



Partnership for Evidence-Based COVID-19 Response

RÉPONDRE À LA COVID-19 EN AFRIQUE:

UTILISER LES DONNÉES POUR TROUVER UN ÉQUILIBRE (DEUXIÈME PARTIE)

Six mois plus tard, les effets indirects de la pandémie se ressentent sur la situation sanitaire, économique et sociale.



Contents

- 3 Résumé analytique**
- 4 À propos de ce rapport**
 - Contribution des partenaires du PERC
 - Méthodologie
- 6 Bilan de l'épidémie et de la réponse**
 - La trajectoire de la pandémie sur le territoire africain reste incertaine
 - Les pays utilisent les MSSP pour trouver un équilibre entre la et les moyens de subsistance
 - Les MSSP recueillent un soutien élevé, mais l'adhésion déclarée est plus mitigée
 - Évolution de la perception du risque
- 14 Impacts secondaires de la COVID-19 et des MSSP**
 - Impact sur les soins de santé
 - Encadré 6 : Impact sur les agents de santé
 - Impact sur la sécurité alimentaire
 - Impact sur l'emploi et les revenus des familles
 - Impact sur la sécurité
- 19 La portée des premiers dispositifs d'aide**
- 20 Le volume limité de données nuit à l'efficacité de la réponse des gouvernements et autorités locales**
- 22 Recommandations**
 - Renforcer la collecte de données pour une prise de décision plus rapide et plus efficace
 - Continuer à adapter les MSSP pour trouver un équilibre entre la vie et les moyens de subsistance
 - Augmenter la capacité des centres médicaux pour maintenir les services de santé essentiels et encourager les communautés à revenir pour restaurer la demande
 - Privilégier les mesures fondées sur des données probantes pour augmenter la sécurité alimentaire et relancer l'économie
 - Lutter contre la désinformation et continuer à instaurer un rapport de confiance
- 27 Conclusion**
- Ressources**

Résumé analytique

Alors que la pandémie de COVID-19 fait rage depuis six mois, les gouvernements ont dû prendre des décisions difficiles, en cherchant tout d'abord à protéger la santé de leurs populations tout en préservant leurs conditions de vie et en réduisant le fardeau social engendré par l'arrêt presque total de nombreuses activités sociétales. Dans l'ensemble, les États membres de l'Union africaine (UA) ont un nombre de cas confirmé par habitant plus faible que les autres régions du monde. Après un pic fin juillet et début août, notamment dû aux chiffres enregistrés en Afrique du Sud, le nombre de cas signalé s'est stabilisé depuis, même si l'analyse de la capacité de dépistage révèle que de nombreux cas restent non identifiés. Ce rapport, le deuxième de la série « Utiliser les données pour trouver un équilibre » du Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19's (PERC), vise à analyser différentes sources de données pour aider les gouvernements dans leur gestion de la pandémie, dont on ne voit pas encore la fin.

Une enquête du PERC (conduite dans 18 États membres entre le 4 et le 17 août 2020) a révélé un soutien élevé à l'égard des MSSP. Les mesures telles que le port du masque, le lavage des mains et le respect de la distanciation physique recueillent l'adhésion presque globale des participants, contrairement aux mesures de restriction de l'activité économique et de limitation des rassemblements publics qui suscitent une adhésion beaucoup plus faible. Ce résultat n'est pas surprenant, car la majorité des gouvernements ont assoupli ces mesures depuis le mois de juin. Cependant, l'enquête a révélé un conflit chez les participants, entre la volonté de relancer l'économie et les craintes liées à l'impact de cette réouverture sur leur santé.

Près de la moitié des répondants ont dû annuler leurs soins ou reporter leurs rendez-vous médicaux, et la même proportion a rencontré des difficultés pour obtenir ses traitements. Presque un quart des répondants ont indiqué avoir annulé leurs rendez-vous par crainte de contracter la COVID-19 pendant leur déplacement vers le centre de santé ou directement sur place. Sept répondants sur dix ont signalé que les revenus familiaux de la semaine précédente étaient plus faibles qu'à la même période l'année passée, et la même proportion a rencontré des difficultés d'approvisionnement alimentaire lors de la semaine précédente.

RECOMMANDATIONS

1. **Renforcer la collecte des données pour agir plus rapidement et plus efficacement.** La capacité des gouvernements à gérer la pandémie et autres menaces sanitaires sur le long terme dépendra de leur capacité à collecter des informations clés sur les cas, l'impact du virus sur l'accès aux soins de santé non liés à la COVID-19 et sur l'insécurité alimentaire et la perte de revenus. Les Gouvernements doivent recueillir des données fiables sur les personnels de santé contaminés par la COVID-19, sur le taux de mortalité et de guérison dans cette population.
2. **Continuer à adapter les MSSP pour trouver un équilibre entre la maîtrise de la pandémie et l'atténuation du poids des restrictions sur la population.** Les mesures de protection individuelle (se laver les mains, porter un masque et rester à distance) sont peu coûteuses, très bien acceptées par la population et très efficaces. Ces mesures sont primordiales pour contrôler la pandémie tout en relançant l'économie.
3. **Augmenter la capacité des centres médicaux pour maintenir les services de santé essentiels et encourager les communautés à revenir pour restaurer la demande.** Les gouvernements et partenaires internationaux doivent renforcer les mesures de protection du personnel soignant en augmentant la disponibilité des équipements de protection individuelle (IPE), la formation en prévention et contrôle des infections (PCI), ainsi que l'accès aux tests de dépistage. Les gouvernements doivent également augmenter leurs efforts de communication sur les risques, d'implication de la communauté et d'amélioration des services de santé pour relancer la demande de soins des personnes qui en ont besoin.
4. **Privilégier les mesures fondées sur des données probantes pour augmenter la sécurité alimentaire et la reprise économique.** Les gouvernements doivent lutter contre l'insécurité alimentaire en prenant des mesures telles que des aides financières en espèces ou lorsque cela n'est pas réalisable, un approvisionnement alimentaire direct, en se concentrant sur les familles aux revenus les plus faibles et les populations vulnérables. Les gouvernements doivent privilégier des mesures complètes et durables qui permettent de soutenir le redressement économique de la population. Lorsqu'il existe des dispositifs d'assurance et de protection sociale, ils doivent être utilisés et augmentés pour soutenir la population.
5. **Lutter contre la désinformation et continuer à instaurer un rapport de confiance.** Les gouvernements devraient travailler étroitement avec les dirigeants des communautés et les leaders religieux, en qui les communautés ont confiance, pour identifier les fausses informations et diffuser des messages cohérents, simples et basés sur des faits réels, afin de lutter contre cette désinformation.

À propos de ce rapport

Ce rapport a été établi par le Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19 (PERC), un partenariat public-privé qui soutient les mesures fondées sur des données probantes pour réduire l'impact de la COVID-19 sur les États membres de l'UA. Son objectif, et celui du PERC de manière plus générale, est d'aider les gouvernements à déterminer l'acceptabilité, l'impact et l'efficacité des mesures sociales et de santé publiques (MSSP) liées à la COVID-19, notamment leurs effets indirects sur la santé, la sécurité alimentaire et l'économie.

Le rapport s'appuie sur les résultats d'une enquête téléphonique réalisée entre le 4 et le 17 août 2020 auprès de plus de 24 000 adultes dans 18 États membres de l'UA ainsi que sur des données sociales, économiques, épidémiologiques, sur des données liées aux déplacements de la population et à la sécurité. Les briefings de chacun des 18 États membres sont disponibles sur :

<https://preventepidemics.org/covid19/perc/>.

Ce document est le deuxième rapport régional de la série « Répondre à la COVID-19 en Afrique : utiliser les données pour trouver un équilibre » du PERC. Le premier rapport régional, publié en mai 2020, regroupait également des données multisectorielles, dont les résultats d'une enquête menée dans 28 villes de 20 États membres de l'UA.¹ Depuis ce premier rapport, le PERC publie deux fois par semaine des résumés accessibles sur son [site Web](#).

CONTRIBUTION DES PARTENAIRES DU PERC

L'Union africaine, par le biais des Centres africains de prévention et de contrôle des maladies (CDC Afrique): fournit un suivi d'ensemble des aspects techniques et éthiques ; assure la collecte et l'analyse des données et assume la responsabilité de leur traitement ; effectue la révision du document et fournit l'approbation définitive ; assure la diffusion et la promotion des recommandations du PERC ; accompagne les États membres de l'UA dans l'adaptation de ces directives.

Resolve to Save Lives, l'initiative de Vital Strategies: fournit un suivi d'ensemble des aspects techniques et supervise l'exécution du projet ; élabore le tableau de bord et le plan analytique du PERC ; effectue les enquêtes d'opinion en assurant la conception de l'enquête, l'analyse des données et la préparation des rapports ; élabore les rapports et recommandations du PERC ; accompagne les États membres de l'UA dans l'adaptation des directives du PERC.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS): Assure la direction technique et le renforcement des capacités techniques ; veille à ce que les États membres se saisissent rapidement des nouvelles données probantes et les partagent. L'OMS exploitera les liens étroits avec un certain nombre d'agences des Nations Unies au niveau national et régional afin de favoriser l'action multisectorielle pour atténuer l'impact socioéconomique à l'échelle nationale et régionale, grâce à ces agences.

UK Public Health Rapid Support Team: Élaboration, diffusion et promotion des directives du PERC ; accompagnement des États membres de l'UA pour adapter leur stratégie en fonction des données probantes.

Forum économique mondial (FEM) : fournit un accompagnement global dans la gestion du projet ; supervise l'implication des partenaires ; communique les directives du PERC sur les plateformes du FEM.

Ipsos: Assure la réalisation de l'enquête : collecte une masse importante de données liées aux déplacements de la population ; élabore le tableau de bord des rapports du PERC.

Novetta Mission Analytics: fournit une analyse des publications dans les médias traditionnels et les réseaux sociaux.

¹ Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19. (Septembre 2020). Répondre à la COVID-19 en Afrique : utiliser les données pour trouver un équilibre. Extrait de https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/05/PERC_Regional_5-6-2020.pdf

MÉTHODOLOGIE

Ce rapport régional ainsi que les briefings des États membres de l'UA associent des données issues de diverses sources pour donner un aperçu général des dynamiques actuelles de la COVID-19 en Afrique et de l'impact économique et social des mesures appliquées pour ralentir la propagation du virus sur le quotidien des individus, des familles et des communautés.

Données épidémiologiques : Les CDC Afrique ont fourni des données épidémiologiques sur les cas et décès enregistrés ainsi que des données de dépistage sur la période du 15 février au 10 septembre 2020.

Enquêtes : Ipsos a mené des enquêtes téléphoniques auprès de 24 041 adultes dans 18 pays de l'UA entre le 4 et le 17 août, d'après un questionnaire élaboré par Resolve to Save Lives, Ipsos et des membres du consortium du PERC. Les groupes de participants ont été sélectionnés pour être représentatifs de la population de chaque État membre, avec une pondération par genre, zone urbaine/zone rurale et région géographique afin d'obtenir des données finales en adéquation avec le profil global de la population.²

Veille médiatique : Novetta Mission Analytics a analysé les médias traditionnels ainsi que des posts Twitter et Facebook issus de sources situées en Afrique et liés aux mesures sociales et de santé publique (MSSP). La veille et l'analyse des médias permettent d'identifier les points de vue et opinions exprimées par un segment de la population activement engagé dans le débat public, les discussions en ligne et sur les réseaux sociaux. Ces données sont qualitatives et ne doivent pas être considérées comme représentatives de l'opinion d'une population plus large.

MSSP et autres mesures gouvernementales : Les données relatives aux MSSP proviennent de la base de données de l'ACAPS sur les mesures gouvernementales contre la COVID-19 et de l'Oxford Coronavirus Government Response Tracker. Les données liées aux mesures d'aide économique proviennent de ces sources ainsi que le « Living paper » de la Banque mondiale sur les mesures nationales sur la protection sociale et les réponses au COVID-19 dans le cadre du travail.

Données sur la mobilité : Le PERC a analysé les données collectées par Google auprès des détenteurs de comptes Google, en ciblant la fréquentation des établissements de vente et de loisir³ (du 1er mars au 10 septembre 2020).

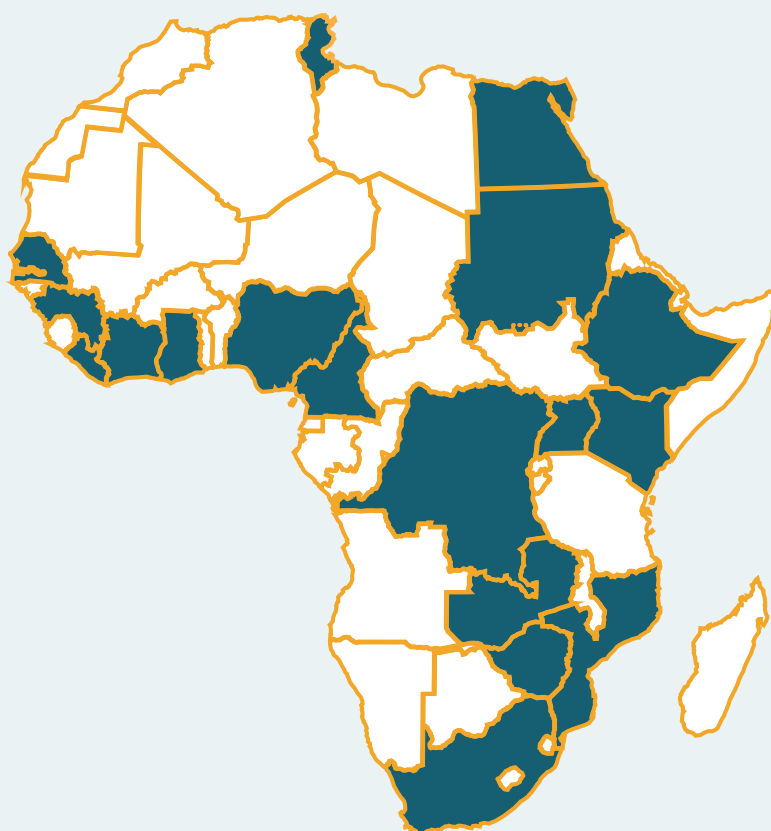
Incidents liés aux troubles civils et aux actes de violence : Le PERC a analysé les données relatives aux incidents de sécurité recueillies par l'Armed Conflict Location & Event Data Project (ACLED)⁴ du 1er mars au 30 août 2020.

Pour plus d'informations sur les sources des données et les méthodes appliquées, consulter https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/05/PERC_DataSources.pdf.

² Les pourcentages qui apparaissent dans les tableaux d'Ipsos peuvent être différents des pourcentages communiqués dans d'autres documents PERC et d'autres supports de communication de ces données. Les différences peuvent s'expliquer par le choix du dénominateur, comme indiqué à chaque fois.

³ Google COVID-19 Community Mobility Reports. (2020). See how your community is moving differently due to COVID-19. Retrieved from <https://www.google.com/covid19/mobility/>

⁴ The Armed Conflict Location & Event Data Project (2020). Disaggregated Data Collection, Analysis & Crisis Mapping Platform. Retrieved from https://acleddata.com/#/dashboard_12



GRAPHIQUE 1
L'enquête du PERC a été menée dans 18 États membres de l'UA

Cameroun	Mozambique
Côte d'Ivoire	Nigéria
RDC	Sénégal
Égypte	Afrique du Sud
Éthiopie	Soudan
Ghana	Tunisie
Guinée	Ouganda
Kenya	Zambie
Libéria	Zimbabwe

Bilan de l'épidémie et de la réponse

La trajectoire de la pandémie sur le territoire africain reste incertaine

Depuis le premier cas africain de COVID-19 signalé en Égypte au mois de février, les États membres de l'Union africaine (UA) enregistrent des épidémies d'intensité fortement variable. Le nombre total de cas signalés rapporté au nombre d'habitants et les courbes actuelles des nouveaux cas sont très hétérogènes selon les pays : au mois d'août, le Liberia a signalé un total de 2,32 nouveaux cas pour 100 000 personnes, contre plus de 230 pour 100 000 personnes en Afrique du Sud. Dans la plupart des États membres de l'UA, la croissance exponentielle du nombre de cas est arrivée bien plus tard que dans d'autres régions du monde, avec un nombre de cas rapporté au nombre d'habitants bien plus limité.⁵ Le taux de létalité de la COVID-19 en Afrique est plus faible que la moyenne mondiale, ce qui semble indiquer que les populations africaines ont été touchées moins gravement par la maladie. Cependant, les connaissances scientifiques sur le virus continuent d'évoluer, et plusieurs variables peuvent expliquer cette différence, notamment la densité de la population et sa répartition par groupes d'âge, l'expérience des gouvernements dans la gestion d'épidémies antérieures, la prévalence de maladies non transmissibles ainsi qu'une exposition antérieure à des coronavirus. En outre, la capacité de dépistage de la COVID-19 joue un rôle essentiel dans le nombre de cas et de décès signalés.

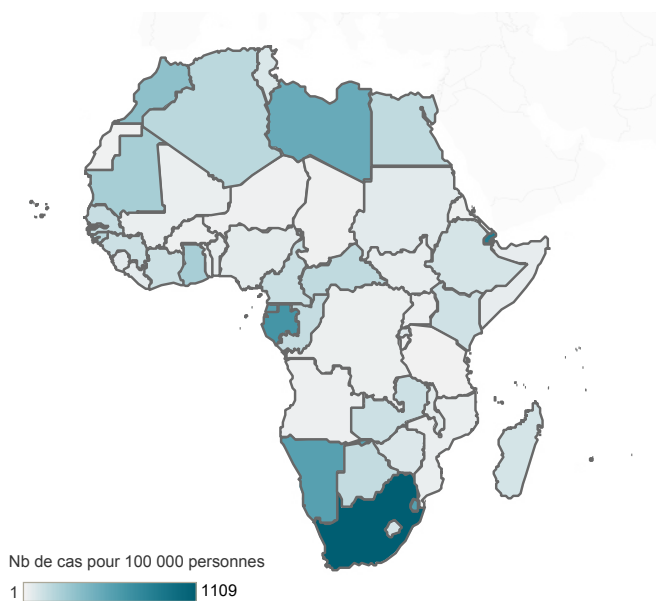
Il est possible que l'épidémie soit plus étendue que ce qu'indiquent les chiffres officiels dans certains pays. Les pays qui enregistrent les cas de COVID-19 de manière irrégulière ou incomplète, ou qui manquent de matériel (kits de dépistage et réactifs) ou de personnel pour réaliser suffisamment de tests peuvent laisser de nombreux cas non détectés. Toute évaluation définitive de la trajectoire de la pandémie en Afrique est également biaisée par le manque de données sur les effets indirects de la pandémie, tels que l'accès aux services de santé et leur utilisation pour les soins non liés à la COVID-19, l'insécurité alimentaire et la perte de revenus.

⁵ Resolve to Save Lives (2020, August 26). Update on COVID-19 in Africa. Retrieved from <https://preventepidemics.org/covid19/science/insights/update-on-covid-19-in-africa/>

GRAPHIQUE 2

L'Afrique du Sud compte le nombre de cas rapporté au nombre d'habitants le plus élevé, avec plus de la moitié de la totalité des cas signalés en Afrique.

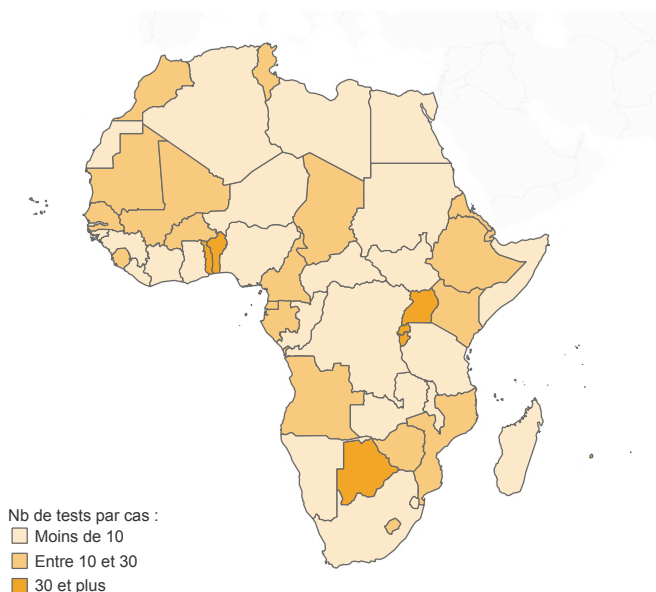
Incidence cumulée pour 100 000 personnes par pays africain au 10 septembre



GRAPHIQUE 3

La majorité des États membres de l'UA enregistrent un ratio de tests par cas confirmé inférieur au ratio recommandé par l'OMS (10 à 30 tests par cas confirmé).

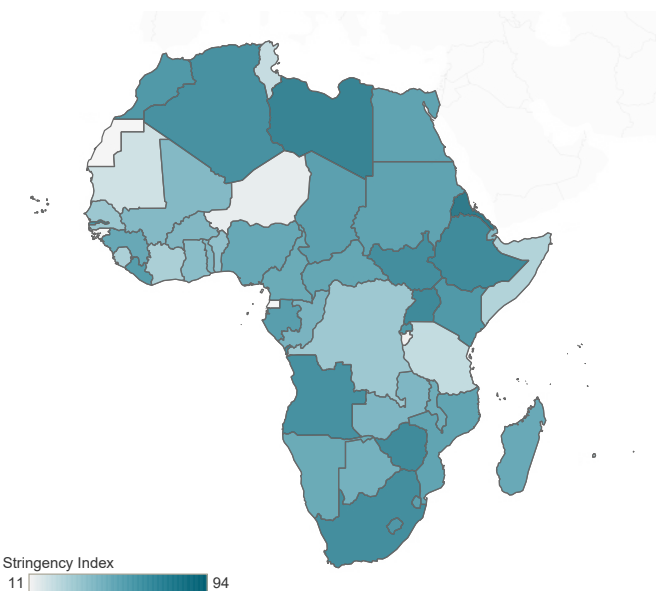
Nombre de tests par cas confirmé en Afrique au 10 septembre. La capacité de dépistage est considérée comme adaptée par l'OMS à partir d'un ratio de 10 à 30 tests par cas confirmé.



GRAPHIQUE 4

Même si certaines mesures ont récemment été assouplies, la plupart des pays africains continuent d'appliquer un grand nombre de MSSP.

Graphique 3a : Le Stringency Index (indice de sévérité) est un composite de l'Oxford Stringency Index basé sur neuf indicateurs, tels que les fermetures d'écoles et des lieux de travail ainsi que les interdictions de se déplacer, valorisés sur une échelle de 0 à 100 (100 étant le plus strict). Cette carte montre le niveau de sévérité au 10 septembre, sans indiquer si le respect des MSSP est contrôlé de façon stricte. Pour plus d'informations sur le Stringency Index, consulter <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>.

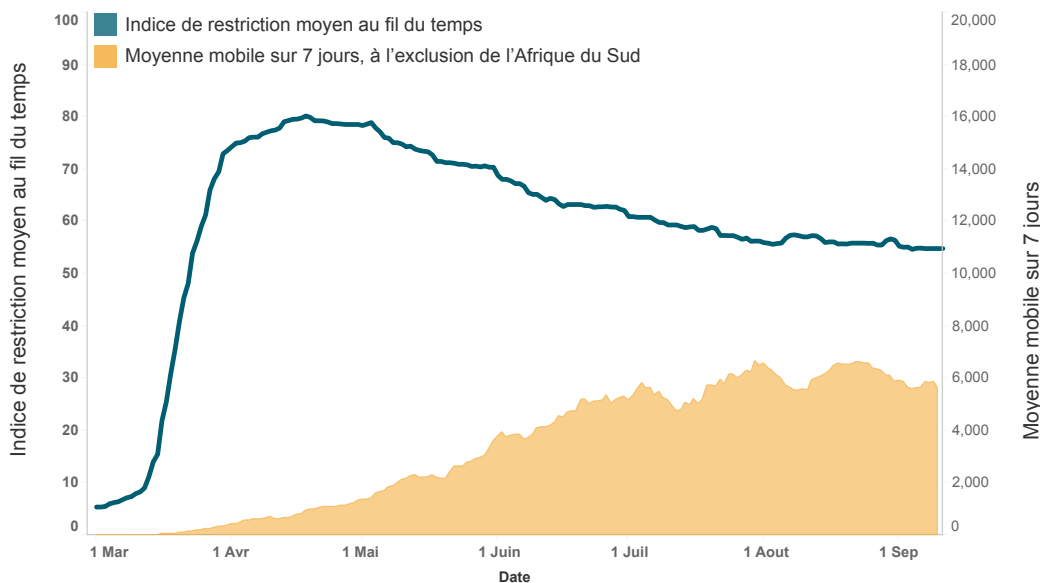


Les pays utilisent les MSSP pour trouver un équilibre entre la vie et les moyens de subsistance

Avant même d'identifier les premiers cas, la plupart des États membres de l'UA ont rapidement mis en place des MSSP, allant de mesures simples telles qu'éviter les poignées de mains et se laver plus régulièrement les mains jusqu'à des mesures plus restrictives telles que l'annulation officielle des rencontres sportives et des rassemblements religieux. Des mesures plus strictes ont également été appliquées, telles que la fermeture des lieux

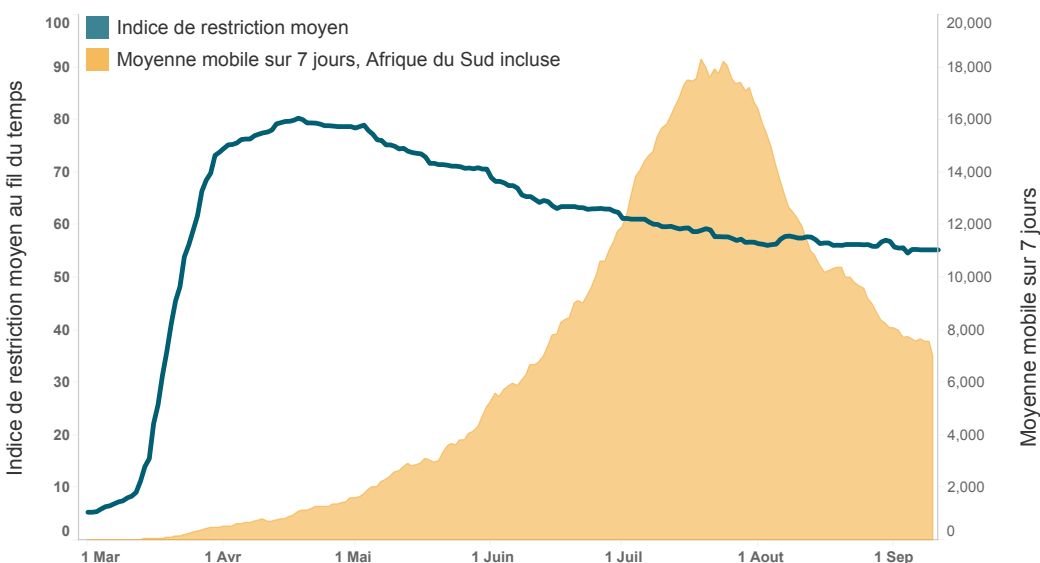
de travail et des écoles et la mise en place du confinement et de couvre-feux. D'après le premier rapport du PERC « Utiliser les données pour trouver un équilibre », basé sur des enquêtes menées dans 28 villes entre le 29 mars et le 17 avril, les MSSP recueillent globalement un soutien élevé, sauf les mesures qui restreignent l'activité économique, qui sont moins populaires.

Grâce à la mise en place précoce de MSSP strictes, les États membres de l'UA ont bien réussi à contenir la propagation du virus entre mars et mai (voir les graphiques 5 et 6). Le léger assouplissement des mesures en juin et juillet a coïncidé avec l'augmentation du nombre de cas signalés sur le continent (5) et une progression rapide de l'épidémie en Afrique du Sud (6). Le niveau moyen de restriction a continué à baisser progressivement dans tous les états.



GRAPHIQUE 5

Indice de restriction moyen au fil du temps et moyenne mobile sur 7 jours⁶ du nombre de nouveaux cas dans toute l'Afrique (à l'exclusion de l'Afrique du Sud).

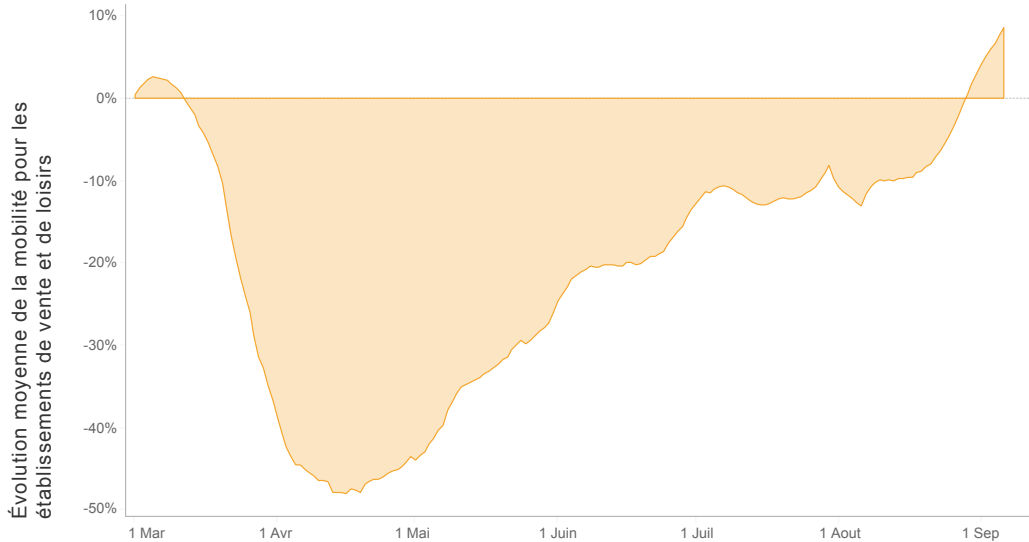


GRAPHIQUE 6

Indice de restriction moyen au fil du temps et moyenne mobile sur 7 jours du nombre de nouveaux cas dans toute l'Afrique (Afrique du Sud incluse).

6 L'utilisation de la moyenne mobile sur 7 jours permet de visualiser au mieux la tendance au fil du temps, en lissant les écarts liés à la collecte des données.

La mobilité a rapidement diminué après la mise en œuvre des MSSP en mars et en avril, pour augmenter à nouveau depuis le mois de mai. Au 10 septembre, l'évolution moyenne de la mobilité sur 7 jours et proche/supérieure aux niveaux pré-pandémie.



GRAPHIQUE 7

Ce graphique représente l'évolution moyenne de la mobilité pour les établissements de vente et de loisirs entre le 1er mars et le 10 septembre, d'après les rapports de Google sur la mobilité de la communauté pendant la pandémie de COVID-19. La date de référence du niveau de mobilité pré-COVID-19 est le 15 février. Remarque : ces données ne tiennent pas compte de la saisonnalité et comprennent l'analyse de 27 pays dont les données sur la mobilité sont disponibles.

Ces mesures ont probablement ralenti la propagation du virus, mais à un coût économique et social élevé. Depuis, la plupart des gouvernements ont assoupli les mesures de restriction, permettant la reprise d'une partie de l'activité économique, tout en maintenant le port du masque obligatoire et les limites de capacité (dans les restaurants, les transports publics, etc.). Face à la hausse du nombre de cas, certains pays ont cependant remis en vigueur certaines mesures (cf. encadré 1). La plupart des États n'ont pas réinstauré de confinement total, privilégiant des mesures ciblées adaptées au contexte local. Certaines mesures s'appliquent uniquement dans les zones les plus sévèrement touchées ou pour les populations les plus vulnérables. Alors que la situation épidémiologique continue d'évoluer à l'échelle locale et nationale, il est important de conserver une approche flexible dans l'application des MSSP et de communiquer de manière régulière et transparente avec le public sur la nécessité d'instaurer certaines MSSP en fonction de l'évolution de l'épidémie.

[Lien vers la liste de pays membres de l'UA qui a été utilisée pour cette analyse](#)

ENCADRÉ 1 :

LES ÉTATS MEMBRES DE L'UA ADAPTENT LES MSSP EN FONCTION DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ACTUELLE

Après avoir levé le confinement national en avril, le Rwanda a tenté de freiner la contamination à l'échelle locale en imposant des confinements localisés dans des zones très touchées de Kigali. En Côte d'Ivoire, l'interdiction des rassemblements publics a été levée en mai, mais le pays a réinstauré des limites de capacité en juin pour freiner la hausse du nombre de cas. Le **Kenya**, **l'Afrique du Sud** et le **Zimbabwe** ont tous signalé une hausse du nombre de cas après la levée des confinements, et décidé de remettre en vigueur les confinements nationaux et des couvre-feux.

Les MSSP recueillent un soutien élevé, mais l'adhésion déclarée est plus mitigée

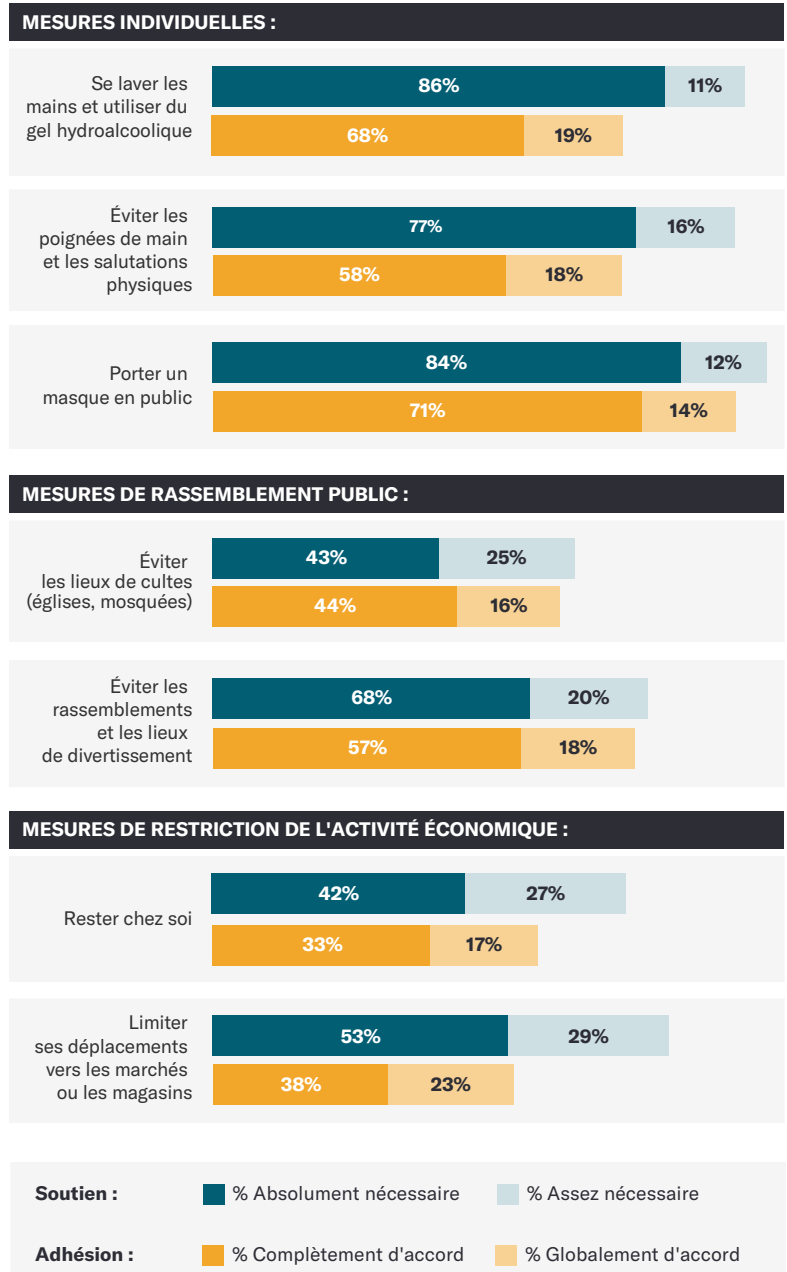
Le soutien de la population envers les MSSP est relativement élevé dans les 18 États membres de l'UA qui ont participé à l'enquête du PERC. Même si cela indique que la plupart des gens comprennent relativement bien ce qu'est la COVID-19 et les mesures qui peuvent empêcher sa propagation, l'adhésion déclarée à ces mesures est largement plus faible parmi les répondants.

L'adhésion déclarée est la plus élevée dans les États membres de l'UA avec des MSSP très strictes (tels que l'Ouganda) et/ou fortement touchés par le virus (comme l'Afrique du Sud), tandis qu'elle est plus faible dans les pays avec moins de MSSP en place (comme la Tunisie). Les résultats sont similaires dans la plupart des pays : les mesures de protection individuelle⁷ font l'objet d'un soutien et d'une adhésion déclarée plus élevés que les mesures de restriction de l'activité économique⁸ et de limitation des rassemblements publics.⁹

85 % des répondants ont déclaré avoir porté un masque au cours des sept derniers jours, mais seulement six personnes sur dix ont évité les rassemblements religieux et la moitié des répondants sont restés chez eux au lieu d'aller au travail, à l'école ou autres activités. Il faut s'attendre à une adhésion déclarée plus faible vis-à-vis des mesures de restriction des rassemblements publics et de l'activité économique, car la plupart des États membres de l'UA ont assoupli les mesures de confinements et nombre d'entre eux ont autorisé la reprise des services religieux, à condition d'appliquer le port du masque et les limites de capacité. La faible adhérence recueillie par les mesures de restriction économique est associée à la hausse de l'insécurité alimentaire et des pertes de revenus révélée par cette enquête. De nombreuses personnes n'ont pas d'autre choix que de retourner travailler pour survivre. Assurer la protection des personnes qui retournent au travail nécessitera la mise en place de mesures de protection individuelle peu coûteuses et très efficaces, qui peuvent permettre d'atténuer le besoin de remettre en vigueur des mesures plus restrictives à l'avenir.

⁷ Les mesures individuelles incluent le lavage des mains, le port du masque et le fait d'éviter les salutations physiques.
⁸ Les mesures de restriction de l'activité économique incluent le fait de rester chez soi et de ne pas aller sur son lieu de travail, à l'école ou ailleurs, et le fait de limiter ses déplacements vers le marché.
⁹ Les mesures de restriction des rassemblements publics incluent le fait d'éviter les rassemblements publics, les lieux de divertissement et les cérémonies religieuses.

La plupart des MSSP recueillent un soutien très élevé, mais une adhésion déclarée beaucoup plus faible, surtout pour les mesures de restriction de l'activité économique.



GRAPHIQUE 8

Le graphique présente le nombre de répondants qui considèrent que les MSSP citées sont absolument/globalement nécessaires (soutien) et, en deuxième lieu, le pourcentage de répondants qui déclarent avoir totalement/globalement respecté les MSSP citées au cours de la semaine passée (adhésion).

ENCADRÉ 2 :

LE SOUTIEN ET L'ADHÉSION DÉCLARÉE VIS-À-VIS DU PORT DU MASQUE SONT ÉLEVÉS AU SEIN DES POPULATIONS INTERROGÉES DANS LES ÉTATS MEMBRES DE L'UA

Le port du masque est une façon efficace et relativement peu coûteuse de ralentir la transmission de la COVID-19 et de freiner la mortalité liée à la maladie.¹⁰ Tous les États membres de l'UA imposent à la population le port du masque en public (sauf le Soudan, pays dans lequel le port du masque est recommandé, mais non obligatoire) et certains pays infligent des amendes en cas d'infraction. Même si l'adhésion déclarée vis-à-vis du port du masque est relativement haute dans tous les pays, elle fait néanmoins l'objet de certaines différences non négligeables entre les États membres de l'UA : 97 % des répondants en Afrique du Sud déclarent avoir porté un masque au

cours de la semaine précédente, contre seulement 48 % en Tunisie. Face à la progression continue de la pandémie, il est primordial de s'assurer que les populations continuent à porter le masque, en sachant où, quand et comment le porter correctement, afin de limiter la transmission du virus.

96% des personnes interrogées disposent d'un masque prêt à l'emploi

85% des personnes interrogées ont porté un masque au cours de la semaine précédente

GRAPHIQUE 9

Pourcentage de répondants qui déclarent être équipés d'un masque et l'avoir porté au cours de la semaine précédente (adhésion)

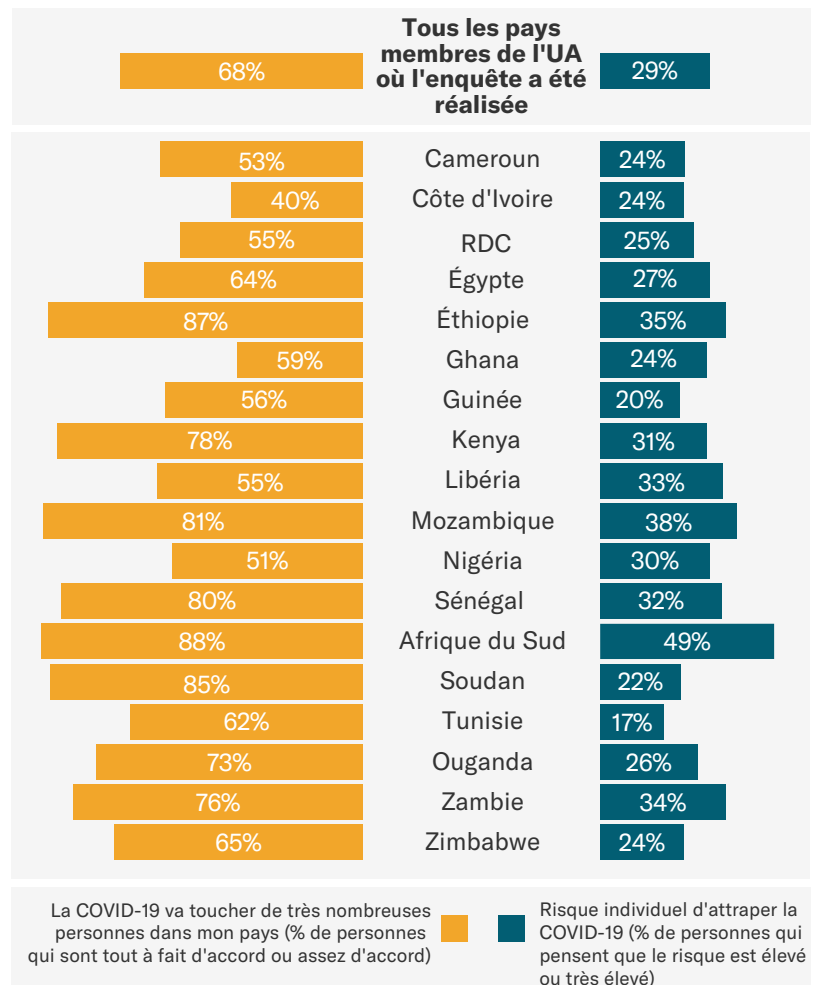
Évolution de la perception du risque

Comme pour toute épidémie, la façon dont les gens appréhendent leur risque personnel de contracter la COVID-19 (« perception du risque personnel »)¹¹ influence leur soutien et leur respect des mesures préventives.¹² L'enquête a démontré que, bien que deux tiers des répondants pensent qu'une grande partie de la population de leur pays risque d'être infectée par la COVID-19, moins d'un tiers d'entre eux (29 %) pensent être exposés à un risque élevé de contracter la maladie. L'Afrique du Sud est un cas particulier frappant : environ la moitié des répondants (48 %) pensent être exposés à un risque élevé de contracter la maladie. Ce résultat peut être dû à l'incidence plus élevée en Afrique du Sud qui entraîne une perception plus importante du risque de contamination.

GRAPHIQUE 10

Pourcentage de répondants qui pensent courir un risque élevé/très élevé d'être infectés par le virus et pourcentage de répondants qui pensent fortement/modérément qu'une grande partie de leurs concitoyens seront contaminés par la COVID-19.

La majorité des répondants croient que la COVID-19 représente une menace majeure au niveau national, mais leur perception du risque qu'ils courent individuellement de contracter la maladie est beaucoup plus faible.



¹⁰ Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H. J., ... & Hajizadeh, A. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. Extrait de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31142-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31142-9/fulltext)

¹¹ Les croyances sur les risques individuels peuvent changer au cours d'une épidémie, et le risque peut être perçu comme plus ou moins grand, en fonction des données épidémiologiques disponibles, des changements de discours dans les médias et de la confiance envers les gouvernements. Les gens peuvent aussi penser qu'ils ont peu de risques d'attraper la COVID-19 parce qu'ils pensent prendre les précautions nécessaires pour éviter de contracter la maladie.

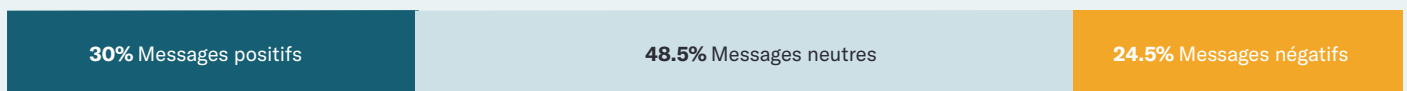
¹² Brewer NT, Chapman GB, Gibbons FX, Gerrard M, McCaul KD, Weinstein ND. Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. Health Psychol. 2007;26(2):136-45.

Par ailleurs, l'enquête a révélé un conflit chez les participants, entre la volonté de relancer l'économie et les craintes liées à l'impact de cette réouverture sur leur santé. Six participants sur 10 (60 %) pensent que les risques de contracter la COVID-19 sont limités si les distances physiques sont respectées et pensent que l'activité économique doit redémarrer. En revanche, sept répondants sur dix (70 %) se déclarent anxieux

face à l'idée de reprendre des activités normales. Dans l'ensemble, ces données laissent penser que les populations des États membres de l'UA considèrent la COVID-19 comme une menace sérieuse, mais de nombreuses personnes se préoccupent plus du fardeau économique et social des MSSP que de leur risque individuel de contracter la maladie.

ENCADRÉ 3 :

CONTRAIREMENT AUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE, CERTAINS UTILISATEURS DES RÉSEAUX SOCIAUX ACCUSENT LES GOUVERNEMENTS DE FAIRE APPLIQUER LES MESURES DANS LA VIOLENCE ET DE COMMETTRE DES ACTES DE CORRUPTION PRÉSUMÉS.



GRAPHIQUE 11

Ce graphique présente le pourcentage de messages liés aux MSSP qui ciblent des sujets spécifiques, à la fois dans les médias traditionnels et sur les réseaux sociaux : Les messages classés comme « positifs » ou « neutres » soutiennent les MSSP ou la communication du gouvernement ; les messages classés comme « négatifs » critiquent la réponse du gouvernement ou visent à dissuader la population de respecter les mesures.

La plupart des messages liés aux MSSP dans les médias traditionnels et réseaux sociaux des États membres de l'UA sont neutres ou positifs (certains contenus fournissent par exemple des informations sur l'évolution des restrictions ou partages des conseils pour éviter la contamination). Ces résultats sont cohérents avec le soutien élevé des MSSP révélé par l'enquête.

Cependant, certaines publications des réseaux sociaux se montrent critiques envers la réponse du gouvernement à la COVID-19 et envers l'application violente des MSSP par les forces de police. En juillet, un utilisateur de Facebook au Nigeria dénonçait une corruption potentielle du gouvernement, en écrivant « Les Nigériens se soucient-ils vraiment de la COVID-19 ? » La famine sévit et des dizaines de personnes meurent de faim

chaque jour. Les politiciens et leur main-d'œuvre ont saisi la première opportunité d'anéantir les quelques libertés des Nigériens. »

Un nombre minoritaire d'utilisateurs des réseaux sociaux s'est insurgé contre les MSSP, en soutenant que le fardeau économique est bien plus lourd que le risque de contracter le virus ou en soulignant que certaines populations n'ont pas les ressources de base nécessaire pour appliquer les MSSP. Le 7 août, un utilisateur de Twitter au Zimbabwe a posté la photo d'une file d'attente pour obtenir de l'eau, en commentant : « #ZimbabweanLivesMatter... des habitants font la queue pour avoir de l'eau. Un grand nombre de citoyens d'Harare sont victimes d'une pénurie d'eau, et s'exposent donc à la fois au risque de boire de l'eau non potable et à celui de contracter la COVID-19. »

ENCADRÉ 4 :

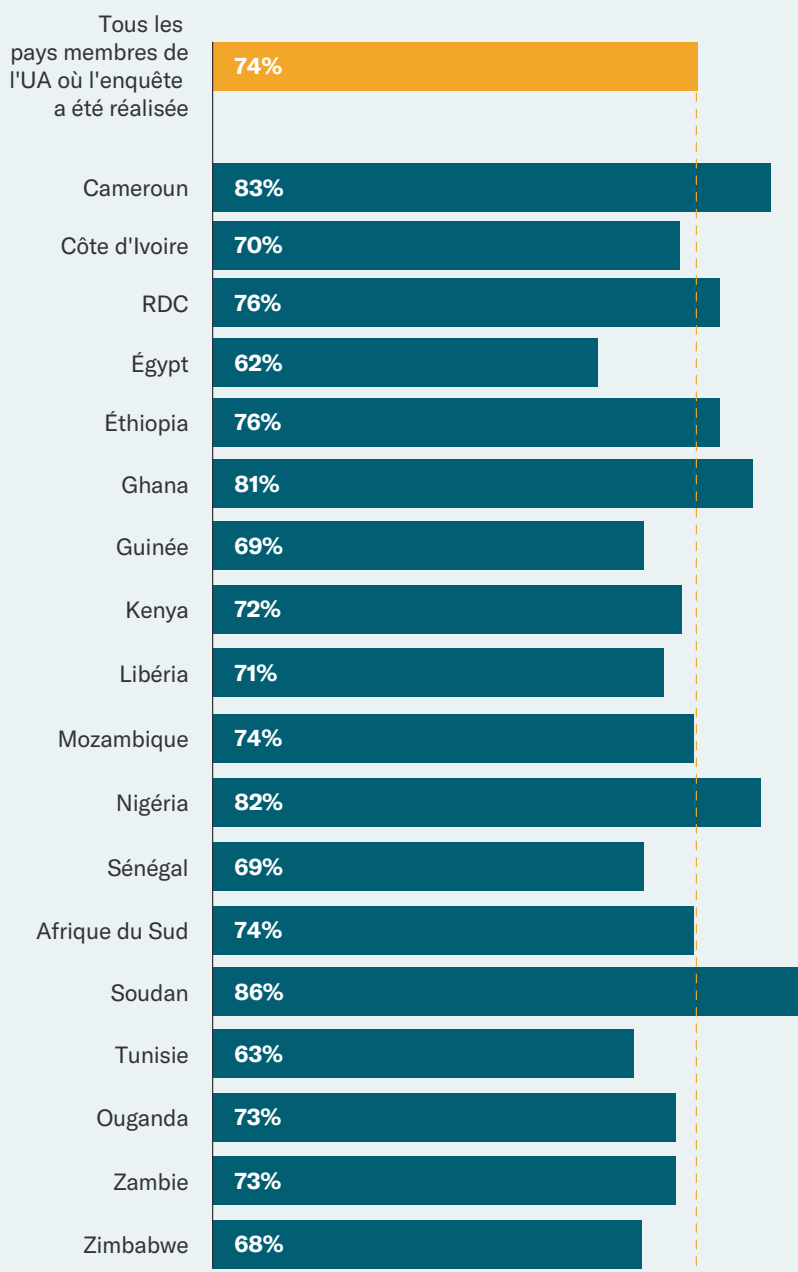
LA DÉSINFORMATION SE RÉPAND

Même si la plupart des personnes interrogées ont déclaré avoir des connaissances de base sur la COVID-19, les données de l'enquête montrent que les fausses idées qui circulent sur le virus sont courantes, notamment les rumeurs d'interférence étrangère dans les traitements et vaccins. Environ un répondant sur trois pense que des étrangers tentent de discréditer les traitements africains et de tester des vaccins sur la population d'Afrique. Les utilisateurs des réseaux sociaux en Afrique du Sud, au Kenya, au Nigeria et en République démocratique du Congo sont particulièrement sceptiques vis-à-vis des projets de vaccins.

Les publications qui minimisent la gravité de la COVID-19 - comparée à un rhume classique - sont minoritaires, tandis que certaines évoquent une « plandémie » en référence à une théorie conspirationniste qui prétend que la COVID-19 a été créée par l'élite mondiale pour faire des profits sur la vente de vaccins). Même si Facebook, Twitter et YouTube ont finalement supprimé les contenus liés à la théorie « Plandemic », le terme a été mentionné dans plus de 24 000 publications sur des comptes Twitter en Afrique entre le 1er mai et le 17 août.

Ces données montrent qu'il est urgent de mettre en place une communication efficace sur le sujet, d'impliquer la communauté afin de contrer la désinformation et de convaincre les populations de se faire vacciner lorsqu'un vaccin sera disponible.

La majorité des répondants croient l'une des deux affirmations suivantes : des étrangers font des tests de vaccins sur les Africains et/ou des étrangers discréditent des médicaments africains qui pourraient guérir la COVID-19



GRAPHIQUE 12

Pourcentage de personnes interrogées qui pensent qu'au moins l'une de ces affirmations est vraie : "Des étrangers testent un vaccin contre la COVID-19 sur nous." et/ou "Des étrangers discréditent les médicaments africains qui pourraient guérir la COVID-19."

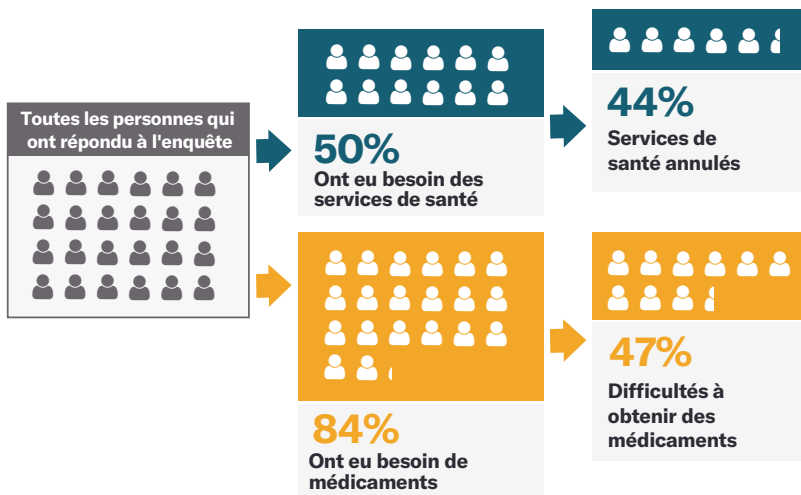
Impacts secondaires de la COVID-19 et des MSSP

La réponse à la COVID-19 a eu des effets secondaires considérables : difficultés d'accès aux services de santé essentiels, augmentation de l'insécurité alimentaire et mise en péril des moyens de subsistance. D'après les données disponibles, la pandémie aurait creusé les inégalités existantes. L'impact a été plus marqué pour les populations déjà vulnérables, telles que celles avec des revenus plus faibles ou affectées par des maladies chroniques.

IMPACT SUR LES SOINS DE SANTÉ

La pandémie empêche les personnes d'accéder aux services de santé dont elles ont besoin pour des soins non liés à la COVID-19 et met en péril le personnel de santé déjà en sous-effectif.

Près de la moitié (44 %) des répondants sont en attente de soins de santé annulés ou reportés et quasiment le même pourcentage (45 %) d'entre eux ont rencontré des difficultés pour obtenir leurs traitements. Environ un quart des répondants qui ont décalé ou reporté des soins ont évoqué leur inquiétude de contracter la COVID-19, ce qui implique que les restrictions des déplacements n'étaient pas l'obstacle principal. Les obstacles cités varient considérablement selon les pays (cf. encadré 5) et reflètent probablement les difficultés structurelles et financières qui existaient avant l'apparition de la COVID-19, ainsi que la situation épidémiologique actuelle et la rigueur des mesures en vigueur au moment de l'enquête. Les répondants qui ont signalé avoir annulé ou reporté des soins sont sensiblement plus nombreux en zone urbaine (24 %) qu'en zone rurale (20 %), ce qui peut être expliqué par la mise en place de MSSP plus strictes et plus ciblées dans les villes. Les personnes atteintes de maladies chroniques étaient également plus nombreuses à signaler des difficultés d'accès aux services de santé et aux médicaments.



Les perturbations des services de santé et de l'accès aux médicaments ont été fréquemment évoquées

GRAPHIQUE 13

Pourcentage des répondants signalant des annulations de services de santé ou des difficultés à obtenir des médicaments dans leur foyer.

ENCADRÉ 5 :

LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ VARIENT CONSIDÉRABLEMENT ENTRE LES PAYS

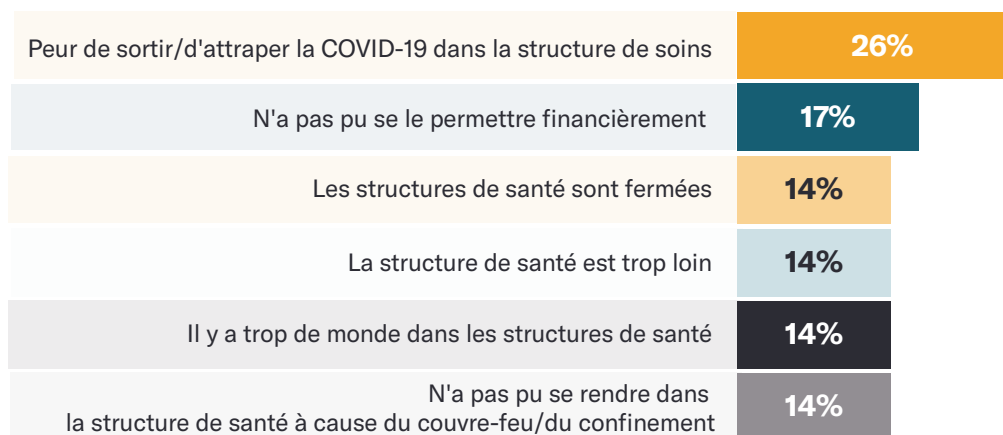
Ces différences soulignent la nécessité pour les gouvernements de surveiller les modalités d'accès et d'identifier autant que possible les difficultés observées à l'échelle locale afin d'intervenir de manière adaptée.

- Un tiers des répondants camerounais ont signalé être dans l'incapacité de payer les soins de santé (contre 17 % dans les autres pays), ce qui souligne que le poids économique de la COVID-19 affecte lui aussi l'accès aux soins de santé.
- En Ouganda, 60 % des habitants ont indiqué que les centres de santé étaient trop éloignés ou que les transports ne fonctionnaient pas (contre 14 % dans les autres pays), ce qui souligne que les restrictions des déplacements et de la capacité des transports publics peuvent avoir affecté les déplacements des personnes en attente de soins.
- Au Soudan, plus de quatre répondants sur dix ayant signalé une perturbation des soins de santé ont évoqué la fermeture des établissements de santé (contre 14 % dans les autres pays), un chiffre cohérent avec la fermeture de certaines cliniques pour cause de pénurie de main-d'œuvre et d'équipement annoncée par les médias.

Le type de services annulés coïncide souvent avec le poids des maladies liées dans le pays concerné. Par exemple, la Tunisie et le Soudan qui connaissent une proportion élevée de personnes diabétiques, ont connu une perturbation des services de soin liés au diabète plus élevée que dans les autres pays qui ont participé à l'enquête). Les maladies qui nécessitent des rendez-vous médicaux fréquents sont également plus touchées par ces perturbations.

Même s'il n'est pas surprenant que les personnes aient préféré annuler ou reporter les examens généraux et de routine en attendant que la situation s'améliore pour demander des soins non urgents, ces rendez-vous sont néanmoins essentiels pour le dépistage et le traitement des maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que pour l'orientation des patients vers le planning familial ou les soins prénataux. Plus d'un tiers (34 %) des répondants ont signalé l'annulation ou le report de rendez-vous liés à des maladies non transmissibles, les plus fréquemment citées étant les maladies cardiovasculaires, le diabète et les troubles respiratoire ou l'asthme. Presque un cinquième des répondants ont signalé des perturbations dans les services de santé génésique, des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Ces perturbations sont plus fréquentes dans les pays avec des taux de natalité élevés (tels que l'Ouganda, le Nigeria et l'Éthiopie).

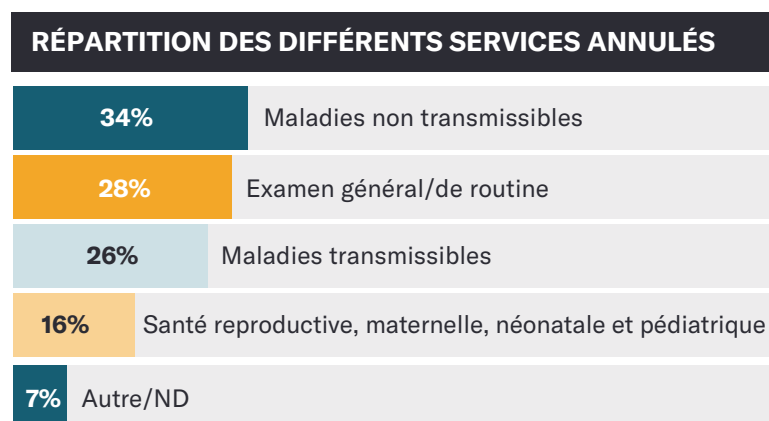
Dans les pays affectés par une forte perturbation des soins liés aux maladies transmissibles, les rendez-vous non honorés concernaient principalement le dépistage du paludisme. Les pays très touchés par le paludisme, comme l'Ouganda, le Cameroun et le Nigeria ont également connu une forte perturbation des services liés. Dans l'ensemble, le nombre élevé d'annulations de rendez-vous médicaux liés au paludisme se retrouve dans les zones touchées par des flambées de la maladie en Afrique. Les perturbations des soins de santé liés aux autres maladies transmissibles sont moins fréquentes, mais peuvent avoir des conséquences plus graves sur la santé des individus et de la population : les perturbations des visites de vaccination ont été mentionnées par 4 % des répondants, celles des traitements liés au VIH par 2 % et celles de la tuberculose par 1 %.



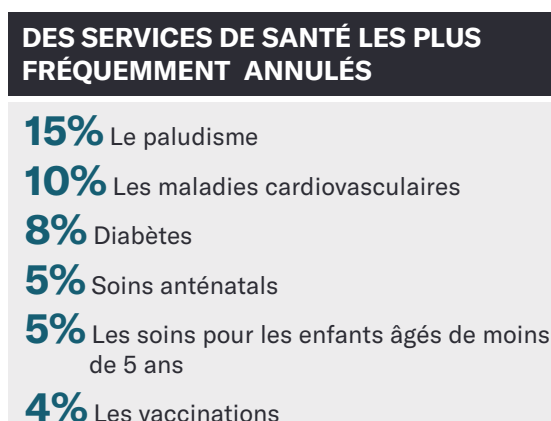
La crainte de contracter la COVID-19 et le coût des services sont les obstacles à l'accès aux soins les plus courants.

GRAPHIQUE 14
Motif d'annulation/de report des services médicaux (Top 6)

Les perturbations des services de santé sont universelles selon les types de soins de santé.



GRAPHIQUE 15



GRAPHIQUE 16

Seuls 1 % des répondants ont signalé une perturbation des services de santé mentale dont ils avaient besoin, tandis qu'un tiers des personnes interrogées ont signalé souffrir de troubles de la santé mentale liés à la COVID-19.¹³ Les troubles mentaux sont plus fréquents chez les personnes à faible revenu, les personnes souffrant de

problèmes de santé chroniques et les personnes qui ont été infectées ou qui ont eu une personne de leur famille touchée par la COVID-19. L'accès aux soins de santé mentale était déjà faible en Afrique avant la pandémie, et il est donc probable qu'il soit encore plus difficile aujourd'hui.¹⁴

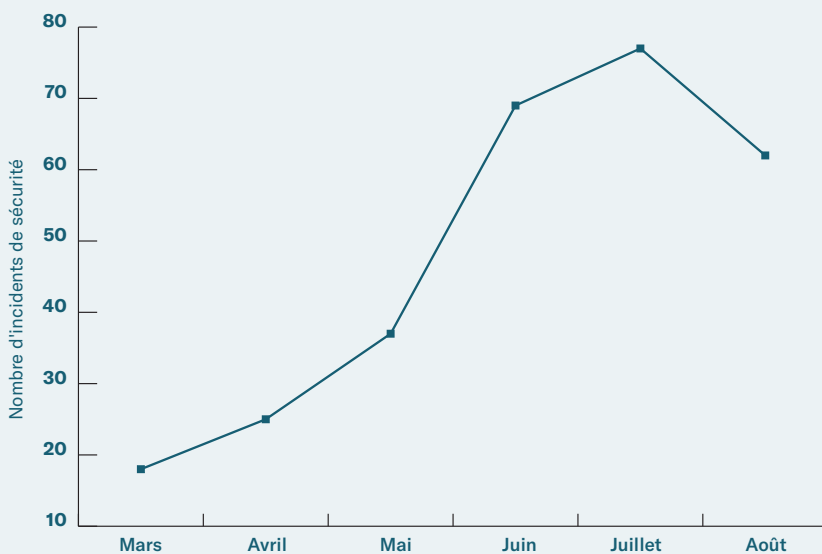
ENCADRÉ 6

IMPACT SUR LES AGENTS DE SANTÉ

Au 9 septembre, les États membres de l'UA ont signalé environ 42 000 cas d'agents de santé infectés par la COVID-19.¹⁵ Ce chiffre représente probablement une petite partie du nombre de cas réel. De nombreux pays n'enregistrent pas de données sur les infections du personnel soignant. Le manque de données sur le nombre d'infections par la COVID-19, le taux de mortalité et le taux de guérison au sein du personnel soignant nuit à l'identification de la protection des agents de santé et rend difficiles l'élaboration de politiques adaptées et la mobilisation des ressources nécessaires pour les protéger. Le manque de protection du personnel soignant met également en danger les patients. Des événements de super-propagation peuvent se produire dans les établissements de santé. Si la population apprend que le taux de contamination est élevé au sein du personnel soignant, les personnes seront plus réticentes à demander des soins liés à la COVID-19 ou à d'autres maladies.

Il est évident que le manque d'équipement de protection individuelle (EPI), notamment des masques, gants et combinaisons, destiné aux agents de santé est un facteur important. Les signalements de pénurie de matériel sont très répandus : les agents de santé doivent souvent risquer leur vie pour pouvoir soigner les autres. Les capacités de formation en prévention et contrôle des Infections sont également limitées : en 2019, un quart des établissements de soins de santé de la planète ne disposait pas de services d'eau de base, affectant environ deux milliards de personnes.¹⁶

La protection insuffisante des agents de santé a entraîné de nombreux mouvements de protestation depuis le début de la pandémie : environ 300 manifestations liées à la COVID-19 ont été organisées par des agents de santé sur tout le continent africain entre les mois de mars et d'août. La majorité des manifestants demandaient une rémunération correspondant au nombre d'heures travaillées, ainsi que des EPI pour protéger les agents de santé de la COVID-19.



288 manifestations en lien avec la COVID-19 organisées par des agents de santé ont eu lieu en Afrique entre mars et août

GRAPHIQUE 17

Nombre de manifestations de soignants en Afrique

¹³ Lee, S.A., et al. (July 2020). Coronavirus Anxiety Project. Retrieved from <https://sites.google.com/cnu.edu/coronavirusanxietyproject/home>

¹⁴ Sankoh, S., Sevalie, S., Weston, M. Mental Health in Africa. The Lancet: Global Health. September 2018.

¹⁵ [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30303-6/fulltext#:~:text=Partly%20as%20a%20consequence%2C%20the,is%2014%20per%20100%20000](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30303-6/fulltext#:~:text=Partly%20as%20a%20consequence%2C%20the,is%2014%20per%20100%20000)

¹⁶ World Health Organization, Regional Office for Africa. (2020, September 9). COVID-19: Situation update for the WHO Africa Region. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334234/SITREP_COVID-19_WHOAFRO_20200909-eng.pdf

IMPACT SUR LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

En mai 2020, le premier rapport du PERC « Utiliser les données pour trouver un équilibre » soulignait le problème de l'accès à l'alimentation pendant la pandémie. Dans certaines régions de l'UA, plus de 80 % des répondants pensent que leurs réserves alimentaires seraient épuisées après quinze jours de confinement. Au cours des mois derniers, l'insécurité alimentaire est apparue comme un problème répandu, parfois très accentué dans certains pays, notamment ceux qui se trouvaient déjà en situation de crise humanitaire ou liée à l'afflux de réfugiés.

Dans l'ensemble, sept répondants sur dix ont rencontré des difficultés d'approvisionnement alimentaire lors de la semaine précédente. Ces difficultés étaient plus souvent liées à la hausse des prix ou à une perte de revenus qu'aux problèmes d'accès au marché, de pénurie alimentaire ou de restriction de la mobilité. L'insécurité alimentaire a augmenté à la fois en zone urbaine et en zone rurale, affectant à la fois les foyers avec un niveau de revenus faibles ou plus élevés, dans des proportions néanmoins différentes : 79 % des foyers les plus pauvres ont été touchés, contre 66 % des foyers avec des revenus plus élevés).

Fin juin, le Réseau des systèmes d'alerte précoce contre la famine (FEWS NET) indiquait que la pandémie coïncidait avec une hausse de 25 % des besoins d'assistance alimentaire à l'échelle du continent.¹⁷ L'impact varie selon les pays, en raison de phénomènes locaux tels que les invasions de criquets pèlerins et inondations en Afrique de l'Est, des tensions entre les différents groupes

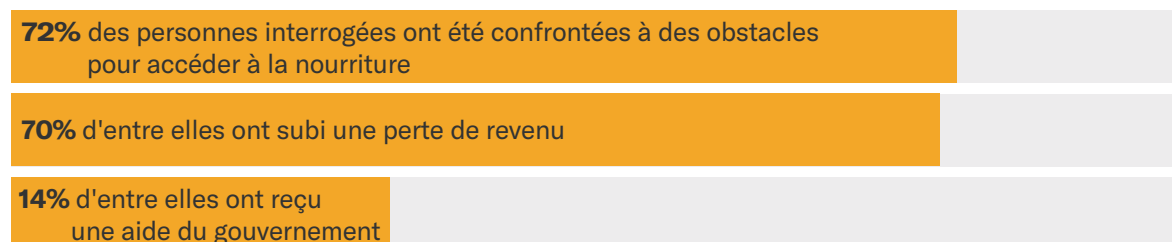
armés et des conflits régionaux, des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur du pays et des conséquences durables du changement climatique.¹⁸ Très souvent, la COVID-19 a aggravé les problèmes existants, notamment pour les populations pauvres des zones urbaines qui comptent sur le secteur informel pour trouver du travail.¹⁹ Pour FEWS NET, les principales causes de cette situation sont la perte d'emploi et de revenus, la fermeture des frontières qui limitent la migration de la main-d'œuvre, notamment dans le secteur agricole et les restrictions sur les marchés du bétail.

IMPACT SUR L'EMPLOI ET LES REVENUS DES FAMILLES

La pandémie de COVID-19 a gravement perturbé les moyens de subsistance : 70 % des répondants ont signalé une perte de revenus par rapport à la même période l'année précédente, une situation qui touche plus souvent les populations à faible revenu, ce qui creuse les inégalités existantes. 6 familles sur 10 ayant des revenus supérieurs à 500 USD/mois ont constaté cette baisse, contre 8 familles sur 10 parmi celles ayant des revenus inférieurs à 100 USD/mois.

Cette perte économique a touché tous les secteurs et niveaux de revenus, mais elle est plus marquée pour les populations déjà vulnérables. Une enquête réalisée en Côte d'Ivoire a révélé que les personnes sans contrat de travail étaient plus susceptibles de connaître une baisse du nombre d'heures travaillées ou une baisse de revenus. En Afrique du Sud, les personnes avec un contrat de travail oral avaient deux fois plus de chances de perdre leur emploi que les travailleurs avec un contrat écrit entre février et avril. Les femmes représentaient

Tous les États membres de l'UA ont constaté une forte hausse de l'insécurité alimentaire et des pertes de revenus



GRAPHIQUE 18

Diagramme en bâtons indiquant les baisses de revenus, l'insécurité alimentaire lors de la semaine précédente (données cumulées par rapport à celles des rapports par pays) et l'aide d'urgence.

¹⁷ Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET). (2020, June 29). COVID-19 pandemic drives global increase in humanitarian food assistance needs: Labor migration restrictions limit seasonal income earning opportunities and crop production potential. Retrieved from <https://fews.net/global/alert/june-29-2020>

¹⁸ Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET). (August 2020). East Africa: Crisis (IPC Phase 3) or worse outcomes remain widespread due to multiple shocks. Retrieved from <https://fews.net/east-africa/key-message-update/august-2020>

¹⁹ Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET). (2020, August 28). COVID-19 pandemic drives global increase in humanitarian food assistance needs: As internal movement restrictions ease, limitations to cross-border labor movements remain in place. Retrieved from <https://fews.net/global/alert/august-28-2020>

deux tiers des personnes ayant perdu leur emploi.^{20, 21} En Zambie, les femmes ont également été beaucoup plus touchées par la diminution du nombre d'heures travaillées²².

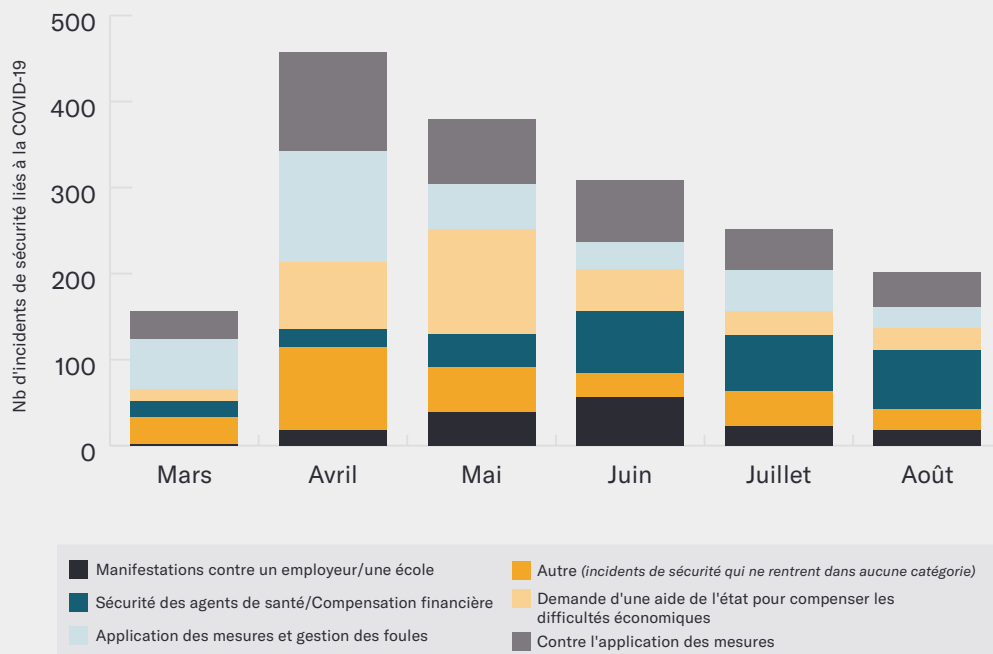
Parallèlement aux baisses de revenus, le problème du travail non rémunéré s'est accentué. D'après l'enquête du PERC, 38% des répondants ont indiqué une hausse de leur charge de travail non rémunéré pendant la pandémie, notamment la prise en charge des enfants et des personnes âgées au sein du foyer, ce qui diminuait leur disponibilité pour des activités rémunérées. Environ la moitié des personnes (44 %) dont les revenus du foyer sont inférieurs à 100 USD/mois ont constaté une hausse de leurs responsabilités.

SSECURITÉ

Une augmentation des troubles sociaux, que ce soit par le biais de manifestations pacifiques ou d'émeutes et de violences commises par et contre des civils, peut avoir des conséquences sur

l'adhésion de la population aux MSSP, et constitue un indicateur du poids que ces mesures font peser sur la population. Plus de 1 700 incidents de sécurité liés à la COVID-19 ont été signalés entre le 1er mars et le 30 août. Ces incidents ont été plus fréquents entre les mois d'avril et juin, période durant laquelle les MSSP étaient les plus strictes, avec un nombre record du nombre d'actions de gestion des foules ou représentants de l'état (forces de police ou forces paramilitaires) faisant respecter des MSSP. Dans certains cas, les actions des représentants de l'État pour faire respecter les MSSP ont entraîné des blessures et décès de civils, souvent suivies de mouvements protestataires contre la violence de l'état (incidents contre l'application des mesures). Le nombre d'incidents de ce type est plus élevé en Afrique du Nord (notamment au Maroc, en Tunisie et en Algérie), où ils sont souvent provoqués par des mouvements de groupes économiques et industriels exigeant une aide du gouvernement plus importante.

Les incidents de sécurité liés à la COVID-19 ont été plus nombreux pendant la période d'application des MSSP les plus strictes entre avril et juin.



GRAPHIQUE 19

Fréquence et nature des incidents de sécurité en Afrique entre mars et août 2020

²⁰ Spaul, N., Ardington, C., Bassier, I., Bhorat, H., Bridgman, G., Brophy, T., Budlender, J., Burger, R., Burger, R., Carel, D., Casale, D., Christian, C., Daniels, R., Ingle, K., Jain, R., Kerr, A., Köhler, T., Makaluza, N., Maughan-Brown, B., ... Zuze, L. (2020). NIDS-CRAM Synthesis Report Wave. Working Paper Series, 17. Retrieved from <https://cramsurvey.org/wp-content/uploads/2020/07/Spaul-et-al.-NIDS-CRAM-Wave-1-Synthesis-Report-Overview-and-Findings-1.pdf>

²¹ Innovations for Poverty Action. (n.d.). Analyse de l'enquête RECOVER en Côte d'Ivoire. Retrieved from https://www.poverty-action.org/sites/default/files/Cote%20d%27Ivoire%20RECOVER%20Survey%20Analysis_French.pdf

²² Innovations for Poverty Action. (n.d.). Analyse de l'enquête RECOVER en Côte d'Ivoire. Retrieved from https://www.poverty-action.org/sites/default/files/Cote%20d%27Ivoire%20RECOVER%20Survey%20Analysis_French.pdf

La portée des premiers dispositifs d'aide

Les gouvernements des États membres de l'UA ont mis en place des dispositifs d'aide pour répondre aux effets secondaires de la pandémie, qui n'ont cependant pas été suffisants.

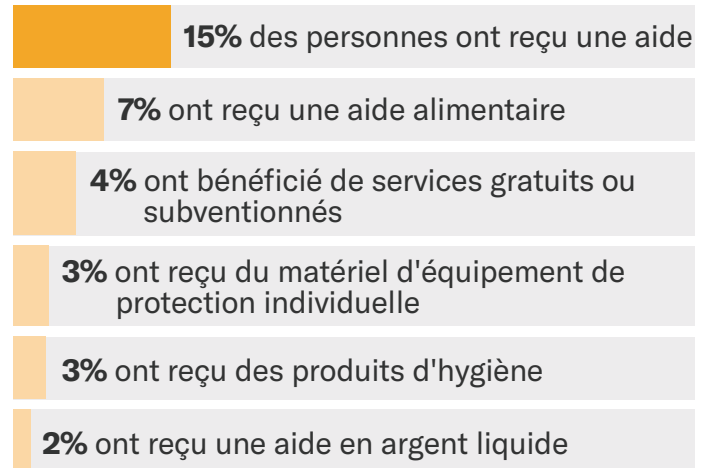
La quasi-totalité des 18 États membres de l'UA qui ont participé à l'enquête du PERC a annoncé des dispositifs d'aide d'urgence permettant de compenser la perte économique des familles avant le début du mois de septembre. Ces mesures comprenaient principalement le versement d'une aide financière en espèces, la distribution de denrées alimentaires, de produits d'hygiène et d'équipement de protection individuelle et des remises sur les factures d'électricité, d'eau et de téléphonie mobile.

Cependant, ces mesures n'ont bénéficié qu'à une petite partie des familles touchées par une perte de revenus. 70 % des répondants ont déclaré une baisse de revenus par rapport à l'année dernière, et seuls 14 % ont signalé avoir reçu une aide supplémentaire de l'État au cours du mois écoulé.

La proportion de la population ayant bénéficié d'une aide d'urgence au cours du mois écoulé varie considérablement selon les pays : 63 % au Sénégal, 22 % en Afrique du Sud et seulement 3 % au Mozambique. Les États qui ont fourni une assistance à une partie plus importante de la population ont ciblé des mesures telles que la distribution de denrées alimentaires et de fournitures ou l'annulation de frais de services publics. Ce type de mesure offre moins de flexibilité qu'une aide financière versée en espèces aux familles, pour répondre à leurs besoins.

Par ailleurs, ces mesures ont manqué d'efficacité pour cibler ceux qui en avaient le plus besoin. D'après les données de l'enquête du PERC, seuls 12 % des personnes issues de familles avec un revenu mensuel inférieur à 100 \$US ont bénéficié de l'assistance de l'État, un pourcentage statistiquement plus faible que celui des familles avec un revenu plus élevé (16 %) ayant bénéficié de cette aide. Les personnes ayant déclaré des pertes de revenus n'étaient pas mieux placées que celles sans perte de revenus pour recevoir une aide de l'État. Dans beaucoup de pays, de nombreuses critiques ont émergé dans les médias traditionnels et réseaux sociaux reprochant au gouvernement d'utiliser ces aides à des fins politiques.

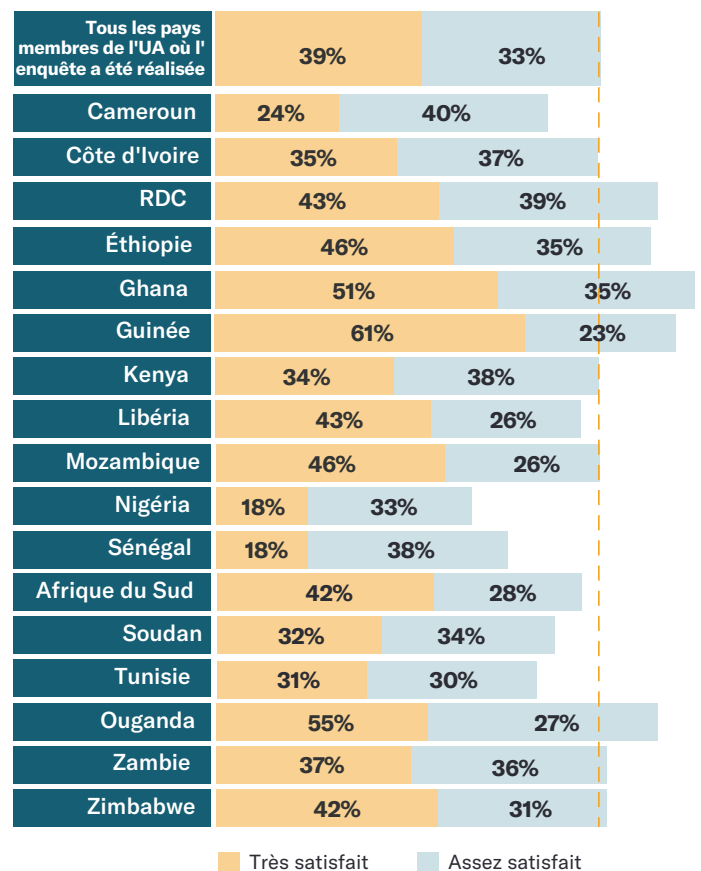
Répartition des types d'assistance reçue



GRAPHIQUE 20

Pourcentage des personnes qui ont répondu à l'enquête qui ont reçu une aide du gouvernement qu'elles ne reçoivent pas habituellement au cours du mois précédent

Presque les trois quarts des répondants se sont déclarés satisfaits de la réponse du gouvernement, un chiffre qui dépasse les 80 % dans cinq pays.



GRAPHIQUE 21

Pourcentage de personnes ayant répondu à l'enquête qui étaient très ou assez satisfaites de la réponse du gouvernement à la COVID-19

Le volume limité de données nuit à l'efficacité de la réponse des gouvernements et autorités locales

Alors que la pandémie sévit depuis six mois, nombre de gouvernements des États membres de l'UA n'enregistrent toujours pas les données essentielles pour comprendre la propagation de la maladie, l'adéquation de la capacité du système de santé à réagir à l'épidémie et les perturbations qu'elle provoque sur l'économie, le système de santé et la société. Ce manque de données limite la réactivité et l'impact des efforts entrepris pour maîtriser l'épidémie au niveau local.

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Dans la plupart des pays, l'enregistrement des données épidémiologiques n'est pas assez fréquent. Des indicateurs clés, tels que le nombre de nouveaux cas confirmés, de cas suspectés et de décès (ventilés par âge et par sexe), le pourcentage de tests positifs, le nombre de nouvelles hospitalisations par jour et le délai d'attente des résultats des tests diagnostics ne sont pas systématiquement enregistrés dans l'ensemble de la région, ce qui complique l'identification des caractéristiques de l'épidémie à l'échelle de chaque pays et de la région. L'enregistrement correct des décès et des causes du décès est un élément nécessaire pour la mise à jour régulière des données liées à la mortalité.

CAPACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

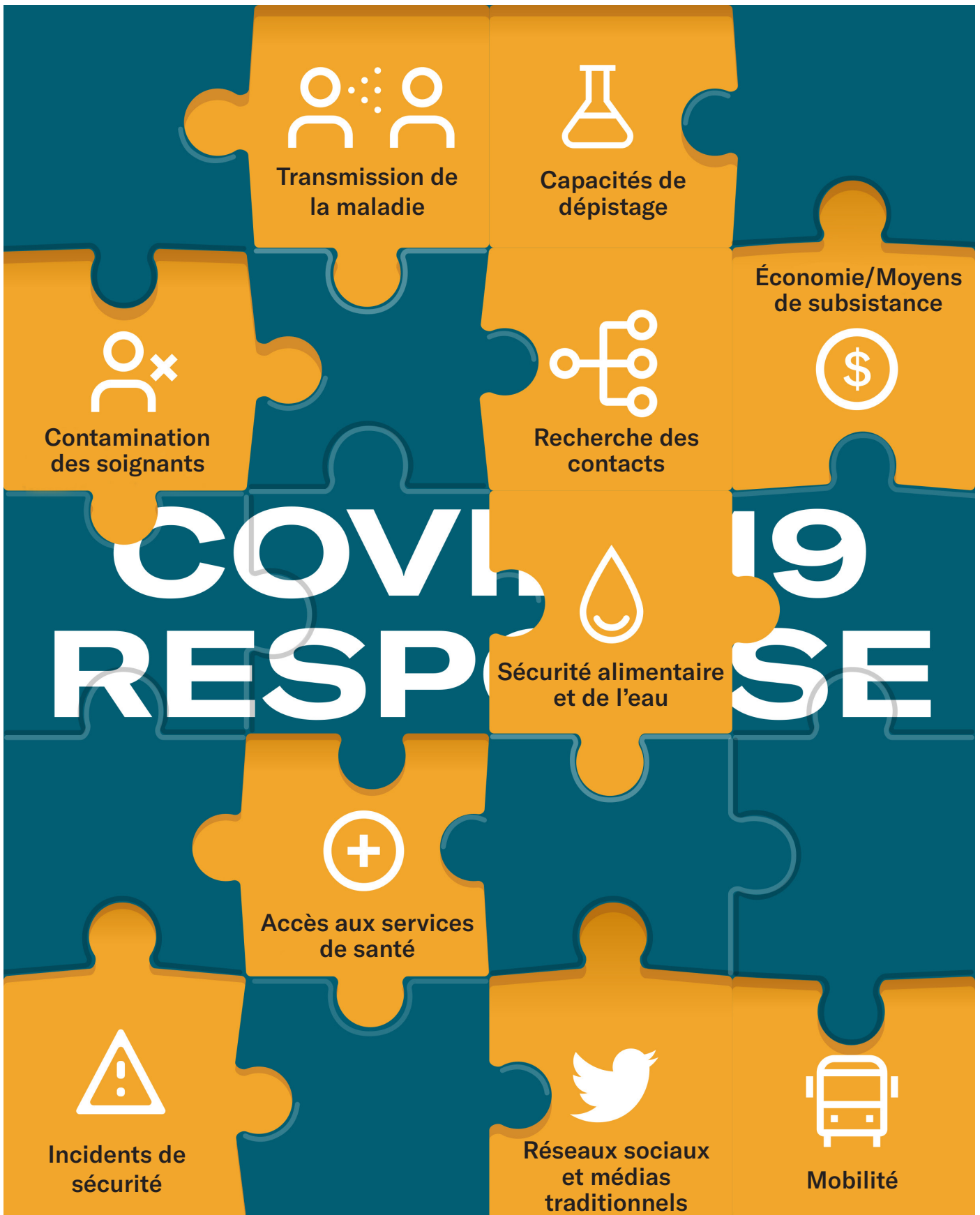
Les données relatives à la santé publique et à la capacité du système de santé sont très souvent absentes des rapports publics. Les données manquantes concernent notamment les indicateurs relatifs aux stratégies de santé publique telles que la recherche de personnes contacts ou les fonctions essentielles du système de santé en lui-même, notamment les protocoles mis en place pour la COVID-19 ou les formations de PCI au sein des établissements de soins de santé, l'utilisation des lits d'hôpitaux et les taux de contamination et de décès des agents de santé. En outre, la collecte systématique de données liées aux effets de la pandémie sur l'accès aux services de santé non liés à la COVID-19 et leur utilisation ainsi qu'à la perturbation des chaînes d'approvisionnement de

médicament est insuffisante.

FARDEAU ÉCONOMIQUE ET SOCIAL

Les données liées aux bouleversements économiques et sociaux sont indispensables pour comprendre les effets secondaires des MSSP et le niveau d'adhésion des communautés. Les données permettant d'aider les gouvernements à cibler les populations en situation de précarité ou vulnérables à d'autres points de vue sont particulièrement importantes. Bien qu'il existe des enquêtes ponctuelles en cours dans certains pays et des études des populations vulnérables basées sur les données préexistantes, il existe peu d'initiatives systématiques permettant de suivre l'évolution des revenus, de la stabilité sociale, ainsi que de l'accès à l'eau, à l'alimentation et aux services essentiels.

Face à ce manque de données, il est difficile d'adapter les MSSP en cherchant un équilibre entre la vie et les moyens de subsistance. Alors que les états commencent à assouplir les MSSP et à relancer l'activité économique, il sera crucial de pouvoir fournir des données fiables en temps quasi réel sur les taux de transmission au sein des communautés et l'adhésion aux mesures de prévention, aux administrations publiques, les autorités locales, les chefs d'entreprise et aux travailleurs. Cela permettra également aux gouvernements de décider où appliquer des mesures plus strictes et où développer la capacité de dépistage, malgré des ressources limitées. L'insuffisance des données rend également difficile la mise en place de restrictions des déplacements ou de mesures de quarantaine en fonction d'une appréhension standardisée du risque de contamination par pays ou par région.



GRAPHIC 22

Recommandations

Consultez la page des ressources pour obtenir plus d'informations sur l'accès aux ressources spécifiques des partenaires du PERC

1. Renforcer la collecte de données pour une prise de décision plus rapide et plus efficace.

Face à une pandémie qui risque de se prolonger pendant de nombreux mois, les pays doivent se concentrer sur la santé publique et sur la collecte de données. Les systèmes de suivi et de collecte de données clés doivent être développés et renforcés, non seulement pour faciliter la réponse à la COVID-19, mais également pour améliorer les dispositifs de surveillance et les systèmes de santé et de protection sociale à l'avenir. Les gouvernements doivent se baser sur les systèmes déjà existants en cherchant à identifier les lacunes et à investir dans la collecte, l'analyse et l'enregistrement des données afin de faciliter la mise en place d'une réponse rapide et efficace. Les priorités doivent se porter sur les domaines suivants (consulter la page Ressources pour obtenir les liens vers les ressources spécifiques) :

- Indicateurs clés sur les cas et la réponse de santé publique
- Enquêtes de séroprévalence
- Surveillance rapide de la mortalité
- Collecte de données détaillées sur les agents de santé contaminés par la COVID-19
- Données sur les impacts sociaux et économiques
- Données sur l'utilisation des services de santé, afin de mesurer les effets indirects de la COVID-19 sur les systèmes de santé

Lorsque il est possible, les gouvernements doivent présenter la situation épidémiologique à la population de manière transparente et veiller à ce que les décideurs locaux aient accès aux données nécessaires par les moyens les mieux adaptés (mises à jour sur la situation, tableaux de bord). Fournir une présentation claire de l'évolution de la pandémie au sein d'un pays permet de renforcer la confiance du public et de l'encourager à continuer de respecter les mesures de prévention, même lorsque le nombre de cas commence à diminuer.

2. Continuer à adapter les MSSP pour trouver un équilibre entre la vie et les moyens de subsistance

Pendant la pandémie, les gouvernements doivent veiller à ce que la population comprenne bien les risques liés à la COVID-19 et réagisse de manière adaptée en respectant les MSSP recommandées. Cependant, ils doivent également s'assurer que la perception du risque ne soit pas trop élevée afin de ne pas causer d'inquiétude excessive qui pourrait conduire les personnes à renoncer à des besoins essentiels, comme des services de santé. Les stratégies clés du gouvernement doivent inclure :

- Plutôt que de mettre en place des confinements généralisés, les, **gouvernements et leurs partenaires internationaux doivent redoubler d'efforts pour encercler le virus** en fournissant une quantité de kits de dépistage et réactifs suffisante pour détecter les cas positifs, rechercher les personnes contacts et isoler les personnes contaminées. Pour fournir du matériel de dépistage et mobiliser les compétences dans cet objectif, les CDC Afrique ont récemment lancé le Partenariat pour accélérer le dépistage de la COVID-19 (PACT) guidé par trois principes : tester, tracer, traiter.²³
- **Faciliter autant que possible l'adhésion des communautés aux mesures de protection individuelle peu coûteuses** — porter un masque, se laver les mains et rester à distance. Les pays qui ont décidé de rendre le port du masque obligatoire doivent veiller à faire appliquer la loi de manière juste et proportionnée, afin que les actions visant à faire respecter les mesures ne nuisent pas plus qu'elles ne bénéficient aux populations vulnérables. Il faut à tout prix éviter d'appliquer des mesures de sanction.
- **Favoriser les MSSP qui ciblent précisément les zones avec le niveau de transmission communautaire le plus élevé, limitent les rassemblements non essentiels ou protègent les populations à haut risque.** Cela peut inclure le maintien de restrictions des grands rassemblements et de limitation de la capacité des lieux de divertissement, ou l'adoption de MSSP destinées aux tranches d'âge les plus vulnérables. D'après la modélisation statistique, ces mesures, associées à un système de dépistage et de traçage performant, peuvent réduire la transmission de la maladie tout en limitant le fardeau imposé à l'économie.²⁴

²³ Africa CDC. (2020, June 4). Partnership to Accelerate COVID-19 Testing (PACT) in Africa – Resources. Retrieved from <https://africacdc.org/download/partnership-to-accelerate-covid-19-testing-pact-in-africa/>

²⁴ Acemoglu, D., Chernozhukov, V., Werning, I., & Whinston, M. D. (2020). Optimal Targeted Lockdowns in a Multi-Group SIR Model (Working Paper No. 27102; Working Paper Series). National Bureau of Economic Research. Retrieved from <https://www.nber.org/papers/w27102>

3. Augmenter la capacité des centres médicaux pour maintenir les services de santé essentiels et encourager les communautés à revenir pour restaurer la demande.

L'enquête a démontré que les gouvernements et les organisations internationales d'aide humanitaire doivent agir rapidement pour restaurer l'accès aux services de santé des soins non liés à la COVID-19 et relancer la demande de ces services auprès de la population. Tous les établissements de santé doivent avoir des protocoles COVID-19 en place clairement présentés au personnel (et aux patients) et disposer d'équipement de protection individuel adapté. Tout cela doit être mis en œuvre avant d'encourager les communautés à augmenter la demande de services de santé.

- **Il est essentiel que les établissements de santé disposent d'un équipement adapté et des services de base, tels que l'eau et l'électricité.** Certains États membres de l'UA ayant participé à l'enquête ont dû fermer des établissements de santé à cause du manque de personnel et d'équipement adapté et d'un stock de médicaments insuffisant. Les gouvernements et leurs partenaires internationaux doivent assurer la réouverture de ces établissements et la sécurité de leur personnel. Les hôpitaux doivent explorer les opportunités offertes par la télémédecine, lorsqu'ils disposent des ressources adaptées et que les patients ont accès à un téléphone ou à internet.
- **Les gouvernements et les organisations internationales d'aide humanitaire doivent mettre en place immédiatement des dispositifs de protection spécifiques pour les agents de santé.** Il est primordial d'augmenter la disponibilité des EPI et la formation sur la prévention et le contrôle des infections, et de faire bénéficier les agents de santé d'un accès prioritaire aux tests et aux traitements de la COVID-19 et à un vaccin potentiel lorsqu'il sera disponible. Les agents de santé doivent également recevoir une rémunération juste pour leur travail et des avantages sociaux adaptés, tels que des congés maladie et un suivi psychologique gratuit.
- **Au niveau de la communauté, les gouvernements doivent se faire aider des dirigeants de communautés et des leaders religieux de confiance pour encourager la population à demander des services de santé non liés à la COVID-19, notamment des soins de santé mentale.** Les gouvernements doivent veiller en priorité à informer la population des services de santé disponibles dans chaque établissement de santé et à stimuler la demande des services les plus essentiels (vaccination, distribution de traitements vitaux, services de santé génésique, services de santé de la mère et de l'enfant, services de santé mentale). Des directives claires doivent être communiquées au public sur les modalités d'accès aux établissements de santé, ainsi que sur les mesures mises en place pour assurer la sécurité des patients et de leurs familles qui se rendent sur place.

4. Privilégier les mesures fondées sur des données probantes pour augmenter la sécurité alimentaire et relancer l'économie

Les gouvernements doivent, dans la mesure du possible, limiter les effets secondaires de la COVID-19 qui représentent le principal problème selon cette enquête, et continueront à l'être tant que la pandémie durera. Les groupes de la population à faible revenu et les personnes vulnérables doivent être pris en charge en priorité.

- **Pour lutter contre l'insécurité alimentaire, les gouvernements doivent mettre en place des aides financières ou, lorsqu'elles ne sont pas envisageables, un soutien alimentaire direct, qui devra être destiné en priorité aux familles en situation de précarité et aux populations vulnérables.** ²⁵ Les gouvernements doivent surveiller les marchés et l'évolution des prix et travailler ensemble pour éviter la perturbation des circuits d'approvisionnement. L'Union africaine et l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture des Nations unies ont organisé leur réponse autour de la protection des systèmes agricoles et chaînes d'approvisionnement alimentaire, avec la création d'un groupe spécial sur l'impact du COVID-19 sur la sécurité alimentaire et la nutrition en Afrique.
- Les aides mises en place doivent s'appuyer sur les systèmes d'assurance et de protection sociale déjà existants, avec l'augmentation du budget du programme et l'expansion verticale des programmes pour y inclure les personnes mises en situation de pauvreté par la pandémie. Pour s'assurer que ces ressources limitées soient bien destinées aux personnes qui en ont le plus besoin, les programmes d'aides doivent comporter des critères d'éligibilité transparents, utiliser des mécanismes de transfert permettant d'atteindre les personnes vulnérables et prévoir des mécanismes intégrés de contrôle indépendant, de recours et de réparation.

²⁵ Les MSSP ne doivent pas empêcher l'accès à la nourriture : début juin, le Mozambique a organisé la fermeture temporaire des marchés pour pouvoir les réorganiser de manière à faciliter la désinfection et à permettre la mise en œuvre des mesures de distanciation physique.

5. Lutter contre la désinformation et continuer à instaurer un rapport de confiance

Les gouvernements doivent travailler étroitement, rapidement et régulièrement avec les dirigeants des communautés et les leaders religieux, en qui les communautés ont confiance pour identifier les fausses informations qui circulent et diffuser des messages cohérents, simples et basés sur des données probantes afin de lutter contre cette désinformation. Ces messages sont plus fréquents sur les réseaux sociaux et les gouvernements doivent surveiller Twitter, Facebook et les autres canaux numériques pour repérer la diffusion de fausses informations. La désinformation liée aux vaccins est particulièrement difficile à contrer, et les responsables de la communication doivent être attentifs aux messages transmis pour corriger ces fausses informations afin qu'ils ne soient pas contre-productifs. Le contenu doit être simple et accompagné d'illustrations si leur utilisation est pertinente, afin de rendre l'information plus facile à retenir. Cette communication doit être effectuée dès que possible et régulièrement. Il est primordial de lutter contre la désinformation liée aux vaccins contre la COVID-19 dès aujourd'hui pour assurer l'acceptation du vaccin lorsqu'il sera disponible.

Conclusion

Alors que la pandémie dure depuis six mois, il est clair que la réponse à la COVID-19 aura des effets sur le long terme, probablement sur les systèmes de santé et l'économie, mais également sur les communautés et le ressenti psychologique de la population. Les conclusions de l'enquête sur les effets secondaires de la pandémie sont marquantes. Face aux nombreux témoignages de pertes de revenu, d'insécurité alimentaire et de perturbation des services de santé, l'aide des gouvernements et des organisations internationales est plus que jamais nécessaire. Il est primordial d'offrir une aide sur le plan technique et financier, mais il faut également veiller à lutter contre la diffusion généralisée de fausses informations. Dans les prochains mois et tant que la pandémie durera, l'équipe du PERC continuera à publier des analyses de données multisectorielles et à partager des contenus clés sur la façon dont les gouvernements peuvent utiliser au mieux ces données dans l'adaptation de leurs stratégies tout en tenant compte des impacts secondaires des MSSP pour limiter la propagation du virus.

Ressources

Pour accéder aux directives et ressources liées à la COVID-19, consulter la page [Ressources sur la COVID-19](#) des Centres africains de prévention et de contrôle des maladies (CDC Afrique) ainsi que la série de [Lignes directrices techniques et par pays sur la COVID-19](#) de l'Organisation mondiale de la santé. Pour accéder aux données nationales issues de l'enquête du PERC et aux autres ressources du PERC, consultez la page [PERC partnership](#). Les ressources suivantes sur la COVID-19 de Resolve to Save Lives, une initiative de Vital Strategies, sont également accessibles :

- [COVID-19 Playbook](#)
- [Staying Alert: Navigating COVID-19 Risk Towards a New Normal](#)
- [COVID-19 Science Hub; COVID-19 Response Center for Cities](#)
- [COVID-10 Risk Communications Hub](#)

D'autres directives et ressources spécifiques sont répertoriées ci-dessous pour chaque recommandation présente dans ce rapport.

Recommandation 1: Renforcer la collecte des données pour agir plus rapidement et plus efficacement

- CDC Afrique : [Revealing the toll of COVID-19 technical package for rapid mortality surveillance and epidemic response](#)
- CDC Afrique : [Generic protocol for a population-based, age- and gender- stratified sero-survey study for SARS-CoV-2](#)
- CDC Afrique : [FIND partner to build capacity for COVID-19 rapid diagnostic tests in Africa](#)
- The Partnership to Accelerate COVID-19 Testing (PACT) : [Monitoring and Evaluation Framework for the Partnership to Accelerate COVID-19 Testing](#)
- RTSL : [Essential information for states and counties to publicly report \(to be adapted\)](#)
- OMS : [Guidance on conducting a country COVID-19 intra-action review](#)
- OMS : [Technical kit on COVID-19 surveillance, case investigation and epidemiological protocols](#)
- OMS : [Public health surveillance for COVID-19: interim guidance](#)

Recommandation 2:**Continuer à adapter les MSSP pour trouver un équilibre entre la vie et les moyens de subsistance**

- Matériel de communication des CDC Afrique : [Simple instructions on how to wear a face mask](#); [Community use of face mask](#)
- CDC Afrique : [Guidance on community physical distancing during COVID-19](#)
- CDC Afrique [Guidance on easing lockdown](#)
- CDC Afrique : [Environmental decontamination in the context of COVID-19 \(for businesses, public transport, etc.\)](#)
- RTSL: [Promoting mask-wearing during the COVID-19 pandemic: A policymakers guide](#)
- Comité permanent interorganisations : [Interim guidance on PHSMs for COVID-19 in low-capacity and humanitarian settings](#)

Recommandation 3:**Renforcer la protection des effets secondaires de la pandémie et maintenir les services de santé essentiels**

- CDC Afrique : [Strategies for managing acute shortages of personal protective equipment during COVID-19 pandemic](#)
- CDC Afrique : [Guidance for the continuation of essential health services during COVID-19 pandemic](#)
- CDC Afrique : [Guidance for mental health and psychosocial support for COVID-19](#)
- CDC Afrique : [COVID-19 Infection Prevention and Control: Your Questions Answered](#)
- CDC Afrique : [Hand washing facility options for resource limited settings](#)
- OMS : [Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context interim guidance](#)
- OMS : [Tailoring malaria interventions in the COVID-19 response](#)

Recommandation 4:**Lutter contre la désinformation et renforcer la confiance**

- Center for Global Development: [Digital Technology in Social Assistance Transfers for COVID-19 Relief](#)
- UK Department for International Development (DFID): [Health and socio-economic impacts of physical distancing for COVID-19 in Africa](#)
- Famine Early Warning System Network (FEWS NET): [COVID-19 Pandemic Impacts on Food Security](#)

- Innovations for Poverty Action: [RECOVR Research Hub](#)
- RTSL: [Using cash transfers to mitigate the impacts of public health and social measures](#)

Recommendation 5:
Lutter contra la désinformation et continuer à instaurer un rapport de confiance

- CDC Afrique : [Webinar: Misinformation around COVID-19 \(EN\) – Africa CDC](#)
- OMS : [Improving vaccination demand and addressing hesitancy](#)
- OMS : [Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic](#)
- OMS : [Coronavirus disease \(COVID-19\) advice for the public: Mythbusters](#)
- OMS : [Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease \(COVID-19\)](#)
- The Lancet: [COVID-19 vaccine trials in Africa](#)