

THE LANCET

Global Health

Supplementary appendix

This translation in French was submitted by the authors and we reproduce it as supplied. It has not been peer reviewed. *The Lancet Global Health's* editorial processes have only been applied to the original in English, which should serve as reference for this manuscript.

Supplement to: Boum Y, Mburu Y. Burden of disease in francophone Africa 1990–2017: the triple penalty? *Lancet Glob Health* 2020; **8**: e306–07.

Cette traduction en français a été proposée par les auteurs et nous l'avons reproduite telle quelle. Elle n'a pas été examinée par des pairs. Les processus éditoriaux de *Lancet Global Health* n'ont été appliqués qu'à l'original en anglais, ce qui devrait servir de référence à ce manuscrit.

Supplément à: Boum Y, Mburu Y. Le poids des maladies en Afrique francophone entre 1990–2017 : la triple peine ? *Lancet Glob Health* 2020; **8**: e306–07.

Le poids des maladies en Afrique francophone entre 1990-2017 : la triple peine ?

Récemment, plusieurs pays d'Afrique francophone ont été frappés par des épidémies de grande ampleur. En 2014, la Guinée a dû faire face à la maladie à virus Ebola, tandis que la République Démocratique du Congo fait actuellement, en plus d'Ebola, face à la pire épidémie de rougeole au monde (1). Au vu de cette situation, il est important d'examiner les différences potentielles entre les régions francophones et non-francophones d'Afrique. Cette réflexion est un premier pas nécessaire pour mobiliser les ressources, les partenariats et les engagements nécessaires en Afrique francophone, la région du monde qui présente les plus faibles indices de développement humain.

Les données sur la santé, en particulier sur le poids des maladies (mortalité et morbidité), demeurent rares. L'analyse systématique de la situation de santé des pays francophones publiée par Charbel El Bcheraoui et ses collègues (2) dans *The Lancet Global Health* est donc la bienvenue. Elle fournit des informations essentielles sur le poids des maladies, permettant une approche plus ciblée pour partager les ressources entre les pays francophones et trouver des solutions innovantes afin de s'attaquer aux problèmes communs à ces pays. Une telle stratégie est indispensable pour palier à ce qu'on peut considérer comme une triple peine subie par les pays d'Afrique francophone.

La première peine vient du fait que les pays d'Afrique francophone supportent la charge de maladies la plus élevée en Afrique. L'une des conclusions majeures de l'analyse d'El Bcheraoui et coll. est que la mortalité et de la morbidité en Afrique francophone ont diminué de près de moitié entre 1990 et 2017. Bien que cette conclusion soit encourageante, le nombre actuel des décès (779 pour 100 000 habitants) demeure remarquablement élevé malgré l'hétérogénéité constatée. Les Seychelles présentent les meilleurs indices de santé avec 29 200 années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) pour 100 000 habitants et une espérance de vie à la naissance de 73,6 ans, alors que la République Centrafricaine a enregistré la charge de maladies la plus élevée avec 89 700 AVCI pour 100 000 habitants et l'espérance de vie la plus basse, de 51,9 ans. Le poids élevé des maladies sur cette période est principalement dû au paludisme, aux infections des voies respiratoires inférieures (IRS), aux troubles néonataux et aux maladies diarrhéiques, contrairement aux pays anglophones, où la mortalité de ces maladies a diminué et où elles ont été remplacées en haut du classement par le VIH / SIDA et les maladies cardiovasculaires. Les cinq principales causes de mortalité dans les pays francophones restent des maladies liées à la pauvreté et à d'autres obstacles structurels à la santé. Toutes ces maladies sont évitables, par les moustiquaires pour le paludisme, par les vaccins pour les IRS, ou par une hygiène adéquate pour les maladies diarrhéiques. Comme l'indiquent El Bcheraoui et coll., le fait que les années de vies perdues (AVP) représentent la majorité des AVCI pour les cinq principales causes de décès dans les pays francophones souligne la faiblesse du système de santé.

La deuxième peine provient du déséquilibre entre une charge plus élevée des maladies et le fait que les pays francophones reçoivent le moins de financement pour la santé au monde (4). Le ratio entre leur contribution au poids des maladies et leur part de financement en matière de santé est de 29: 1 pour les pays francophones de l'Afrique de l'Ouest, contre 16: 1 pour ceux de l'Afrique de l'Est et 3: 1 pour les pays d'Afrique Australe majoritairement anglophones (4). La plupart des financements publics non africains (provenant par exemple des National Institutes of Health des Etats-Unis, de l'USAID et du Medical Research Council du Royaume-Uni), suivis des institutions de financement philanthropiques (par exemple, le Wellcome Trust et la Fondation Bill & Melinda Gates), contribuent de manière particulièrement importante au financement de la santé dans pays d'Afrique de l'Est et Australe majoritairement anglophones. Certaines institutions multilatérales, comme le Fonds

mondial, investissent cependant des ressources dans les pays francophones, mais les capacités de gestion de ces fonds restent limitées pour certains pays.

La troisième peine est directement liée aux inégalités qui découlent de la prédominance de la langue anglaise dans la santé mondiale. L'anglais étant la langue *de facto* des sciences, la plupart des offres de financement et des articles scientifiques sont publiés en anglais. Pour la majorité des chercheurs non anglophones, cette situation est un véritable obstacle à l'accès à ces opportunités (5). Même quand les chercheurs francophones parviennent à effectuer des recherches qui pourraient avoir une incidence sur le poids des maladies, ils peinent à en publier les résultats en tant que premier auteur en raison de cette barrière linguistique. Ils ne racontent donc pas leur propre histoire (6,7). Ces limites, ajoutées aux difficultés rencontrées par les acteurs locaux à accéder aux informations sur la santé mondiale dans leur propre langue, contribuent probablement au poids disproportionné des maladies observées dans les pays africains francophones. Le fait que la version complète en français de l'étude d'El Bcheraoui et coll. soit publiée dans ce numéro représente une contribution majeure tout à l'honneur des auteurs ainsi que du *Lancet Global Health*. Le système de publication scientifique serait bien plus équitable si ce même principe était suivi de façon systématique pour toutes les recherches faites dans les pays où l'anglais n'est pas une langue officielle.

60 ans après leur indépendance, il est remarquable que les pays africains soient toujours distingués sur la base de leur langue coloniale. Même si les pays d'Afrique qui subissent la triple peine ont la langue française comme point commun, l'on ne peut évidemment pas attribuer leurs défis uniquement à la langue, mais plutôt à des systèmes de gouvernance moins performants. Il existe des initiatives de renforcement des capacités par des institutions anglophones dans les pays francophones (8) et celles-ci devraient être encouragées, comme le recommandent El Bcheraoui et coll. dans leur article. Cependant, le poids élevé des maladies et le faible financement des pays francophones devrait être un facteur motivant pour de nouveaux acteurs, tels que les philanthropes africains (sportifs, chefs d'entreprise, et la diaspora africaine), qui pourraient catalyser les investissements publics pour l'amélioration des systèmes de santé. Des start-ups, telles que Nexakili, jouent un rôle capital dans la construction d'écosystèmes qui favorisent l'innovation et promeuvent la circulation des connaissances entre les pays anglophones et francophones afin de contribuer efficacement à l'intégration régionale. Il y a bien sûr un ingrédient secret : la bonne la gouvernance, qui est la clé d'une coordination productive entre tous les acteurs bien intentionnés impliqués dans la santé mondiale aujourd'hui.