être difficile, variable ou incertain. Le leadership national fournit le cadre ; les équipes de district traduisent ce cadre en actions concrètes ; et les communautés apportent les connaissances et les relations qui rendent la mise en œuvre possible.

La prochaine étape de REACH Mali s'appuiera sur ces fondements, en continuant à se concentrer sur les enfants les plus susceptibles d'être laissés pour compte. La mesure du progrès ne se limitera pas au nombre d'enfants atteints, mais portera également sur la capacité du programme à étendre progressivement cette portée aux communautés qui, historiquement, sont restées hors de couverture effective des services de santé.

De cette manière, REACH Mali démontre une approche de mise en œuvre pour la survie de l'enfant ancrée dans le leadership national, les connaissances locales et un engagement pour l'équité : apporter les interventions essentielles aux enfants qui en ont le plus besoin, où qu'ils vivent.

Tableau des données – Mali	
4,22 millions	Enfants traités en 2026
7,6 millions	Doses administrées en 2026 (au 15 octobre 2026)
11,7 millions	Doses administrées (cumulées, depuis le début de REACH Mali)



AVENIR, Niger

Niger

Au Niger, AVENIR tire parti des données probantes pour optimiser l'impact

Les équipes AVENIR de REACH Niger ont connu une année 2026 marquée par de nouveaux succès, menant en juillet une vaste campagne nationale d'administration d'azithromycine dans les régions d'Agadez, de Dosso, de Maradi, de Tahoua et de Zinder.

Cette campagne visait à atteindre quelques 2 938 518 enfants cibles et a permis d'en traiter 2 823 385, atteignant ainsi un taux de couverture national de 96,1 %.

Au niveau régional, Zinder s'est distinguée avec un taux de couverture de 101,7 %, soit 844 908 enfants traités sur les 830 876 ciblés. Les taux de couverture ont été tout aussi élevés à Dosso (100,5 %), Tahoua (93,2 %), Agadez (93 %) et Maradi (91,4 %).

Au total, 6 287 950 traitements étaient prévus pour 2026.

Le succès de la campagne repose sur une microplanification exhaustive, un respect rigoureux des protocoles, une cartographie détaillée des processus, une évaluation de la couverture post-campagne et une gestion de la logistique inverse. L'équipe a bénéficié du soutien actif des autorités administratives, communales et traditionnelles, ainsi que des conseils techniques prodigués par les instances gouvernementales centrales et régionales et par l'équipe principale du projet AVENIR.

La forte participation communautaire a été soutenue par des émissions de radio et des contributions locales, tandis que le financement dans les délais, des briefings détaillés et la mise à disposition de véhicules par AVENIR ont assuré une exécution sans faille. La gestion rigoureuse des données, avec notamment des débriefings quotidiens au niveau des districts et une analyse des données à plusieurs niveaux, a permis de garantir le respect des normes sur l'ensemble des sites d'intervention.

Relever les défis

L'équipe a dû surmonter des défis opérationnels notables pour obtenir ces résultats ; il s'agissait notamment des difficultés liées au dispatching des équipes, à la disponibilité du gasoil, à la gestion de la logistique inverse, à l'inaccessibilité de certaines zones, ainsi qu'aux contraintes liées aux fortes pluies et à la disponibilité des enfants et leurs familles. Les exigences complexes des rapports quotidiens et des écarts d'inventaire entre stocks reçus, enfants traités et médicaments restants ont également été des obstacles administratifs à surmonter.

Parmi les obstacles logistiques figuraient des calendriers de campagne très serrés, des retards dans les livraisons de produits, des expéditions fractionnées et des difficultés à respecter les micro-plans dans certaines zones.

Les priorités stratégiques de REACH Niger pour le reste de l'année 2026 consistent à assurer la continuité du programme, notamment l'intégration avec les services de vaccination, et un travail continu sur l'historique de grossesses. Un focus particulier sera accordé aussi à la recherche des enfants dits « zéro-dose », au prélèvement d'échantillons pour l'étude de la résistance aux antimicrobiens et à la mise en œuvre des dernières phases d'administration de masse en novembre.

L'extension géographique permettra d'étendre ces activités aux régions de Tillabéri et de Diffa.

À l'horizon 2027, les efforts d'analyse intégreront les nouvelles données recueillies en 2026 sur les analyses du coût par dose et harmoniseront les bases de données afin d'obtenir une vue d'ensemble consolidée. Enfin, le renforcement du système accordera la priorité à l'optimisation de la logistique dans les zones difficiles d'accès et au renforcement de la collaboration avec le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, les districts sanitaires et les partenaires techniques.



Tableau des données – Niger

2,82 millions	Doses administrées en 2026 (au 15 octobre 2026)
6,29 millions	Doses prévues en 2026
8,95 millions	Cumul des doses administrées par le programme AVENIR

Données probantes, leadership national et mise en œuvre équitable

En 2026, le réseau REACH a été fier de mettre en avant les progrès réalisés par le programme AVENIR au Niger dans trois domaines complémentaires :

- le renforcement de la base de données scientifiques sur la résistance aux antimicrobiens,
- une meilleure compréhension des coûts liés à la distribution à grande échelle de l'azithromycine, et
- la mise en application des données scientifiques à travers une campagne à grande échelle menée sous l'égide du pays.

Dans l'ensemble, cela témoigne de l'ampleur de la contribution du Niger au réseau REACH et de l'importance des données scientifiques générées localement pour définir les approches pour la survie de l'enfant.

Des données importantes pour le ciblage par tranche d'âge dans le cadre de REACH

En mars 2026, le réseau a pris note de la publication, dans *Nature Medicine* (https://www.nature.com/articles/s41591-026-04217-9), de résultats importants issus du programme pluriannuel AVENIR. Cette étude randomisée par grappes a examiné les effets de distributions de masse répétées d'azithromycine sur la résistance aux antibiotiques sur la flore intestinale et nasopharyngée, en comparant des groupes d'enfants âgés de 1 à 59 mois, d'enfants âgés de 1 à 11 mois et un groupe placebo. La recherche s'est penchée sur un enjeu central des distributions de masse d'azithromycine, à savoir trouver un équilibre entre les bénéfices potentiels pour la survie des enfants et le risque d'augmentation de la résistance aux antimicrobiens.

L'étude a révélé que la distribution répétée d'azithromycine augmentait modestement la résistance aux macrolides dans le microbiome intestinal, en particulier lorsque le traitement était étendu aux enfants plus âgés. Aucune augmentation statistiquement significative de la résistance n'a été observée au niveau du nasopharynx.

Ces résultats ont donc fourni des éléments importants pour prendre en compte le ciblage par âge dans la conception des programmes d'azithromycine. L'article a également souligné l'importance d'accompagner toute extension de l'administration de masse d'azithromycine par une surveillance appropriée de la RAM, permettant ainsi de suivre l'évolution des profils de résistance au fil du temps.

Perspectives générales

Pour REACH, ces résultats constituent une contribution majeure d'une équipe de recherche africaine et d'un partenariat durable entre le Centre de Recherche et d'Interventions en Santé Publique (CRISP) au Niger, le Programme national de santé oculaire du Niger et l'Université de Californie à San Francisco, aux États-Unis. Ils démontrent ainsi comment la recherche menée au plus près des contextes d'application peut fournir des données probantes directement exploitables pour la conception et la gestion des programmes.

Quel est le coût d'une distribution équitable ?

En juillet, l'équipe REACH Niger a abordé une autre question essentielle pour la mise à l'échelle nationale : quel est le coût réel d'une distribution équitable de l'azithromycine ?

L'étude de micro-calcul de l'équipe AVENIR, publiée dans *PLOS Global Public Health*, a estimé le coût d'une distribution à l'échelle nationale à environ 1,59 dollar américain par dose.

Conçue pour refléter fidèlement les réalités du terrain au Niger, l'étude a tenu compte de l'intégralité des coûts de main-d'œuvre et des ressources supplémentaires nécessaires pour atteindre les enfants résidant dans des communautés de petite taille et géographiquement isolées.

Présenter les arguments financiers et pratiques en faveur de REACH

L'article a donc présenté l'évaluation des coûts comme un élément du plaidoyer plus large en faveur d'une recherche sur la mise en œuvre menée par les pays, en soulignant l'excellent rapport qualité-prix des interventions REACH.

Les données générées au Niger peuvent aider les décideurs nationaux à comprendre à la fois les bénéfices potentiels et les ressources requises pour mettre en œuvre efficacement l'intervention. L'étude a également souligné qu'une couverture équitable a un coût : atteindre les enfants vivant dans des communautés de petite taille, dispersées et isolées nécessite un investissement ciblé dans les systèmes de distribution plutôt que de se limiter aux populations les plus facilement accessibles.

L'appropriation par le pays est essentielle

En juillet, la campagne d'administration de masse d'azithromycine mise en œuvre par AVENIR et le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique du Niger dans les régions de Dosso, Tahoua, Maradi, Zinder et Agadez a ciblé les enfants âgés de 1 à 59 mois. À la fois intervention en faveur de la survie infantile et exercice de recherche opérationnelle, cette initiative visait à générer de nouvelles données sur la faisabilité, la qualité, l'adhésion des communautés, la coordination et la logistique.

La mise en œuvre a mobilisé le ministère, les directions régionales de la Santé et de l'Hygiène publique, les districts sanitaires, l'équipe du projet AVENIR, les partenaires techniques et financiers, les agents de santé communautaires et les responsables locaux. Une préparation minutieuse a notamment consisté à assurer la coordination avec les autorités administratives et sanitaires, à former les superviseurs et les coordinateurs de la distribution, à déployer les équipements, à mettre en place des systèmes de collecte de données et à mobiliser les communautés. Les radios communautaires, les médias et les responsables locaux ont tous été spécifiquement sollicités pour maximiser la participation.

Cette campagne a constitué un excellent exemple de la synergie entre la recherche et la mise en œuvre, deux éléments au cœur de la mission de REACH. Les données sur la RAM éclairent la conception responsable des programmes ; les données sur les coûts offrent une base solide pour une planification réaliste ; et la mise en œuvre génère de nouvelles données pour optimiser l'intégration de l'intervention au sein du système de santé nigérien. Ces trois volets se renforcent mutuellement.

Ces enseignements tirés du Niger renforcent également un principe central de REACH : pour garantir une survie équitable des enfants, il faut des interventions qui soient non seulement scientifiquement fondées et abordables, mais aussi capables d'atteindre tous les enfants, y compris ceux des communautés les plus isolées et les moins bien desservies.

Nigeria

SARMAAN achève une campagne d'administration de masse historique, atteignant des dizaines de millions d'enfants

Le Nigeria compte environ 16 % des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde, avec environ 850 000 décès d'enfants de moins de cinq ans par an. Au rythme actuellement observé, et sans une adoption et une adaptation accélérées d'interventions fondées sur des données probantes et permettant de sauver des vies, le pays a peu de chance d'atteindre les Objectifs de développement durable en matière de survie infantile.

À l'instar des essais MORDOR et AVENIR, le Nigeria met en œuvre le projet « Sécurité et résistance aux antimicrobiens de l'administration de masse d'azithromycine (AMA) » (SARMAAN II), une initiative clé de REACH, dans 11 États éligibles, dans le but de réduire la forte prévalence de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Au cours des trois premiers trimestres de 2026, le projet SARMAAN II a franchi une étape historique en matière de mise en œuvre des politiques de santé publique.

Les équipes du projet ont distribué environ 16 millions de doses d'azithromycine dans l'ensemble des 11 États cibles, de janvier 2026 à la mi-octobre 2026.

Conçu pour évaluer l'efficacité de l'AMA dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans tout en assurant une surveillance rigoureuse de la sécurité et de la RAM, SARMAAN est l'une des interventions de santé publique les plus exhaustives actuellement mises en œuvre en Afrique de l'Ouest.

Le projet cible les enfants âgés de 1 à 59 mois dans les zones de forte mortalité au nord du Nigeria et combine une administration de médicaments à grande échelle au niveau communautaire avec une recherche à plusieurs niveaux, la collecte de données empiriques et un renforcement continu des capacités institutionnelles.

Les succès opérationnels enregistrés en 2026 découlent d'un cadre de mise en œuvre intégré qui allie les normes de recherche internationales à la mise en œuvre communautaire sur le terrain.

Intervenant dans des contextes épidémiologiques complexes, SARMAAN II a établi un modèle opérationnel pour l'administration conjointe d'azithromycine dans le cadre de programmes de santé existants. Grâce à une logistique coordonnée, à une gouvernance multisectorielle, à des actions de plaidoyer et à la formation du personnel de première ligne, le programme a réussi à étendre les traitements préventifs visant à assurer la survie des enfants aux populations rurales, semi-urbaines et géographiquement isolées dans l'ensemble des régions ciblées.

Une initiative de grande envergure, ambitieuse et collaborative

En 2026, la couverture géographique du programme SARMAAN englobe 11 États du nord du Nigeria : Adamawa, Bauchi, Gombe, Kaduna, Kano, Katsina, Kebbi, Jigawa, Sokoto, Yobe et Zamfara.

Chacun de ces États représente un contexte opérationnel distinct, avec des profils démographiques, des capacités de systèmes de santé et des enjeux sécuritaires qui lui sont propres. Pour atteindre une couverture démographique complète dans des centaines de zones de gouvernement local (LGA), le projet s'appuie sur les plateformes de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) et d'éradication de la poliomyélite, et s'intègre à la plateforme de lutte contre la poliomyélite dans cinq États (Bauchi, Katsina, Sokoto, Yobe et Zamfara).

Optimiser l'efficacité de la campagne

En s'intégrant aux plateformes de santé publique existantes, SARMAAN évite les frais généraux et les retards liés à la mise en place de circuits de distribution autonomes.

Les plateformes de lutte contre la poliomyélite et les MTN ont fourni des outils de microplanification avancés, des outils de cartographie spatiale et du personnel de terrain capable d'accéder à des localités difficiles d'accès. Dans les États où la sécurité peut être compromise, la plateforme de lutte contre la poliomyélite combine différentes stratégies de distribution afin d'optimiser l'efficacité et la couverture des enfants lors de la campagne.

Séquences synchronisées

La mise en œuvre des campagnes intégrées d'AMA du programme SARMAAN repose sur une séquence synchronisée d'activités regroupées en quatre domaines fonctionnels clés : la gestion de la chaîne d'approvisionnement, la coordination opérationnelle, la recherche sur la mise en œuvre et l'administration de masse de médicaments.



Image : Malaria Consortium



Image : Malaria Consortium

Sous la direction du ministère fédéral de la Santé et de la Protection sociale, un consortium de partenaires met en œuvre le programme, comprenant l'Institut nigérian de recherche médicale (NIMR), Malaria Consortium, Sightsavers, le Réseau africain d'épidémiologie de terrain (AFENET), Mission to Save the Helpless (MITOSATH) et le Centre Solina pour le développement et la recherche internationale (SCIDaR).

Le NIMR dirige le volet recherche, en collaboration avec l'Université de Washington et l'Institut national des maladies transmissibles d'Afrique du Sud (NICD). Les partenaires de recherche coordonnent la mise en œuvre des études, la collecte et l'analyse des données, ainsi que la production de données sur la mortalité, la sécurité et la RAM.

Les partenaires de mise en œuvre dirigent l'offre de services au niveau communautaire. Malaria Consortium supervise les opérations dans les États d'Adamawa, de Gombe, de Jigawa, de Kaduna et de Kebbi ; Sightsavers, dans les États de Kano et de Sokoto ; MITOSATH, dans l'État de Bauchi ; et AFENET, dans les États de Katsina, de Yobe et de Zamfara.

Ces partenaires travaillent en étroite collaboration avec les ministères de la Santé des États et les autorités sanitaires des LGA pour coordonner la planification des campagnes, former les agents de première ligne, mobiliser les communautés, administrer l'azithromycine aux enfants éligibles et contrôler la qualité de la mise en œuvre.

SCIDaR assure une coordination de bout en bout entre les partenaires et apporte un soutien à la chaîne d'approvisionnement afin de garantir la disponibilité des médicaments dans les États pour la mise en œuvre dans les délais. La chaîne d'approvisionnement englobe les achats au niveau international, l'entreposage central et le stockage régional.

Ensemble, tous ces partenaires ont veillé à ce que chaque phase de la planification de la campagne de 2026 soit harmonisée, en coordination avec les ministères fédéraux et d'État de la Santé et les autorités sanitaires des collectivités locales. Des systèmes de suivi numériques détaillés et une documentation standardisée des stocks ont été mis en place pour suivre les livraisons de médicaments depuis les entrepôts médicaux centraux jusqu'au dernier kilomètre, ce qui a permis d'éviter les ruptures de stock et de garantir l'intégrité des lots avant le lancement de la campagne.

Les activités de coordination ont débuté par un travail de sensibilisation des parties prenantes à plusieurs niveaux : fédéral, régional et local. Les leaders traditionnels, les organisations de la société civile et les responsables des collectivités locales ont tous été mobilisés pour obtenir un consensus politique et susciter l'adhésion de la communauté. Après l'adhésion des parties prenantes au plus haut niveau, les équipes techniques ont mené des exercices de micro-planification dans chaque collectivité locale afin de recenser les localités cibles, de calculer avec précision les dénominateurs de population, d'établir les itinéraires quotidiens des équipes de terrain et de mettre en place des centres de distribution locaux.

Instaurer la confiance

Des campagnes de mobilisation communautaire et de sensibilisation du public ont été menées simultanément via les radios locales, les crieurs publics et les centres religieux afin d'informer les familles sur la sécurité, les avantages et le calendrier des prochaines phases de distribution de médicaments. Des campagnes d'engagement médiatique ont permis de renforcer davantage la confiance du public et de dissiper les hésitations au sein de la communauté.

L'administration directe de l'azithromycine a été assurée par des milliers de distributeurs communautaires de médicaments formés, travaillant aux côtés d'opérateurs chargés de la saisie des données. Le processus de recrutement des distributeurs a donné la priorité aux personnes sélectionnées directement au sein de leurs communautés afin de garantir la confiance locale et la compétence linguistique. Les équipes de terrain ont suivi une formation rigoureuse avant le lancement de la campagne, portant sur la vérification de l'âge, le calcul du dosage, la manipulation hygiénique des médicaments, la communication avec les personnes en charge des enfants et l'identification des effets indésirables.

Lors des visites de porte-à-porte, les distributeurs utilisaient des toises standardisées avec un code couleur pour mesurer la taille des enfants âgés de 12 à 59 mois, tandis que pour les enfants âgés de 1 à 11 mois, un protocole de dosage à trois niveaux basé sur l'âge était appliqué, convertissant directement la taille et l'âge en doses individuelles d'azithromycine précises et adaptées.

Afin de garantir la qualité opérationnelle en temps réel, les activités sur le terrain faisaient l'objet d'un examen quotidien lors de réunions d'évaluation tenues chaque soir au niveau de l'État dans les centres d'opérations d'urgence. Ces débriefings quotidiens permettaient aux superviseurs, aux responsables sanitaires de l'État et aux représentants des partenaires d'analyser les indicateurs de couverture quotidiens, de réaffecter les stocks de médicaments si nécessaire et de résoudre immédiatement les difficultés rencontrées sur le terrain.

Surveillance clinique

L'un des piliers fondamentaux du projet SARMAAN réside dans son engagement à mettre en place une surveillance intégrée de la sécurité de l'intervention, en collaboration avec l'Agence nationale pour l'administration et le contrôle des aliments et des médicaments (NAFDAC), par le biais de l'identification, la documentation et la notification systématiques des effets indésirables des médicaments. Cela permet de garantir la sécurité des enfants recevant de l'azithromycine et de renforcer la pharmacovigilance tout au long de la mise en œuvre du projet. L'administration de masse d'antibiotiques présentant des risques potentiels de RAM, SARMAAN a mis en place quatre axes de recherche spécifiques afin de générer des données épidémiologiques de qualité sur la sécurité et l'efficacité dans les États cibles.

La surveillance de la RAM implique un échantillonnage biologique systématique et des analyses en laboratoire visant à suivre la sensibilité bactérienne, la prévalence des gènes de résistance et les modifications du microbiome à la suite d'administrations de masse répétées d'azithromycine dans les États de Kano, Sokoto et Zamfara.

Les enquêtes d'évaluation de la couverture utilisent un échantillonnage probabiliste des ménages après la campagne pour vérifier de manière indépendante la couverture réelle de la population, en auditant les fiches de pointage au niveau des États de Kano, Bauchi, Kaduna, Sokoto, Zamfara, Jigawa et Yobe.

Les évaluations de la morbidité en milieu médical permettent de suivre les urgences pédiatriques, les consultations externes et les cas cliniques spécifiques dans les établissements de santé, en passant en revue les dossiers médicaux des enfants de moins de cinq ans, dont les données seront ventilées par âge, sexe et lieu dans l'État de Kano.

Enfin, une évaluation de la mortalité à mi-parcours dans l'État de Sokoto s'appuiera sur une surveillance démographique de la population pour quantifier les réductions de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et évaluer l'impact sur la survie pouvant être attribué à l'AMA.

Ensemble, ces études fourniront des données sur la couverture du programme, la morbidité, la mortalité et les conséquences potentielles d'une administration répétée d'azithromycine sur les niveaux de la RAM.

Outre ces volets de recherche spécialisés, une surveillance active visant à détecter les événements indésirables est maintenue dans les onze États où le programme est mis en œuvre.



Image : Malaria Consortium

Six innovations opérationnelles clés

1. **Outils de collecte de données numériques pour les populations mobiles**
   La transition des registres papier traditionnels aux outils de collecte de données numériques portables a permis aux équipes de terrain de suivre en temps réel et de manière dynamique les évolutions démographiques des ménages. Les formulaires numériques permettent d'enregistrer les nouvelles naissances, les enfants sortant de la tranche d'âge cible de 1 à 59 mois, les migrations dans la région et les déménagements des familles entre deux campagnes.
2. **Rétention du personnel et efficacité des campagnes**
   Des équipes expérimentées apportent des gains opérationnels substantiels, grâce à une meilleure connaissance de la géographie locale, à des relations plus solides avec les chefs de famille et à une maîtrise accrue des protocoles de dosage. Cette continuité a réduit les coûts liés à la formation continue avant la campagne et a permis aux équipes de terrain d'atteindre une couverture complète dans des délais de mise en œuvre très courts.
3. **Collaboration via une plateforme intégrée**
   Une planification structurée et un cadre d'intégration transparent ont permis d'intégrer de manière fluide la distribution d'azithromycine à la plateforme existante d'éradication de la poliomyélite. Cela a démontré que l'AMA peut être intégrée avec succès aux infrastructures de vaccination de routine sans nuire aux performances de l'un ou l'autre programme, servant ainsi de modèle national évolutif pour l'intégration de la survie de l'enfant.
4. **Renforcement stratégique des capacités institutionnelles**
   Les collaborations avec des centres universitaires, des instituts de santé publique et des laboratoires régionaux ont considérablement renforcé l'infrastructure nationale de recherche, en développant et en élargissant les capacités locales durables pour une surveillance épidémiologique continue.
5. **Recrutement en plusieurs étapes du personnel basé sur les compétences**
   Afin de garantir l'intégrité des données pour tous les volets de recherche, le projet a mis en place un cadre de recrutement rigoureux en plusieurs étapes pour le personnel de recherche sur le terrain. Les candidats ont été évalués au moyen de simulations pratiques sur le dosage, de tests d'orientation sur le terrain et d'évaluations standardisées des compétences, afin de s'assurer que seuls des agents compétents et prêts à intervenir sur le terrain se voient confier la saisie des données cliniques et le prélèvement d'échantillons biologiques.
6. **Logistique de bout en bout et suivi des approvisionnements**
   Des protocoles structurés de suivi des approvisionnements, une documentation standardisée des entrepôts et un suivi numérique de la distribution sur de longues distances ont permis à SARMAAN de maintenir une visibilité continue sur les stocks de médicaments et leur distribution. Une coordination de bout en bout entre les entrepôts centraux de l'État, les entrepôts des LGA et les sites de distribution primaires a permis de garantir que tous les médicaments parviennent aux points de livraison de première ligne bien avant les dates prévues pour le lancement des campagnes.

Des bases solides pour 2027 et au-delà

S'appuyant sur les étapes majeures de la distribution et sur les résultats scientifiques obtenus au cours des trois premiers trimestres de 2026, l'initiative SARMAAN de REACH Nigeria a défini deux priorités opérationnelles essentielles pour le reste de l'année 2026 et le début de l'année prochaine.

Premièrement, le programme planifiera et mettra en œuvre une campagne d'AMA dans l'ensemble des États cibles. Le respect rigoureux de toutes les phases du programme est essentiel afin d'atteindre le niveau de couverture requis pour faire baisser les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Deuxièmement, les équipes de recherche sur le terrain poursuivront l'évaluation de la mortalité à mi-parcours dans l'État de Sokoto à l'aide de l'outil d'historique complet de la grossesse. À long terme, cette évaluation vise à fournir des données factuelles sur l'impact de l'AMA sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Par la suite, une évaluation finale sera menée, et les résultats de ces évaluations contribueront à la base de données sur laquelle s'appuieront les décisions politiques concernant l'adoption éventuelle de l'AMA en tant que stratégie complémentaire pour améliorer la survie des enfants.

Tableau des données – Nigeria

16,4 millions	Enfants atteints (1 à 59 mois)
34,5 millions	Doses prévues pour 2027
42,9 millions	Doses administrées depuis le début du programme SARMAAN

Sierra Leone

REACH Sierra Leone s'apprête à publier ses principaux résultats dans une revue scientifique de référence

ICARIA (« Improving Care through Azithromycin Research for Infants in Africa » ou « Améliorer les soins grâce à la recherche sur l'azithromycine chez les nourrissons en Afrique ») était un essai clinique de phase III, randomisé individuellement, en double aveugle et à deux bras contrôlé par placebo, mené en Sierra Leone sous l'égide du programme REACH.

Lancée en 2021, cette étude visait à évaluer l'impact sur la mortalité infantile de l'administration d'azithromycine couplée à une chimioprévention pérenne contre le paludisme, intégrée au Programme élargi de vaccination (PEV).

L'essai a été mené dans 14 établissements de soins de santé primaires dans les districts de Bombali, Port Loko et Tonkolili en Sierra Leone, et a porté sur 20 560 nourrissons âgés de 6 à 10 semaines (répartis de manière égale entre les groupes « azithromycine » et « placebo »).

Les participants ont reçu trois doses d'azithromycine ou de placebo conjointement aux vaccins de routine (Penta1, RR1 et RR2), et ont été suivis jusqu'à l'âge de 18 mois afin d'évaluer la survie des enfants, la résistance aux macrolides, les interactions avec les vaccins du PEV et le rapport coût-efficacité de l'intervention.

Évaluation des interactions médicamenteuses et de la résistance

L'objectif général de l'essai était d'évaluer l'impact de l'azithromycine administrée dans le cadre du PEV, conjointement avec une chimioprévention antipaludique pérenne à base de sulfadoxine-pyriméthamine (SP), sur la mortalité toutes causes confondues chez les enfants à l'âge de 18 mois en Sierra Leone.

Les objectifs secondaires portaient sur l'évaluation des événements indésirables associés à l'administration de l'azithromycine, ainsi que sur l'évaluation d'une émergence potentielle d'une résistance aux macrolides.

L'essai visait également à évaluer le développement potentiel d'une résistance parasitaire à la sulfadoxine-pyriméthamine.

Publication imminente

L'essai ICARIA étant à présent achevé, le réseau REACH a le plaisir d'annoncer que ses résultats seront publiés d'ici la fin de l'année 2026 dans une revue scientifique de renommée internationale.

« 300 jours pour le Triple Zéro »

Le réseau REACH a reçu une publication de l'équipe REACH en Sierra Leone sur l'initiative nationale « 300 jours pour le Triple Zéro ».

Le 14 février 2026, en marge du Sommet de l'Union africaine à Addis-Abeba, le président de la Sierra Leone, Son Excellence Julius Maada Bio, a annoncé le lancement de l'initiative « 300 jours d'activisme pour le Triple Zéro ». Cette initiative vise à éliminer totalement les décès maternels et infantiles évitables et de réduire à zéro le nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin.

Selon le rapport reçu par le réseau REACH, les chiffres d'octobre 2026 indiquaient une baisse de 32 % de la mortalité maternelle et de 12 % de la mortalité infantile par rapport à la même période en 2025. Le rapport indiquait également qu'une couverture vaccinale de 100 % avait été atteinte, conformément à l'objectif « zéro dose » fixé par la campagne pour 2025.

Plusieurs facteurs ont été identifiés comme ayant contribué au succès de cette initiative, notamment le leadership politique, une bonne collaboration interministérielle et intersectorielle, des réunions d'urgence hebdomadaires sur les décès maternels et infantiles sous la direction du médecin-chef et les hauts responsables du ministère de la Santé, le soutien des organisations partenaires, ainsi que le travail soutenu des professionnels de santé de première ligne et des agents de santé communautaires.

Le rapport a également souligné le rôle central des leaders communautaires et la confiance accordée aux services de santé par les patients et les communautés.

Burkina Faso

À propos du programme REACH au Burkina Faso

En septembre 2026, les activités du programme REACH au Burkina Faso ont été suspendues à la suite d'une décision gouvernementale générale concernant la mise en œuvre, par les partenaires internationaux, de programmes dans le secteur de la santé et d'autres domaines.

Le réseau REACH respecte cette décision et reste reconnaissant envers tous ceux qui ont contribué au développement du programme REACH au Burkina Faso, tout en espérant une reprise des activités dans un futur proche.

Le Burkina Faso conservera le statut d'observateur au sein du réseau REACH.

Côte d'Ivoire

À propos du programme REACH en Côte d'Ivoire

Bien que le programme de recherche opérationnelle REACH Côte d'Ivoire ait pris fin en juillet 2024, les membres de l'équipe ont continué à s'investir et à contribuer activement aux activités du réseau REACH.

Les représentants ont mis leur expertise au service des principales initiatives et de l'orientation stratégique du réseau, apportant leurs expériences et leurs perspectives uniques au groupe dont la richesse tient précisément à la diversité de ses membres.



Image : HKI, Burkina Faso

Plaidoyer et communication

Communiquer sur un engagement pour les données scientifiques, l'équité et le leadership national

A travers le site web et les comptes de réseaux sociaux du réseau REACH, d'articles, de tribunes d'information, de mises à jour sur la recherche et de communications liées aux journées internationales consacrées à la santé, le réseau s'est efforcé d'expliquer non seulement ce que fait REACH, mais aussi pourquoi son approche unique est essentielle pour la survie de l'enfant : les données scientifiques doivent se traduire par des actions concrètes, les pays doivent prendre en main la mise en œuvre, et les enfants des communautés les plus vulnérables doivent rester au cœur de ces efforts.

Un thème récurrent tout au long de l'année a été l'importance de l'**appropriation nationale**.

Travailler ensemble

Les communications du réseau REACH ont de plus en plus présenté celui-ci non pas comme un programme mis en œuvre de l'extérieur, mais comme une plateforme grâce à laquelle les instituts de recherche africains, les ministères de la Santé, les décideurs politiques et les partenaires peuvent collaborer pour générer des données probantes et les traduire en actions.

Le réseau REACH a également mis à profit ses communications pour mettre en avant **les opinions et le leadership des pays**.

Remettre en question les idées reçues

Dans sa réflexion de juin sur la réforme de la santé au niveau mondial, le professeur Samba Sow, coprésident du réseau REACH, a plaidé en faveur d'une réorientation vers des approches véritablement pilotées par les pays et capables de répondre pleinement et adéquatement aux besoins des communautés.

Sa contribution a permis d'inscrire REACH au cœur d'une réflexion élargie sur l'évolution des relations entre les institutions sanitaires internationales, les gouvernements nationaux et les communautés locales, et a renforcé l'engagement du réseau en faveur des initiatives locales.

Élargir la base de données factuelles

Les données scientifiques ont constitué un autre thème central de la communication.

En mars, la publication des résultats du programme AVENIR au Niger dans *Nature Medicine* a été l'occasion de mettre en lumière l'envergure des recherches menées par l'équipe tout en affirmant l'importance de la gestion responsable des antimicrobiens.

En détaillant les conclusions de l'étude sur la résistance aux macrolides et les différentes stratégies ciblant des tranches d'âge spécifiques, la publication d'AVENIR a permis de démontrer que les équipes REACH répondent à l'une des questions les plus importantes concernant l'administration de masse d'azithromycine : comment concilier les bénéfices potentiels en termes de survie des enfants avec une utilisation responsable des antibiotiques.

Ces communications ont également souligné l'importance de la surveillance de la RAM parallèlement à la mise en œuvre du programme. Cette communication basée sur des données factuelles a été complétée par la publication des recommandations du Panel consultatif indépendant du réseau sur la RAM [voir ci-dessous].

En communiquant sur les recommandations du Panel concernant la surveillance, la standardisation des procédures, la nécessité d'un ensemble de données minimales, la sélection des pathogènes et l'analyse génomique, REACH a démontré son engagement à faire de la gestion responsable des antimicrobiens un élément visible et indissociable de son identité publique.

L'équité au premier plan

Le réseau s'est attaché à également placer la question de l'équité au cœur des enjeux de la survie de l'enfant.

Les communications autour de la Semaine mondiale de la vaccination ont accordé une attention particulière aux enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin et au défi d'accès auquel font face les enfants exclus des services de soins de santé primaires. L'article plaidait en faveur de la mise en place de plateformes d'offre de services de santé intégrés pour atteindre les communautés isolées, mal desservies et vulnérables, en s'appuyant sur l'expérience du Nigeria et sur l'approche REACH au sens large.

Ce faisant, les communications de REACH ont mis l'accent sur un défi majeur : disposer d'une intervention de santé publique efficace demeure insuffisant s'il ne bénéficie pas aux enfants qui en ont le plus besoin.

Des messages similaires ont été relayés dans les communications autour de la Journée mondiale contre le paludisme, soulignant le partenariat, l'innovation et l'action des pays comme moyens pour rapprocher les outils essentiels des communautés vulnérables. La priorité accordée aux communautés qui en ont le besoin a permis de connecter le travail de REACH en faveur de la survie de l'enfant aux efforts plus globaux visant à renforcer les services de soins de santé communautaires.

L'humain d'abord

Le programme de communication du réseau REACH vise également à mettre clairement l'accent sur le capital humain et sur la force d'un leadership inspirant. La Journée internationale des femmes et des filles dans les sciences a été l'occasion de mettre en avant la contribution des femmes engagées dans la recherche, la mise en œuvre sur le terrain, les systèmes de santé et les services communautaires.

La Journée internationale des droits des femmes a, quant à elle, permis d'approfondir cette réflexion en s'appuyant sur l'initiative « Les femmes au cœur de REACH », lancée lors de la réunion annuelle 2025 à Abu Dhabi.

REACH s'appuie sur le dynamisme et l'inspiration de ses dirigeants et contributeurs, dont l'expertise, la visibilité et le leadership renforcent les institutions et l'impact des actions collectives. Les communications autour de cette initiative ont activement cherché à établir un lien entre l'égalité des genres et les principes plus larges d'appropriation nationale et de représentation équitable.

Pleins feux sur des avancées spectaculaires

Tout au long de l'année, les communications ont su mettre en avant la mise à l'échelle du programme REACH. À travers les actualités du programme AVENIR de REACH Niger, un lien direct a été établi entre la base de données factuelles du réseau et les actions menées au sein des communautés, avec des rapports sur la distribution d'azithromycine aux enfants âgés de 1 à 59 mois dans cinq régions, en collaboration avec le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique.

Ces témoignages issus du terrain rendent le travail du réseau visible, montrant que REACH s'appuie sur les systèmes nationaux pour obtenir des résultats tangibles dans la vie des enfants et des communautés.

La publication de l'étude sur les micro-coûts au Niger a renforcé ces résultats, en soulignant l'accessibilité financière et la faisabilité des interventions REACH.

Ce travail a directement abordé les questions pratiques qui accompagnent de plus en plus les discussions autour de la mise à l'échelle, et cette recherche opérationnelle menée localement a souligné un principe essentiel du travail de REACH, à savoir que les données produites doivent guider les décisions nationales.

Dans leur ensemble, les communications de REACH ont produit un récit cohérent au cours de l'année. Le réseau a utilisé ses canaux pour partager des résultats scientifiques, mettre à l'honneur les équipes nationales, partager les expériences du terrain, promouvoir une gestion responsable des antibiotiques, mettre en avant l'équité, et plaider en faveur d'une intégration plus forte des services de santé infantile.

Avant tout, ces communications ont cherché à combler le fossé entre les données générées et l'action.

Le message central a été que des réponses efficaces aux questions sur la survie des enfants nécessitent des interventions efficaces, et que ces interventions ne peuvent être véritablement efficaces que si elles s'appuient également sur le leadership national, des partenariats de confiance, des données ancrées dans le contexte local et des systèmes d'offre de service de santé aptes à atteindre les enfants les plus vulnérables at marginalisés.

Partenariat avec Child Survival Action

En 2026, le réseau REACH a noué un partenariat stratégique avec Child Survival Action (CSA, « Action pour la survie de l'enfant »), une initiative visant à accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030 dans le domaine de la mortalité infantile.

Réunissant des acteurs clés de la santé au niveau mondial tels que Save the Children, l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la coalition CSA travaille en étroite collaboration avec le réseau REACH afin de promouvoir des solutions fondées sur des données scientifiques et mises en œuvre par les pays.

L'un des grands moments de cette collaboration a été l'organisation par Child Survival Action d'une série de trois webinaires sur le thème « REACH pour la survie de l'enfant ».

Attirant plusieurs centaines de participants issus du secteur de la santé publique – notamment des représentants des ministères de la Santé, des instituts de recherche, des bailleurs de fonds, des organisations non gouvernementales et des partenaires internationaux – cette série constitue une véritable plateforme d'échanges techniques et stratégiques.

Webinaire 1 : Synthèse des données probantes pour évaluer l'impact (28 juillet 2026) : Ce premier webinaire est revenu sur les résultats scientifiques issus de plusieurs études cliniques majeures, notamment les essais MORDOR, AVENIR I, LAKANA et CHAT menés dans le cadre du programme REACH. Les échanges ont souligné la pertinence de ces résultats, au moment où la révision des directives de l'OMS relatives à l'administration de masse d'azithromycine pour la survie de l'enfant est attendue par la communauté internationale.

Webinaire 2 : Déploiement au niveau national et retours d'expérience du terrain (7 octobre 2026) : La deuxième session a mis en avant la mise en œuvre sur le terrain en Afrique de l'Ouest, en passant en revue les enseignements pratiques du Mali, du Niger et du Nigeria. Les intervenants, parmi lesquels figuraient plusieurs membres du réseau REACH, ont exploré les processus de prise de décision au niveau national, les stratégies d'intégration des programmes aux plateformes de santé infantile déjà en place, la chaîne d'approvisionnement, et la surveillance active de la résistance aux antimicrobiens.

Webinaire 3 : Implications politiques et orientations futures (4e trimestre 2026) : S'appuyant sur les enseignements techniques et opérationnels des sessions précédentes et sur les directives attendues de l'OMS, ce webinaire de clôture de la trilogie fera le lien entre la recherche et la mise en œuvre pratique, dans le but d'orienter les futures mesures politiques et une expansion durable dans l'ensemble des pays participants.

Alliant rigueur scientifique, expertise de terrain et plaidoyer stratégique, le partenariat entre Child Survival Action et le réseau REACH vise à rapprocher l'étude de l'action. Ces webinaires ont apporté des enseignements essentiels aux acteurs de la santé sur les avantages et les impératifs de l'innovation pilotée par les pays et des interventions durables en faveur de la survie de l'enfant.

Gouvernance et gestion responsable

La mise en œuvre à l'échelle nationale d'interventions intégrées à base d'azithromycine dans les pays membres, et l'augmentation de la demande d'azithromycine pour la survie de l'enfant ont nécessité la multiplication des procédures réglementaires, de gouvernance et de contrôle.

Comité consultatif sur l'azithromycine pour la survie des enfants

Sous l'égide conjointe du réseau REACH et de son partenaire clé, l'Initiative internationale contre le trachome (ITI), un programme de la Task Force for Global Health, le Comité consultatif sur l'azithromycine pour la survie des enfants (APACS) a tenu sa troisième réunion, en ligne, le 10 juin 2026.

Présidé par le professeur Samba Sow (coprésident du réseau REACH et du comité APACS) et le Dr David Addiss (coprésident du comité APACS et représentant de l'ITI), le comité a réuni des responsables des ministères de la Santé, des partenaires techniques, des bailleurs de fonds, des organisations chargées de la mise en œuvre et le secrétariat de l'APACS.

Les responsables du Comité ont souligné que l'expansion rapide du programme accroît à la fois les opportunités en matière de santé publique et les responsabilités en matière de gestion. Tout au long de l'année 2026, le comité APACS a rempli son mandat primaire, prodiguant des conseils techniques impartiaux, orientant les politiques sur la base de données factuelles, intégrant les données de surveillance et harmonisant les normes opérationnelles entre pays partenaires.

Conseils indépendants sur la répartition de l'azithromycine

L'une des principales missions du comité APACS consiste à formuler des recommandations impartiales sur la répartition de l'azithromycine, qu'elle soit issue de dons ou achetée. Au cours de ses délibérations en 2026, le comité APACS a évalué les demandes des pays pour les campagnes de 2027, recommandant officiellement une allocation intégrale à tous les pays demandeurs :

Mali : L'APACS a recommandé l'octroi de dons d'azithromycine pour 2027 pour une administration de masse de l'azithromycine (AMA) dans les huit régions ciblées.

Niger : L'APACS a recommandé l'octroi de dons d'azithromycine pour 2027 pour une AMA dans les sept régions ciblées.

Nigeria : L'APACS a recommandé l'octroi de dons d'azithromycine pour 2027 pour une AMA dans l'ensemble des 11 États concernés.

L'APACS a également joué un rôle central dans les discussions relatives aux questions ayant émergé en 2026 sur le financement et la réduction potentielle des stocks d'azithromycine pour la survie de l'enfant. Le comité a affirmé qu'en cas de limitation sur les approvisionnements en médicaments, les décisions sur les attributions devraient être régies par des critères objectifs, notamment les priorités épidémiologiques, l'équité, la transparence, le niveau de préparation opérationnelle et l'engagement au niveau national.

Les membres ont également réaffirmé que les pays devaient rester au cœur des décisions sur les priorités et ont insisté sur l'importance d'une communication rapide avec les pays membres afin de garantir la continuité des programmes.

Soutenir une prise de décision basée sur des données

L'un des rôles du comité APACS consiste à conseiller les programmes pour l'initiation, la poursuite, l'adaptation ou l'arrêt de l'AMA. En 2026, les rapports programmatiques du Mali, du Niger, et du Nigeria ont illustré cette approche sous-tendue par des données factuelles :

Adaptation contextuelle
Le comité a souligné la nécessité de disposer d'approches de distribution d'azithromycine flexibles et a salué les adaptations apportées aux programmes par les pays. Le Mali a obtenu une couverture élevée en adaptant les approches combinant le porte-à-porte et la distribution en postes fixes afin d'atteindre les régions moins sécurisées du nord. Le Niger a affiné le calendrier de la campagne et la mobilisation communautaire pour tenir compte des contraintes saisonnières d'accessibilité et des difficultés liées au transport.

Atteindre les communautés « zéro dose »
L'APACS a examiné les données relatives à l'identification et au traitement des populations dites « zéro dose », des populations déplacées et des communautés nomades.

Intégration des données essentielles : sécurité, RAM, et surveillance de la mortalité
Conformément à son mandat, l'APACS a pris en compte les données relatives à la sécurité, à la RAM et à la surveillance de la mortalité dans ses analyses stratégiques. L'APACS a également intégré dans ses délibérations les conclusions des groupes de travail techniques du réseau REACH ainsi que les contributions des ministères de la Santé. Par exemple, lors de l'examen des données de surveillance de la mortalité et des indicateurs de couverture opérationnelle, l'APACS a recommandé de poursuivre la convergence des systèmes nationaux de suivi afin de garantir la production de données de qualité qui soient comparables au-delà des frontières nationales et exploitables à long terme.

Renforcer la cohérence entre pays partenaires et chaînes d'approvisionnement

Afin de favoriser la cohérence, la transparence et l'apprentissage mutuel, le comité APACS s'est efforcé de soutenir l'harmonisation entre les pays mettant en œuvre le programme REACH et les partenaires opérationnels tout au long de l'année 2026.

Lors de la troisième réunion du comité APACS en juin 2026, les participants ont examiné des questions complexes liées à la chaîne d'approvisionnement, notamment les licences d'importation, les retards de dédouanement, les frais de surestarie, et le cas particulier du Nigéria en rapport avec les autorisations réglementaires et les exigences de l'Agence nationale pour l'administration et le contrôle des aliments et des médicaments (NAFDAC). L'APACS a fourni une plateforme collaborative permettant aux ministères de la Santé, aux prestataires logistiques et aux bailleurs de fonds d'aborder les contraintes opérationnelles en toute transparence.

Le comité a souligné l'importance d'aligner les calendriers des campagnes nationales sur les délais internationaux de fabrication et d'expédition afin de garantir la disponibilité des médicaments dans le pays avant les dates de lancement des campagnes d'AMA.

L'APACS a également clarifié sa relation consultative avec les groupes de travail techniques du réseau REACH (sur le calcul des coûts, la résistance aux antimicrobiens, et la surveillance de la mortalité [voir ci-dessous]). Alors que les groupes de travail élaborent des outils techniques et des procédures opérationnelles standardisées à caractère scientifique, le comité APACS fournit une orientation stratégique globale visant à préserver la confiance multilatérale.

Tout au long de 2026, le comité APACS est resté fidèle à son mandat, assurant une gestion transparente, des orientations basées sur des preuves, l'intégration de données provenant de sources multiples et l'harmonisation entre les pays afin d'optimiser les processus mis en place au sein du réseau REACH.

APACS

Le mandat du comité APACS

Coprésidé par le professeur Samba Sow et le Dr David Addiss, au nom des deux entités organisatrices, le réseau REACH et l'ITI, le comité APACS a pour mission de renforcer la cohérence et de préserver la confiance des partenaires grâce à la transparence et à la rigueur de ses recommandations. Ses principales responsabilités comprennent les éléments suivants :

Fournir des conseils indépendants

Recommandations impartiales sur la répartition de l'azithromycine issue de dons ou acquise dans le cadre de REACH.

Guider la prise de décisions fondée sur des preuves

Conseils sur l'initiation et l'arrêt des programmes d'administration de masse d'azithromycine dans les pays du réseau REACH, en veillant à ce que les décisions s'appuient sur les données scientifiques les plus récentes.

Intégration des données essentielles

Les données relatives à l'innocuité de l'azithromycine, à la RAM et à la surveillance de la mortalité sont explicitement prises en compte lors de l'examen de toute demande d'allocation d'azithromycine.

Renforcement de la cohérence entre pays partenaires

Formulation de recommandations en faveur de processus standardisés et transparents dans tous les pays mettant en œuvre le programme REACH, afin de favoriser l'apprentissage mutuel et la cohérence.

Chaîne d'approvisionnement et logistique

En 2026, l'expansion des programmes nationaux au sein du réseau REACH a entraîné une croissance significative de la chaîne d'approvisionnement en faveur de la survie de l'enfant. Cette chaîne prend désormais en charge un ambitieux programme de distribution de près de 51 millions de doses d'azithromycine à travers l'Afrique de l'Ouest.

En réponse à la nécessité impérative de réduire la mortalité évitable des enfants de moins de cinq ans grâce à l'administration de masse de d'azithromycine, cet effort logistique complexe s'étend sur trois pays clés : le Mali, le Niger et le Nigeria. Sous la supervision technique de l'ITI, le Partenariat pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement (PFSCM), CVD-Mali, SCIDaR et des agences partenaires, la chaîne d'approvisionnement du réseau constitue un vecteur essentiel pour la distribution des médicaments.

L'azithromycine est généreusement offerte par la Fondation Gates (au Mali et au Nigeria) et par Pfizer Inc (au Niger).

Standardisation des prévisions

Afin de maintenir la dynamique des campagnes et d'harmoniser les calendriers de fabrication, d'approvisionnement et d'expédition, les projections de la demande sont standardisées sur un rendement moyen de quatre doses par flacon. Au troisième trimestre 2026, un peu plus de 47 millions de doses – soit plus de 92 % du volume annuel prévu – avaient été expédiés ou étaient en cours d'acheminement, ce qui témoigne d'une ampleur opérationnelle remarquable dans des environnements difficiles.

Les calendriers de livraison spécifiques à chaque pays mettent en évidence à la fois une capacité élevée et des stratégies logistiques sur mesure.

Le Nigeria, qui représente le plus grand portefeuille régional avec un total prévu de 35,73 millions de doses, a franchi une étape majeure au troisième trimestre 2026, avec 100 % de son allocation annuelle expédiée et livrée via de multiples envois maritimes et aériens.

Au Mali, 8,63 millions de doses avaient été prévus et livrés en avril, juillet, août et octobre pour les campagnes d'administration de masse en juin et décembre.

Le plan de distribution du Niger visait 6,55 millions de traitements, avec une première allocation de 2,68 millions de traitements livrés en début d'année. Plus de 3,87 millions de traitements sont en cours d'acheminement et doivent être livrés d'ici fin novembre pour la campagne d'administration de masse de décembre.

Toutes les routes mènent à REACH

Pour s'adapter aux géographies complexes de l'Afrique de l'Ouest, il faut une stratégie de transit multimodale combinant le transport maritime, le fret aérien et les corridors terrestres.

Pour les points d'entrée côtiers comme au Nigeria, les expéditions maritimes constituent l'épine dorsale de la distribution. Sept voyages maritimes dédiés ont été planifiés pour 2026 afin d'optimiser les coûts tout en maintenant des stocks dans le pays. Les pays enclavés nécessitent une logistique de transit transfrontalière complexe. Les expéditions à destination du Mali empruntent donc le corridor Dakar-Bamako, combinant la livraison maritime au port de Dakar avec le transport routier intérieur.



Transport par bateau de stocks de médicaments en raison d'un pont impraticable. Image : CVD-Mali

Vents de face

Malgré les progrès et l'énorme succès enregistrés en 2026, la chaîne d'approvisionnement REACH a également été confrontée – et continuera de l'être – à de graves difficultés géopolitiques, sécuritaires et administratives.

Au Mali, l'aggravation des contraintes de sécurité le long des réseaux routiers et des corridors portuaires constitue un défi pour le transit terrestre et nécessite des protocoles de sécurité renforcés ainsi que des itinéraires adaptés.

Au Niger, des retards systémiques découlent des procédures bureaucratiques d'autorisation d'importation et d'une taxe commerciale de 1 % récemment instaurée, ce qui contribue à allonger les délais et ajoute des étapes administratives avant le dédouanement.

Mesures d'atténuation nécessaires

Dans tous les pays membres du réseau REACH, la complexité des cadres réglementaires, les retards dans l'octroi des autorisations d'importation et l'allongement des délais de dédouanement constituent des obstacles persistants. Afin d'atténuer ces risques, les partenaires de la chaîne d'approvisionnement du réseau REACH évaluent actuellement des réformes structurelles pour 2027.

De plus, à mesure que les pays intègrent l'azithromycine à d'autres interventions sanitaires, l'allongement des délais de livraison et la coordination synchronisée des expéditions pourraient devenir de plus en plus importants.

Gouvernance et responsabilité à chaque maillon de la chaîne

La chaîne d'approvisionnement REACH, à l'instar de tous les autres aspects du travail du réseau, repose sur un cadre de gouvernance rigoureux conçu autour d'une gestion responsable et transparente des médicaments.

Afin de garantir que les dons de médicaments parviennent effectivement aux enfants qui en ont besoin, les partenaires de la chaîne d'approvisionnement REACH appliquent quatre conditions préalables avant chaque nouvelle expédition :

- un protocole d'accord en vigueur,
- un rapport d'inventaire actualisé,
- un rapport de distribution dûment vérifié, et
- un « feu vert » officiel.

Pris dans leur ensemble, ces instruments garantissent une transparence totale, permettant aux équipes-pays et à tous les partenaires de rapprocher les stocks existants, de résoudre les divergences constatées sur le terrain et de vérifier les conditions de stockage avant d'autoriser les livraisons suivantes. Alliant une logistique à grande échelle à des contrôles de gestion rigoureux, la chaîne d'approvisionnement REACH en 2026 garantit que les stocks de médicaments, qu'ils proviennent de dons ou d'achats, parviennent de manière fiable aux communautés de première ligne, optimisant ainsi l'impact des programmes de survie de l'enfant en Afrique de l'Ouest.



REACH Mali



AVENIR, Niger

Groupes de travail techniques du réseau REACH

Le réseau REACH a identifié des domaines clés nécessitant une analyse et une réflexion régulières et approfondies.

Il compte actuellement trois groupes de travail techniques (GTT) actifs, respectivement dédiés à la résistance aux antimicrobiens (RAM), à l'économie de la santé et le calcul des coûts du programme REACH, ainsi qu'à la surveillance de la mortalité dans le cadre des études REACH et de leur transposition à plus grande échelle.

Les rapports sur les progrès réalisés par chacun des GTT sont présentés ci-dessous.

Résistance aux antimicrobiens

En 2026, sous la direction du professeur Stephen Obaro et de la docteure Dagmar Alber, le GTT RAM du réseau REACH a franchi des étapes majeures pour la mise en œuvre effective des recommandations du Panel consultatif indépendant sur la RAM. S'appuyant sur la revue des données réalisée en décembre 2025 à Dubaï par le Panel et suivant une approche coordonnée avec les équipes-pays, le GTT a consacré ses efforts sur trois axes prioritaires: la hiérarchisation des recommandations du Panel, l'évaluation de l'application des recommandations retenues dans chaque pays, et la pose de jalons pour l'harmonisation à l'échelle du réseau des procédures opérationnelles standards (POS) relatives aux enquêtes de surveillance sur la RAM et aux activités de laboratoire.

Hiérarchisation stratégique et planification de la mise en œuvre

Lors de la première réunion de 2026, en mars, le GTT RAM a évalué les recommandations du panel indépendant en fonction de leur impact potentiel, de la faisabilité de leur mise en œuvre et des ressources nécessaires pour ce faire. À l'issue d'un exercice collaboratif, les participants du Mali, du Niger et du Nigeria se sont mis d'accord sur trois priorités immédiates :

- **Intégrer la surveillance de la RAM au suivi de la mortalité et de la morbidité**, afin de mieux comprendre la relation entre la RAM, les résultats cliniques et les effets à long terme de l'AMA.
- **Élaborer des procédures opérationnelles standardisées (POS) harmonisées** pour la mise en œuvre des enquêtes, les procédures de laboratoire, la gestion des données et la production de rapports, afin de garantir la qualité, la cohérence et la comparabilité des données entre sites.
- **Standardiser la liste des agents pathogènes cibles, les tests de sensibilité aux antibiotiques et les procédures de laboratoire**, en mettant l'accent principalement sur la surveillance phénotypique, complétée par une analyse génomique ciblée le cas échéant.

Le secrétariat du réseau REACH a ensuite partagé une matrice aux différentes équipes-pays afin de faire un bref état des lieux des activités en cours pour les recommandations retenues, à savoir les lacunes dans leur mise en œuvre, la faisabilité opérationnelle et financière, et les prochaines étapes.

Progrès en matière de surveillance intégrée

Au Mali, au Niger et au Nigeria, diverses approches de surveillance intégrée sont actuellement mises en œuvre, selon des contextes locaux et des méthodes de suivi distincts :

- **Échelle géographique et couverture :** Les approches vont d'une mise en œuvre infranationale multi-régionale à des programmes pilotes ciblés dans des zones désignées, avec des plans d'extension progressive.
- **Modalités de surveillance :** Les pays intègrent diverses méthodes de collecte de données, associant des évaluations périodiques de la mortalité au sein de la population à un suivi continu de la morbidité dans les établissements de santé via des systèmes tels que le District Health Information Software 2 (DHIS2), parallèlement à des prélèvements biologiques ciblés pour la surveillance de la RAM.
- **Méthodes et conception de la mise en œuvre :** Les stratégies de mise en œuvre s'adaptent aux infrastructures locales et aux besoins de recherche, en intégrant à la fois des évaluations au niveau communautaire et au sein des établissements, ainsi que des structures d'étude spécialisées, notamment des plans d'étude de type « stepped-wedge », afin d'évaluer la relation directe entre l'exposition à l'AMA et l'évolution de la RAM.

Ces expériences nationales constituent une base importante pour l'intégration au sein du réseau.

Les discussions menées au cours de l'année ont également permis de clarifier les défis méthodologiques impliqués, notamment les différences en matière de fréquence de surveillance, les approches au niveau communautaire et dans les établissements sanitaires, de représentativité géographique et d'alignement temporel des données. Les participants ont identifié la nécessité d'une collaboration plus étroite avec le GTT REACH sur la surveillance de la mortalité/morbidité comme une priorité pour traiter ces questions.

Les jalons d'une harmonisation des procédures de surveillance et de laboratoire

Le GTT a fait progresser le processus d'élaboration de POS communes en passant en revue les POS actuellement en place dans chaque pays et en s'appuyant sur des cadres internationaux, notamment le « GLASS (Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de son utilisation) » de l'OMS.

Les POS utilisées par les pays couvrent de nombreuses activités essentielles, notamment le prélèvement, le transport et le stockage des échantillons, les procédures

au niveau des laboratoires tels que les tests de sensibilité aux antimicrobiens et le contrôle qualité. Leur revue a néanmoins mis en évidence des lacunes dans les procédures d'enquête sur le terrain, la supervision, l'interprétation post-analytique, la gestion des données et la communication des résultats.

Un projet de cadre harmonisé de POS est en cours d'élaboration autour de trois axes : les procédures pré-analytiques ; les procédures de laboratoire et d'analyse ; la gestion des données et la communication des résultats. Les participants ont convenu que l'harmonisation devait s'appuyer sur l'expertise nationale existante plutôt que de se substituer aux protocoles nationaux, ce qui permettrait de conserver une certaine souplesse contextuelle tout en améliorant la cohérence et la comparabilité entre sites.

Le groupe a également fait avancer les discussions sur un ensemble minimal de pathogènes et d'antibiotiques, sur des méthodes standardisées pour les tests et le rapportage des résultats, ainsi que sur l'assurance qualité. Les tests phénotypiques restent la priorité principale, l'analyse génomique et les tests complémentaires sur isolats inhabituels étant envisagées de manière sélective en fonction des priorités scientifiques et des ressources disponibles. Les comparaisons interlaboratoires et les partenariats potentiels pour l'assurance qualité externe ont également été identifiés comme des domaines à développer davantage.

Les prochaines réunions du GTT RAM porteront sur la standardisation des listes de pathogènes et d'antibiotiques cibles pour la surveillance. Avant ces réunions, le secrétariat du réseau REACH compilera les approches en cours dans les pays dans un tableau comparatif afin d'étayer la discussion sur une liste minimale d'agents pathogènes, et les besoins spécifiques des pays.

Perspectives

À la fin de la période couverte par ce rapport, le GTT RAM avait établi un ensemble commun de priorités, documenté les progrès réalisés au niveau national ainsi que les lacunes de mise en œuvre, et amorcé l'élaboration de POS harmonisées et de normes de laboratoire. Ces réalisations constituent une base concrète pour une surveillance de la RAM plus comparable et intégrée au sein du réseau REACH. La prochaine phase sera axée sur la mise en place de sous-groupes techniques, la finalisation de canevas pour les POS harmonisées, la définition d'un ensemble de référence d'agents pathogènes et d'antibiotiques, ainsi que le renforcement des liens entre la surveillance de la RAM et les indicateurs de mortalité et de morbidité infantiles. Ensemble, ces efforts visent à générer des données plus solides pour guider la gestion des antimicrobiens et évaluer les bénéfices à long terme et les risques potentiels de l'AMA.

Surveillance de la mortalité

En 2026, le groupe de travail sur la surveillance de la mortalité (GTM) du réseau REACH s'est consacré à l'élaboration de protocoles standardisés de mesure de la mortalité infantile, à l'intégration de cadres de surveillance de la morbidité et à la validation des opérations sur le terrain dans les pays partenaires.

Grâce à des sessions stratégiques organisées tout au long de l'année, et sous la direction du Dr Anthony Solomon, Responsable médical à l'OMS, le groupe a défini les principes fondamentaux d'une estimation de la mortalité axée sur les programmes, a initié la rédaction d'un article collectif en vue d'une publication scientifique, et a échangé sur les résultats empiriques issus d'essais pilotes sur le terrain et des systèmes d'information sanitaire de routine suite aux présentations du Nigeria et du Niger.

Principes clés

Le groupe de travail a entamé son programme annuel en consolidant les principes clés qui régissent la mesure de la mortalité des moins de cinq ans dans les pays membres du réseau REACH. Le groupe a réaffirmé que le taux de mortalité des moins de cinq ans (TMM5 ; enfants âgés de 0 à 59 mois) sert d'indice principal pour déterminer les seuils d'initiation et d'arrêt de l'administration de masse de l'azithromycine (AMA), ainsi que pour évaluer l'impact de l'intervention.

Afin de garantir la comparabilité dans le temps et entre les contextes géographiques, les antécédents complets de grossesse (ACG) recueillis auprès de femmes âgées de 15 à 49 ans ont été confirmés comme méthode de mesure de référence.

Le groupe a adopté une fréquence provisoire d'enquête surveillance tous les deux à trois ans, afin de permettre un équilibre entre la réactivité des programmes, les coûts opérationnels et la précision statistique. L'un des principaux axes de réflexion a été l'intégration des enquêtes de mortalité aux plateformes opérationnelles déjà en place, notamment les campagnes d'administration de masse de médicaments, afin de maximiser la rentabilité et de réduire la charge de travail des équipes de terrain. Le GTM a également approuvé l'utilisation des données issues des systèmes d'information sanitaire (DHIS2) pour suivre les tendances de la morbidité infantile, en complément de la surveillance au niveau communautaire.

Parvenir à un consensus en vue d'une publication

Le GTM s'est également efforcé de résoudre des questions techniques clés afin d'éclairer le projet de manuscrit, élaboré dans le but de standardiser les méthodes pour la mesure de la mortalité au sein du réseau REACH. Un consensus a été établi concernant les critères d'âge : bien que la mortalité post-néonatale des enfants de moins de cinq ans (1 à 59 mois) corresponde directement à la population cible recevant de l'azithromycine, le GTT a convenu de collecter des données sur l'ensemble de la tranche d'âge de 0 à 59 mois.

Cette approche permet de prendre en compte à la fois le taux standard de mortalité des moins de cinq ans (TMM5) et les taux de mortalité post-néonatale.

Le groupe a également distingué les deux objectifs de l'estimation de la mortalité : les programmes matures bien établis, privilégient les estimations prospectives pour orienter la planification des programmes et les objectifs opérationnels, tandis que les études de recherche sur la

mise en œuvre nécessitent des échantillons plus grands et une puissance statistique plus élevée pour mesurer l'évolution dans le temps et établir une causalité directe.

Vers une surveillance de la morbidité également

En complément de la révision du manuscrit, l'équipe REACH Niger a présenté des observations opérationnelles issues de la surveillance de routine de la morbidité menée dans le cadre des programmes MORDOR, AVENIR I et AVENIR II, portant sur quelque 3,4 millions d'enfants répartis dans cinq régions. L'extraction des données semestrielles de DHIS2 sur les consultations cliniques toutes causes confondues et celles liées à des maladies spécifiques (paludisme, infections respiratoires et maladies gastro-intestinales) a démontré que le suivi de routine dans les établissements de santé offre un mécanisme simple et rentable pour une surveillance continue de la morbidité.

Vers le milieu de l'année, le GTM a commencé à finaliser son article sur la mesure de la mortalité en vue de sa soumission à une revue scientifique à comité de lecture, ouvrant la possibilité de devenir coauteur aux participants actifs et engagés du réseau.

Parallèlement, le groupe a échangé sur deux évaluations majeures menées au Nigeria.

Étude pilote d'évaluation de la mortalité au Nigeria
Dirigée par l'Institut nigérian de recherche médicale (NIMR), cette étude pilote a évalué l'état de préparation sur le terrain et a validé les processus de collecte complète des données sur les antécédents de grossesse dans l'État de Yobe. Un échantillonnage par grappes stratifié dans les zones urbaines et rurales, appuyé par une assurance qualité quotidienne à distance, a permis d'établir des taux de mortalité de référence de 45 décès néonatals, 69 décès infantiles et 117 décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes. Cet exercice a démontré une forte appropriation par l'État et un engagement communautaire soutenu, tout en identifiant des approches pour atténuer les biais de mémoire et les difficultés d'accessibilité.

Analyse de la morbidité dans l'État de Sokoto
La Fondation Gates a présenté une analyse contrefactuelle bayésienne utilisant les données des établissements de santé de l'État de Sokoto issues de DHIS2, couvrant 23 mois et quatre cycles d'administration de masse d'azithromycine. Par rapport aux tendances projetées avant l'AMA, les épisodes de diarrhée traités étaient inférieurs de 22 % aux prévisions et les épisodes de pneumonie traités avaient diminué de 21 %, ce qui correspond à des réductions statistiquement significatives des maladies infantiles à la suite de l'AMA.



Visite à une communauté difficile d'accès dans l'État de Kaduna, au Nigeria, dans le cadre du programme SARMAAN II.
Image : Malaria Consortium



Aisha Umar Usman, agent de collecte de données avec le programme SARMAAN II dans l'État de Sokoto, au Nigeria.
Image : Sightsavers

Résumé et activités futures

Tout au long de l'année 2026, le groupe de travail sur la surveillance de la mortalité a veillé à mettre à la disposition de ses membres, et plus globalement de leurs équipes sur le terrain, une plateforme d'apprentissage mutuel, favorisant ainsi une meilleure transposition des recommandations sur le terrain.

En finalisant ses recommandations standardisées, en validant les outils d'évaluation des antécédents de grossesse dans des contextes de terrain difficiles, et en démontrant l'utilité du suivi systématique de la morbidité via DHIS2, le sous-groupe a posé les bases d'un cadre solide pour une surveillance de la mortalité et de la morbidité au sein du réseau REACH.

Économie de la santé et calcul des coûts

En 2026, le groupe de travail technique du réseau REACH sur l'économie de la santé et le calcul des coûts a fait des progrès sur les méthodes de répartition des coûts au niveau infranational, le partage d'outils pratiques pour accompagner la mise à l'échelle du programme REACH dans les pays, ainsi que l'estimation provisoire du rapport coût-efficacité.

Codirigé par la professeure Meagan Fitzpatrick et le docteur Brady Hooley, le groupe a réuni des responsables de l'économie de la santé issus des programmes AVENIR II au Niger, REACH Mali et SARMAAN II au Nigeria. Ses travaux ont porté sur le renforcement des cadres économiques tout en améliorant la cohérence, la transparence et la responsabilité dans l'estimation des coûts des programmes.

Mise en place d'une approche standardisée des coûts du siège

Le groupe de travail s'est penché sur un problème méthodologique de longue date concernant la répartition des coûts administratifs centraux (ou du siège) entre les entités infranationales telles que les régions et les États.

Par le passé, les équipes répartissaient les coûts du siège à parts égales entre les régions ou les États engagés dans une campagne. Cependant, avec le passage à échelle des programmes d'AMA, cette approche est devenue de plus en plus difficile à justifier, les entités infranationales pouvant afficher de grandes disparités en termes d'ampleur du programme, de couverture géographique et de contraintes opérationnelles.

Le groupe a donc examiné trois approches alternatives. La première conservait le modèle historique, répartissant les coûts du siège de manière égale entre les régions ou les États. La deuxième répartissait les coûts en fonction du nombre de doses d'azithromycine distribuées, tandis que la troisième répartissait les coûts du siège proportionnellement à la part de chaque région ou État dans les dépenses opérationnelles directes, hors siège. Afin d'évaluer les implications pratiques de chaque approche, les équipes-pays ont retravaillé leurs tableaux de coûts en utilisant les trois méthodes, ce qui a permis de comparer empiriquement les estimations infranationales ainsi obtenues.

Pour l'analyse des coûts lors de la dernière AMA, les équipes ont utilisé l'approche de partage des coûts et se réuniront mi-octobre 2026 (avant la réunion annuelle du réseau REACH mais après l'impression du présent rapport) pour examiner les implications de cette approche et les éventuelles distorsions qu'elle pourrait entraîner.

De l'évaluation des coûts des programmes à la micro-planification au niveau des districts

Parallèlement à ces travaux sur l'harmonisation de la répartition des coûts, le groupe a également fait progresser la mise en œuvre pratique de la micro-évaluation des coûts au niveau des districts. L'équipe AVENIR II au Niger a présenté son outil de micro-planification et de micro-évaluation des coûts, conçu pour traduire les dotations budgétaires générales des programmes en estimations plus détaillées des ressources nécessaires pour la mise en œuvre sur le terrain.

Cet outil couvre trois niveaux administratifs : le district, où s'effectue la coordination logistique et administrative générale ; le Centre de Santé Intégré (CSI), qui fait office de centre de soins de santé primaires et de périmètre de desserte local ; et la « grappe », qui correspond à l'unité de recensement ou de distribution au niveau communautaire. En intégrant des informations telles que les ressources disponibles, les distances de déplacement approximatives et les caractéristiques des établissements de santé, l'outil permet de générer une estimation détaillée des ressources et des coûts nécessaires à la mise en œuvre de l'AMA au sein d'un district donné.

Le groupe de travail technique sur l'évaluation des coûts a salué l'utilité de cet outil en tant que point de départ concret pour les discussions entre les équipes des programmes et les autorités sanitaires sur les besoins en ressources et les budgets. Dans le même temps, le groupe a reconnu les limites de l'utilisation d'un calcul standardisé face aux réalités sur le terrain. Les districts conservent donc la flexibilité nécessaire pour demander des ressources supplémentaires lorsque les circonstances opérationnelles exigent des dépenses dépassant l'estimation initiale.

Lien entre les coûts et l'impact sur la santé

Outre l'estimation des coûts, le groupe de travail s'est penché sur l'élaboration d'estimations provisoires et harmonisées du coût par vie sauvée ou par année d'espérance de vie corrigée de l'incapacité (DALY) évitée, afin de répondre aux exigences de suivi interne mais aussi pour la communication avec les bailleurs de fonds. Tout en précisant que les impacts sur la mortalité n'ont été estimés qu'au Niger jusqu'à présent, et que les équipes continuent toutes de collecter des données sur le taux de mortalité de référence, le groupe est parvenu à un consensus sur une approche provisoire, associant les données publiques sur les taux de mortalité au niveau des pays ou des régions à une estimation de l'efficacité du programme.

Il s'agit là d'une étape importante pour renforcer la base de données factuelles nécessaires à la planification des programmes, aidant ainsi REACH et ses partenaires à évaluer non seulement le coût des interventions, mais aussi la manière dont les ressources se traduisent en gains mesurables et quantifiables pour la survie de l'enfant, tout en soulignant le rapport qualité-prix atteint par les programmes REACH.

Partenariats et collaboration

La collaboration constitue l'essence même de REACH : depuis les ministères de la Santé qui assurent la direction des programmes dans les pays jusqu'aux instituts de recherche chargés d'interpréter les données scientifiques, en passant par les partenaires de mise en œuvre qui soutiennent l'offre des services et la distribution.

À chaque étape du processus, le réseau REACH peut compter sur l'expertise de nombreux partenaires, réunis au sein d'un ensemble cohérent et unifié.

Des partenariats de longue date et de confiance sont essentiels à l'ensemble de nos activités.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Pfizer Inc, sans qui REACH n'aurait pas pu voir le jour. Ses dons d'azithromycine ont soutenu le programme REACH au Niger depuis sa création, les essais MORDOR et AVENIR compris.

Des administrations publiques aux partenaires de mise en œuvre et les institutions universitaires et scientifiques qui œuvrent sans relâche pour soutenir le suivi et l'évaluation des activités; des organismes de santé à travers le monde aux équipes de mise en œuvre de première ligne, nos partenariats transforment les données probantes en actions concrètes, aidant ainsi les pays à mettre en place des interventions équitables et durables en faveur de la survie de l'enfant.

Le réseau REACH vous adresse à toutes et à tous ses sincères remerciements.



Adduna Health Partners
Africa Practice
Axmed
Centre de recherche en santé de Nouna (CRSN)
Centre de recherche et d'intervention en santé publique (CRISP)
Centre de recherche médicale et sanitaire (CERMES)
Centre pour le développement des vaccins (CVD-Mali)
Centre Solina pour le développement et la recherche à l'internationale (SCIDaR)
Child Survival Action / Child Health Taskforce
eHealth Africa
FHI 360
GiveWell
Global Health Strategies
Helen Keller International (HKI)
ICER Mali (Centre international d'excellence en recherche)
IHS Nigeria
Initiative internationale contre le trachome (ITI) / The Task Force for Global Health
Institut national de santé publique (INSP), Mali
Institut national des maladies transmissibles (NICD), Afrique du Sud
Institut nigérian de recherche médicale (NIMR), Nigeria
Institut Pasteur de la Côte d'Ivoire (IPCI)
Institut pour la santé mondiale de Barcelone (ISGlobal)
Johns Hopkins University / École de santé publique Bloomberg
Just Actions
London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM)
Malaria Consortium
Ministères de la Santé et agences nationales de santé publique (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Nigeria, Sierra Leone)
Mission to Save the Helpless (MITOSATH)
Organisation mondiale de la Santé (OMS)
Partnership for Supply Chain Management (PFSCM)
Pfizer Inc
Réseau africain d'épidémiologie de terrain (AFENET)
Save the Children
Sightsavers
Tro Da Global Health Consulting
Université de Californie à San Francisco (UCSF)
Université de Tampere
Université de Washington
Université du Maryland à Baltimore (UMB)
University College London (UCL)

Le réseau REACH salue le soutien généreux et constant de son bailleur de fonds majeur, la Fondation Gates.

Gates Foundation



Image : HKI, Burkina Faso

L'union fait la force
Remerciements des coprésidents du réseau REACH

En tant que coprésidents du réseau REACH, c'est avec une grande fierté que nous rendons hommage et exprimons notre profonde gratitude à toutes les personnes, institutions et communautés dont l'engagement soutient la mission REACH.

Nous nous réunissons en 2026, à une période marquée par de profonds bouleversements pour la santé à travers le monde. Les tensions financières, l'évolution des priorités, les conflits et l'incertitude globale exercent des pressions extraordinaires sur les systèmes de santé nationaux et sur les partenariats qui les soutiennent. Dans ce contexte, le réseau REACH est plus important que jamais. Il propose une approche pragmatique et portée par les pays : une voie ancrée dans les priorités nationales, dédiée à la protection des enfants les plus vulnérables et construite grâce à des partenariats équitables et respectueux.

REACH ouvre la voie

Les principes fondateurs de REACH n'ont jamais été aussi importants. Le leadership national doit occuper une place centrale. L'équité doit rester un principe non négociable. Les partenariats doivent reposer sur le respect mutuel, la responsabilité partagée et un engagement à renforcer les systèmes nationaux plutôt que de créer des structures parallèles. Ces principes sont les fondements mêmes de programmes pérennes.

Au niveau national, les ministères de la Santé continuent d'assurer le leadership qui donne à REACH son orientation et sa légitimité, en définissant les politiques, en guidant la mise en œuvre et en veillant à ce que notre travail réponde aux priorités de chaque pays. Dans les villes, les villages et dans certaines des communautés les plus isolées et les plus difficiles d'accès, les agents de santé, les distributeurs communautaires et les bénévoles incarnent ce leadership. Leur détermination assure que les enfants qui pourraient autrement être laissés pour compte restent au cœur de nos efforts collectifs.

Une communauté portée par une ambition commune

Nous adressons également notre reconnaissance aux partenaires et bailleurs de fonds dont l'expertise technique, l'appui financier et la volonté de collaborer étroitement avec les pays rendent cette mise en œuvre possible. La force de REACH ne réside pas dans une institution en particulier, mais dans la communauté que nous avons construite, ensemble, autour d'une cause commune : la survie de l'enfant.

Notre communauté scientifique porte également une responsabilité particulièrement importante. Certaines questions auxquelles nous sommes confrontés sont complexes : où et quand les interventions doivent-elles être mises en œuvre ? Comment doivent-elles être intégrées ? Comment évaluer les bénéfices par rapport aux risques, tels que la résistance aux antimicrobiens ? Et quand les programmes doivent-ils s'adapter, continuer ou, à terme, prendre fin ?

Les réponses à ces questions ne peuvent reposer uniquement sur des hypothèses ou des prises de position. Les données rigoureuses générées dans les pays du réseau REACH sont fondamentales pour y répondre, et nous devons continuer à travailler ensemble, ouvertement et honnêtement, pour interpréter ces données et les traduire en politiques solides et en une mise en œuvre pragmatique.

Respect et détermination

Nos remerciements les plus sincères vont aux familles et aux communautés qui accueillent nos équipes et accordent leur confiance à nos programmes. C'est grâce à leur adhésion et leur coopération que les stratégies de santé publique se concrétisent en actions durables et significatives.

Face aux défis actuels, la solution n'est pas de se replier sur des institutions ou des agendas individuels. Elle consiste à renforcer la communauté autour de notre objectif commun, à écouter les pays, guidés par les données scientifiques et unis dans le respect et la détermination.

REACH est plus fort parce qu'il est dirigé par les pays, plus fort parce qu'il s'appuie sur ses données, et plus fort parce que nous travaillons ensemble à la réalisation de notre objectif commun.

Merci.



Professeur Muhammad Ali Pate
Coprésident du réseau REACH



Professeur Samba Sow
Coprésident du réseau REACH