



RÉPONDRE À LA COVID-19
EN AFRIQUE:

UTILISER LES DONNÉES POUR TROUVER UN ÉQUILIBRE



Sommaire

3	Résumé analytique
4	À propos de ce rapport
5	Introduction
6	Contexte
8	Sources de données
9	Comprendre les connaissances et les attitudes relatives à la COVID-19
	Perceptions des risques liés à la COVID-19
	Attitudes à l'égard des mesures de santé publique et sociales et réponse générale des gouvernements
	Soutien en faveur des restrictions en matière de rassemblements publics et de services essentiels
	Obstacles au respect des mesures de santé publique et sociales
	Satisfaction à l'égard de la réponse gouvernementale à la COVID-19
	Respect des mesures de santé publique et sociales
	Incidents de sécurité liés à la COVID-19
15	Recommandations
16	Ressources complémentaires
17	Annexe 1: Méthodologie de l'enquête Ipsos
18	Annexe 2: Autres sources de données

Résumé analytique

Les États Membres de l'Union africaine (UA) ont rapidement mis en place des mesures de santé publique et sociales—les outils les plus performants pour combattre une maladie infectieuse qui se propage rapidement en l'absence de traitements efficaces ou de vaccins—et cela leur a permis d'avoir une longueur d'avance dans la lutte contre le virus. Mais le combat de l'humanité contre ce microbe sera un marathon et non un sprint, et les États Membres de l'UA sont confrontés à une crise qui va durer longtemps.

Dans ce rapport, le **Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19 (PERC)**, un consortium d'organisations mondiales de santé publique et d'entreprises privées, fait la synthèse des résultats d'une enquête conduite du 29 mars au 17 avril 2020 dans 28 villes des États Membres de l'UA. Ce rapport présente également les mesures épidémiologiques en matière de transmission de la maladie ainsi que les indicateurs relatifs aux déplacements des populations et aux troubles civils. Dans l'ensemble, ces données donnent un aperçu unique des conditions initiales en Afrique pendant cette pandémie en évolution rapide.

RÉSULTATS

À ce stade précoce de la pandémie, les populations interrogées présentent de nombreuses similitudes, à la fois en termes de connaissance générale du virus mais aussi en ce qui concerne leur attitude envers les réponses gouvernementales. Cependant, le degré de respect des mesures de santé publique et sociales peut varier selon les populations et ce, alors que le nombre de personnes infectées augmente et que les gouvernements répondent différemment.

La plupart des États Membres de l'UA ont appliqué des mesures de santé publique et sociales rapidement tandis que le nombre de cas enregistrés était faible, mais les données sur la mobilité révèlent des différences pour ce qui est de la rapidité à laquelle les gens ont respecté les restrictions. À l'heure actuelle, les mesures de santé publique et sociales font l'objet d'un consensus qui reste néanmoins fragile. Une grande partie de la population s'attend à ce qu'un confinement prolongé entraîne une insécurité alimentaire et de graves difficultés financières.

Si les gouvernements n'adaptent pas les mesures de santé publique et sociales aux besoins locaux et s'ils n'atténuent pas les effets défavorables les plus graves, ces règles seront de moins en moins respectées et les États Membres de l'UA s'exposeront à des troubles sociaux et à des actes de violence. La prolifération de manifestations pacifiques exigeant une aide gouvernementale est symptomatique de la pression subie par certaines populations et elle met en évidence les lacunes de la réponse actuelle.

Les États Membres doivent continuer le suivi et prendre des mesures sur la base d'un certain nombre de données afin de guider les mesures de santé publique et sociales qu'ils mettent en œuvre. Il y a encore beaucoup de choses à apprendre sur la COVID-19 et les États Membres doivent continuer de partager ce qu'ils ont appris avec la communauté mondiale. Le Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19 actualisera régulièrement ces analyses, en publiant un résumé hebdomadaire des indicateurs clés, et des données régionales mises à jour au fur et à mesure. Les briefings des États Membres de l'UA qui comportent davantage de données détaillées sont **accessibles ici**.

RECOMMANDATIONS

1. Tandis que le nombre de cas reste faible, **renforcer les capacités de la santé publique** à tester, rechercher, isoler et traiter les cas—les fondements nécessaires à la reprise de la vie sociale et des activités économiques.
2. **Suivre les données** sur la manière dont les mesures de santé publique et sociales répondent aux conditions et aux besoins locaux liés à la COVID-19, et déterminer quand et comment les lever afin de trouver un équilibre entre la vie et les moyens de subsistance.
3. **Mobiliser les communautés** pour adapter les mesures de santé publique et sociales au contexte local et communiquer de manière efficace sur les risques pour maintenir le soutien public, assurer le respect généralisé des mesures, et protéger les populations vulnérables.

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 appuie les mesures fondées sur des données probantes pour réduire l'impact de la COVID-19 sur les États Membres de l'UA.

Les organisations membres du PERC sont: **Centres africains de prévention et de contrôle des maladies**; **Resolve to Save Lives, une initiative de Vital Strategies**; **l'Organisation mondiale de la Santé**; la **UK Public Health Rapid Support Team** et le **Forum économique mondial**. **Ipsos** et **Novetta Mission Analytics** apportent leur expérience en étude de marché et analyse des données.

Le PERC a collecté des données sociales, économiques, épidémiologiques, sur les déplacements de la population, et sur la sécurité auprès des États Membres pour déterminer l'acceptabilité, l'impact et l'efficacité des mesures de santé publique et sociales adoptées en réponse à la COVID-19. Ces résultats ont permis au PERC de définir des directives destinées aux gouvernements et aux décideurs, et aux côtés des gouvernements, il œuvre pour atténuer les perturbations sociales et économiques imprévues causées par les mesures de lutte contre la COVID-19.

CONTRIBUTIONS DES PARTENAIRES

Les Centres africains de prévention et de contrôle des maladies (CDC Afrique), la UK Public Health Rapid Support Team et d'autres partenaires ont analysé les données et généré des politiques et des directives. Le CDC Afrique est une institution technique spécialisée de l'Union africaine en charge de la réponse continentale à la COVID-19. Dans le cadre de la collaboration au sein du PERC, le CDC Afrique apporte un leadership technique sur la génération et la communication de données probantes pour les mesures de santé publique et sociales afin de promouvoir les décisions des États Membres.

Ipsos et **Novetta Mission Analytics** ont collecté et permis d'analyser les données sur l'acceptabilité, l'impact et l'efficacité des mesures de santé publique et sociales.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a assuré la direction technique, en définissant la stratégie tout en veillant à ce que les États Membres se saisissent rapidement des données probantes pour ajuster leurs interventions face à la COVID-19. L'OMS jouera également un rôle clé dans le renforcement des capacités et pour veiller à ce que les États Membres partagent rapidement les meilleures pratiques. 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.

Resolve to Save Lives, une initiative de Vital Strategies, a aidé le CDC Afrique à analyser les données et à définir des directives adaptées à chaque pays pour appuyer la mise en œuvre de leurs propres mesures de santé publique et sociales.

Le Forum économique mondial tire parti de son vaste réseau de partenaires issus des secteurs public et privé pour accélérer la diffusion des données en temps réel à travers l'ensemble du continent africain.

Les rapports du PERC, y compris les briefings régionaux et nationaux sont disponibles sur <https://preventepidemics.org/covid19/perc/>. Le PERC établit un résumé hebdomadaire des indicateurs clés et des données régionales sont disponibles au fur et à mesure.

Introduction

En mai 2020, quasiment tous les pays avaient des cas confirmés de COVID-19, et plus de 3 millions de cas avaient été signalés à l'échelle mondiale. Pour éliminer la transmission du virus, les pays ont adopté un ensemble de mesures de santé publique et sociales qui consistent à éviter les poignées de mains et promouvoir le lavage des mains plus fréquent, qui prévoient des dispositions restrictives comme l'annulation des compétitions sportives et des rassemblements religieux, voire des mesures plus sévères comme la fermeture des entreprises et des écoles, et le confinement imposé à tous les résidents.

Ces mesures constituent un puissant levier pour enrayer la propagation de la COVID-19 mais elles impliquent un coût social et économique qui oblige les décideurs à pondérer la vie par rapport aux moyens de subsistance. À terme, le choix de politiques optimales revient à trouver un équilibre qui repose sur l'évaluation de l'impact du virus en constante évolution, l'adaptation des mesures préventives par rapport aux besoins et aux capacités locaux, et l'atténuation des effets les plus défavorables des mesures.

Les pays à revenus faibles et intermédiaires ont des ressources limitées pour atténuer la pandémie et l'interruption des activités sociales et économiques qui en découle. Les mesures de santé publique et sociales réduiront la transmission de la COVID-19, mais alors qu'elles pèsent de plus en plus sur la vie sociale et économique, les gouvernements seront confrontés à une pression croissante pour assouplir les mesures.

Ce rapport rassemble des informations en temps réel sur les dynamiques de la pandémie, les réponses données par les gouvernements et la perception qu'en ont les populations. Il propose des recommandations sur la manière dont les gouvernements peuvent mettre en œuvre les mesures de santé publiques et sociales, tout en conciliant les difficultés économiques et sociales qu'elles peuvent entraîner.

Contexte

D'après les données épidémiologiques, la plupart des États Membres de l'UA sont confrontés à une phase précoce ou d'expansion de la pandémie de COVID-19. L'Afrique a été touchée par le virus après les autres continents, et bien que le nombre de cas confirmés dans les États Membres reste faible, il augmente rapidement. Étant donné que les États Membres de l'UA effectuent en général moins de tests diagnostiques que d'autres régions, le véritable nombre d'infections est probablement plus élevé que le nombre connu à l'heure actuelle (voir page 7).

Les gouvernements africains ont répondu rapidement à la COVID-19 par l'application graduelle de mesures de santé publique et sociales qui constituent les moyens les plus efficaces disponibles pour éliminer la transmission du virus. Il est possible que le déploiement en temps opportun de ces mesures ait donné une longueur d'avance aux États Membres pour l'élimination de la transmission virale: bien qu'il soit difficile de mesurer l'impact précis d'une seule intervention, les États Membres de l'UA n'ont toujours pas documenté l'augmentation vertigineuse des cas constatés dans certaines régions des États-Unis et d'Europe. En Afrique, la réponse initiale a été guidée par l'expérience des pays qui ont été les premiers à subir une forte hausse du nombre de cas, et les pays du monde entier doivent continuer à tirer les enseignements des expériences des uns et des autres. Mais pendant que la pandémie continue, les États Membres de l'UA doivent définir leurs plans, adaptés à la gravité de l'épidémie et à d'autres conditions locales.

L'efficacité des mesures de santé publique et sociales dépend de la compréhension, de la volonté et de la capacité à les respecter des populations. Outre le suivi de la propagation de la COVID-19, les gouvernements doivent tenir compte de la perception que le grand public a par rapport au risque inhérent à la maladie et des attitudes envers les mesures de santé publique et sociales potentielles ou en cours, et ils doivent identifier les obstacles qui entravent le respect de ces mesures à court et à long terme. Cela aidera les gouvernements à adapter leurs interventions aux maladies locales et à les accompagner de mesures d'aide qui les pérennisent au fil du temps.

Risques impliqués par la mise en œuvre des mesures de santé publique et sociales sans prise en compte du contexte local

L'application déterminée des mesures de santé publique et sociales a permis de ralentir la propagation de la COVID-19 dans un certain nombre de pays, y compris l'Italie, la Chine et la Corée du Sud. Ces mesures peuvent néanmoins avoir des conséquences dommageables sur le plan social et économique, qui pourraient l'emporter sur les bénéfices pour la santé publique, surtout dans les milieux aux ressources limitées.

Difficultés économiques: La fermeture des lieux de travail, la quarantaine et le confinement peuvent causer de fortes baisses de revenus pour l'ensemble des travailleurs, en particulier les travailleurs journaliers et ceux qui travaillent dans l'économie informelle et ont un filet de sécurité limité voire peu de recours pour compenser les pertes de salaires.

Insécurité alimentaire et malnutrition: Les personnes qui ont perdu leur salaire ont moins de pouvoir d'achat pour se procurer de la nourriture. Par ailleurs, la perturbation des chaînes d'approvisionnement peut réduire l'approvisionnement alimentaire et faire grimper les prix. Le fait de fermer ou de limiter l'accès aux marchés peut entraîner davantage de difficultés, car il est possible que les gens n'aient pas les moyens d'acheter ou de stocker de grandes quantités de nourriture.

Violence: Lorsque la réponse des gouvernements est source de défiance au sein des populations, et quand les autorités ne parviennent pas à impliquer les parties prenantes et les leaders communautaires dans la définition et l'application de mesures de santé publique et sociales, les épreuves quotidiennes liées à la pandémie peuvent déclencher des flambées de violence, comme cela fut le cas à diverses occasions pendant l'épidémie du virus Ebola en 2014-2015.¹ Les restrictions en matière de déplacements et l'isolement social causés par les épidémies, associés à des pressions sociales et économiques accrues, ont aussi entraîné l'accroissement de la violence à l'égard des femmes.²

1 Cohn, S., & Kutalek, R. (2016). Historical Parallels, Ebola Virus Disease and Cholera: Understanding Community Distrust and Social Violence with Epidemics. *PLoS currents*, 8.
2 Organisation mondiale de la Santé. (7 avril 2020). COVID-19 et violence à l'égard des femmes: ce que le secteur et le système de santé peuvent faire. Extrait de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331762> le 27 avril 2020

La propagation de la COVID-19 en Afrique

Bon nombre d'États Membres de l'UA ont de sérieuses lacunes en matière de préparation aux épidémies (notamment du fait du nombre réduit de personnels de santé et des faibles capacités pour dispenser des soins importants³) qui les exposent particulièrement aux effets négatifs de la pandémie sur le plan social, économique et sanitaire. Mais la croissance exponentielle des cas de COVID-19 observée dans d'autres régions du monde n'a pas encore eu lieu en Afrique.

La jeunesse relative de la population peut constituer un facteur de protection. D'après les données actuelles, les personnes âgées infectées par la COVID-19 sont exposées à des risques accrus de maladie grave. Mais en Afrique subsaharienne, seul 3% de la population est âgée de 65 ans ou plus, et 43% de la population est âgée de moins de 15 ans. Le contraste est saisissant par rapport à d'autres régions comme l'Union européenne où 20% de la population est âgée de 65 ans ou plus et où 15% de la population a moins de 15 ans.^{4,5} Les personnes âgées étant moins nombreuses dans plusieurs États Membres de l'UA, il se peut qu'il soit plus facile de les protéger face à l'infection.

Les actions décisives adoptées de façon précoce par bon nombre de gouvernements africains ont probablement ralenti la transmission. L'Afrique du Sud a déclaré l'état de catastrophe nationale et appliqué un confinement à l'échelle du pays avant de déclarer son premier décès lié à la COVID-19. L'Ouganda a suspendu les rassemblements publics avant son premier cas. Le Nigéria a commencé à dépister les passagers dans les aéroports internationaux près d'un mois avant la détection du premier cas sur son territoire. Ces actions et d'autres mesures adoptées rapidement ont probablement réduit la propagation du virus.

Mais les États Membres de l'UA peuvent encore entrer dans une phase de transmission rapide de la maladie. Dans beaucoup de pays, les premiers cas observés l'ont été parmi des voyageurs et leurs contacts proches, et ce, des semaines avant que les pays aient documenté une transmission communautaire généralisée. Si ces schémas se répètent dans les États Membres de l'UA, ces derniers pourraient connaître une croissance exponentielle des cas alors que la transmission s'accélère, en particulier si les mesures de santé publique et sociales sont levées trop tôt ou si on observe un fléchissement du respect de ces mesures par la communauté.

Il est possible que le faible nombre de cas observés ne reflète pas la prévalence actuelle de l'infection. Au 30 avril 2020, 36 763 cas de COVID-19 et 1 591 décès ont été déclarés en Afrique.⁶ Mais les prévisions fondées sur les taux de létalité de l'infection (pourcentage de morts parmi tous ceux qui sont infectés par la COVID-19) suggèrent que les cas ont été sous-estimés. D'après une estimation récente, le taux de létalité de la COVID-19 était de .66%⁷. Selon ce raisonnement, le nombre total de cas escomptés pour 1 591 morts devrait être plus proche de 200 000 soit six fois le nombre de cas enregistrés.

3 Finnan, D. (2020). Lack of Covid-19 treatment and critical care could be catastrophic for Africa. RFI consulté sur <https://bit.ly/2SduDE1>

4 <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>

5 <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.0014.TO.ZS?view=chart>

6 CDC Afrique. (2020). COVID-19. Extrait de <https://africacdc.org/covid-19/>

7 Verity, R., Okell, L., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imani, N., et al. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. The Lancet. Infectious Diseases, online only. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)

Sources des données

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 des impacts économiques et sociaux qu'ont les mesures visant au ralentissement de sa propagation sur les personnes, les familles et les communautés.



Données épidémiologiques: Le PERC a analysé les données relatives aux cas diagnostiqués et aux décès rassemblées par le Centre européen de prévention et contrôle des maladies (ECDC) pour identifier les États Membres de l'UA qui sont confrontés à l'accélération des épidémies.⁸ Deux « déclencheurs épidémiologiques » ont été utilisés pour identifier ces États Membres: trois jours consécutifs de croissance de 10% ou plus du nombre de cas confirmés, ou un temps de doublement de moins de cinq jours.

Données issues de la presse écrite et des réseaux sociaux: Novetta Mission Analytics a analysé la presse écrite et les messages liés à la COVID-19 publiés sur Twitter par les utilisateurs en Afrique et elle a comparé les informations émanant des autorités gouvernementales et sanitaires avec les récits diffusés par le public. Les résultats mettent en évidence des écarts en matière de connaissances, la prévalence de la désinformation et le manque de réponse adaptée aux préoccupations des communautés par rapport à la mise en œuvre des mesures de santé publique et sociales.

Données sur les tests de dépistage: Le PERC a analysé les données accessibles au public qui sont issues des statistiques et du site de recherche de Our World in Data.⁹

Données sur la mobilité: Le PERC a analysé les données collectées par Google à partir des comptes de ses abonnés dans 25 États Membres de l'UA, en se concentrant sur les visites d'espaces de loisirs et d'établissements de vente.¹⁰ (du 16 février au 26 avril 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 Project¹¹ du 29 janvier au 25 avril 2020.

Enquêtes auprès des résidents des zones urbaines: Du 29 mars au 17 avril 2020, le PERC a conduit des enquêtes dans 28 villes de 20 États Membres de l'UA (voir la liste à droite), en s'appuyant sur toutes les régions de l'Union, pour évaluer l'impact de la crise sur les gens et leurs attitudes à l'égard des mesures de santé publique et sociales qui étaient en vigueur. L'enquête s'est concentrée sur des centres de population importants qui sont exposés à une transmission rapide. Les zones couvertes par l'enquête et les dates du travail de terrain sont récapitulées dans l'Annexe 1. D'autres recherches pour lesquelles les données du présent rapport serviront de référence, sont prévues pour les mois à venir.

Des informations plus détaillées sur les sources des données sont résumées dans l'Annexe 2.



Les villes incluses dans l'enquête:

Abidjan, Côte d'Ivoire
Accra, Ghana
Addis-Abeba, Éthiopie
Le Caire, Égypte
Casablanca, Maroc
Guinée, Conakry
Dakar, Sénégal
Dar Es Salaam, Tanzanie
Durban, Afrique du Sud
Goma, RDC
Harare, Zimbabwe
Johannesburg, Afrique du Sud
Kampala, Ouganda
Kano, Nigeria
Khartoum, Soudan
Kinshasa, RDC
Lagos, Nigeria
Lusaka, Zambie
Maputo, Mozambique
Mombasa, Kenya
Monrovia, Libéria
Nairobi, Kenya
Pretoria, Afrique du Sud
Rabat, Maroc
Tunis, Tunisie
Yaoundé, Cameroun
Zanzibar, Tanzanie

⁹ <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>

¹⁰ <https://ourworldindata.org/coronavirus>

¹¹ <https://acleddata.com/#/dashboard>

¹² <https://www.google.com/covid19/mobility>

Comprendre les connaissances et les attitudes relatives à la COVID-19

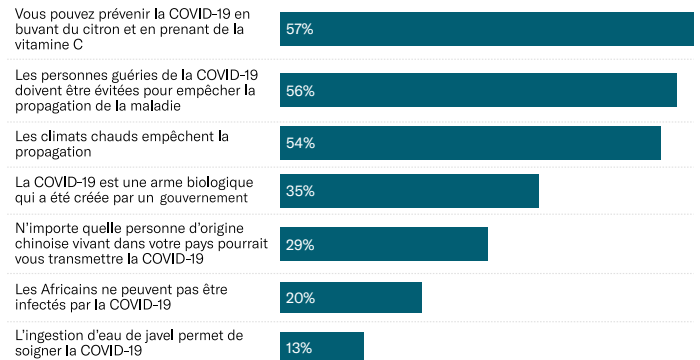
Résultats de l'enquête

Connaissances sur la COVID-19

Les connaissances à propos de la COVID-19 et ses symptômes sont très répandues au sein des populations urbaines interrogées dans les 20 États Membres. Mais les données indiquaient aussi des lacunes systématiques. Un répondant sur huit (13%) ne savait pas qu'il était possible que les personnes infectées ne présentent aucun symptôme pendant 5-14 jours après avoir été infectées.

Les connaissances relatives à la COVID-19 sont presque universelles (plus de 98%) dans les États Membres mais des idées fausses persistent

Pourcentage de personnes qui croient qu'une affirmation inexacte est incontestablement ou probablement vraie



Un tiers (32%) des répondants ont dit ne pas avoir suffisamment d'informations sur le coronavirus.

24%

veulent plus d'informations sur la manière de soigner la COVID-19 et s'il existe un remède

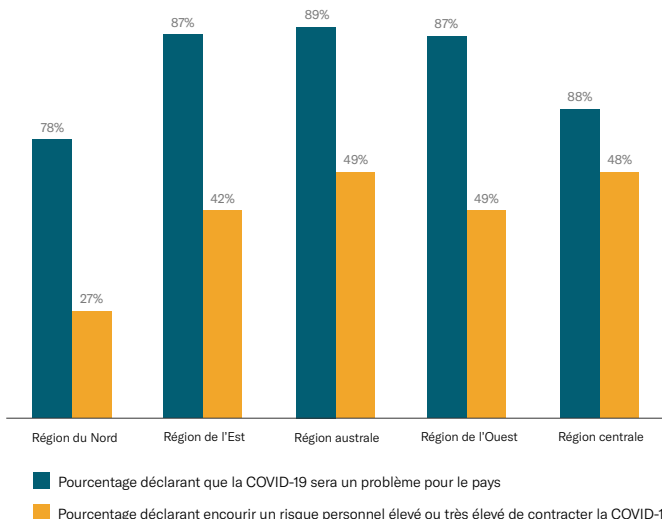
22%

veulent plus d'informations sur la manière de se protéger eux-mêmes et de protéger leurs familles

17%

veulent plus d'informations sur la manière dont la COVID-19 se propage

Dans les 5 régions africaines, les répondants ont déclaré qu'ils pensaient que le virus représentait un risque plus important pour les États Membres que pour eux en tant qu'individus



Perceptions des risques liés à la COVID-19

Les résultats de l'enquête indiquent, que bien que la majorité des répondants croient que la COVID-19 pose un problème majeur au niveau national, leur perception du risque qu'ils courent de contracter la maladie est beaucoup plus faible. Près de neuf répondants sur 10 (86%) s'attendent à ce que le coronavirus soit un « gros problème » dans leurs États Membres, mais seuls 44% d'entre eux pensent qu'ils sont exposés à un risque élevé d'attraper la maladie.

Cette perception limitée du risque personnel peut remettre en cause le respect des mesures de santé publique et sociales, en particulier celles qui sont maintenues durant de longues périodes, ou qui requièrent des sacrifices personnels.

Attitudes à l'égard des mesures de santé publique et sociales et réponse générale des gouvernements

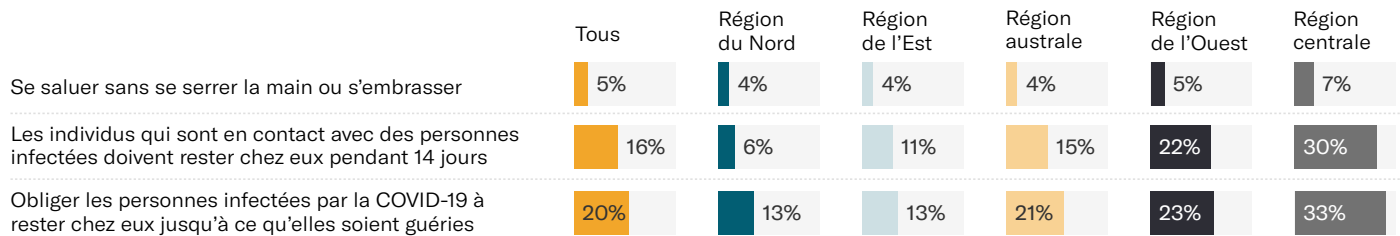
Soutien à l'égard des mesures personnelles

Les enquêtes ont indiqué un soutien quasiment universel de l'adoption de nouvelles mesures personnelles pour réduire la transmission de la maladie comme le fait d'éviter les poignées de main et les embrassades pour se saluer.

Les mesures d'hygiène draconiennes recueillaient aussi un large soutien, mais leur adhésion variait considérablement. Bon nombre d'utilisateurs des réseaux sociaux, surtout dans les zones urbaines des régions centrale et australe, ont souligné le « caractère incompréhensible » de l'obligation de se laver les mains régulièrement alors que l'accès à l'eau est limité.

L'opposition aux mesures de santé publique et sociales était généralement faible

Pourcentage des répondants qui **ne** soutiennent **pas** les mesures



L'analyse de la presse écrite et des réseaux sociaux menée par le PERC a révélé plusieurs tendances



Les mesures relatives à l'hygiène personnelle et au lavage des mains ont fait l'objet de vastes débats sur Twitter, avec la promotion de ces mesures par les ministères, les organisations internationales et les ambassades. Les utilisateurs de Twitter ont attiré l'attention sur l'insécurité de l'eau comme étant un obstacle au respect des mesures de lavage des mains, en particulier au Cameroun,

au Gabon, en Libye et au Zimbabwe. Au Nigéria, des associations de la société civile ont incité à utiliser du savon et du désinfectant pour les mains avant les ablutions et la prière, une question d'autant plus saillante en période de Ramadan.

La sécurité alimentaire a été citée comme une préoccupation majeure des populations pauvres à travers l'Afrique, en particulier dans les régions australe, centrale et orientale. Un grand nombre de groupes et d'individus ont fait part de leur inquiétude face à l'aggravation de l'insécurité alimentaire au Zimbabwe. Dans ce pays, le média alternatif The Feed Zimbabwe a activement rendu compte de ce problème, en tweetant le 27 avril que les pénuries avaient contraint les Zimbabwéens à se passer des mesures de distanciation

physique pour faire la queue pour obtenir de la nourriture.

Les mesures de distanciation physique ont été abordées dans le contexte des marchés publics que les utilisateurs ont cité comme étant un lieu où les règles étaient peu respectées. Un reporter marocain a partagé une vidéo montrant un marché bondé avec les propos suivants en légende : « #Corona Morocco, le confinement n'a lieu que sur les réseaux sociaux, la réalité est toute autre. » Au Burundi, les utilisateurs de Twitter ont expliqué que la distanciation physique était peu respectée dans ce pays, ils ont critiqué le gouvernement qui selon eux, a partagé peu de directives, et ils se sont dits préoccupés par rapport aux événements et aux rassemblements liés aux prochaines élections

burundaises qui auront lieu le 20 mai.

Les ordres de confinement des gouvernements étaient aussi un des grands thèmes abordés. Dans la région du Nord où certains États Membres ont assoupli les mesures de restrictions en matière de voyage et les couvre-feux pour le Ramadan, les réactions des utilisateurs de Twitter étaient diverses: certains se sont réjouis de pouvoir rendre visite à leur famille tandis que d'autres ont critiqué les changements de politiques qui leur ont semblé sentimentalistes et dangereuses. En Afrique du Sud, les utilisateurs de Twitter soutenaient leur Président, Cyril Ramaphosa. Plusieurs vidéos visant à montrer les manifestations et la violence en réponse au confinement se sont avérées être falsifiées.

Soutien en faveur des restrictions en matière de rassemblements publics et de services essentiels

Les données de l'enquête font état d'un soutien quasiment universel en faveur des mesures limitant les rassemblements publics pour lutter contre la COVID-19. En général, les répondants soutenaient les restrictions imposées aux rassemblements religieux.

Lorsqu'on leur a demandé des alternatives à la prière en personne et aux rassemblements religieux, la solution la plus fréquemment citée était la télévision ou la diffusion sur le Web (47%) suivie de la diffusion à la radio (46%). L'enquête a révélé un soutien limité à l'égard de la fermeture des espaces et des services essentiels à l'économie y compris l'accès aux marchés.

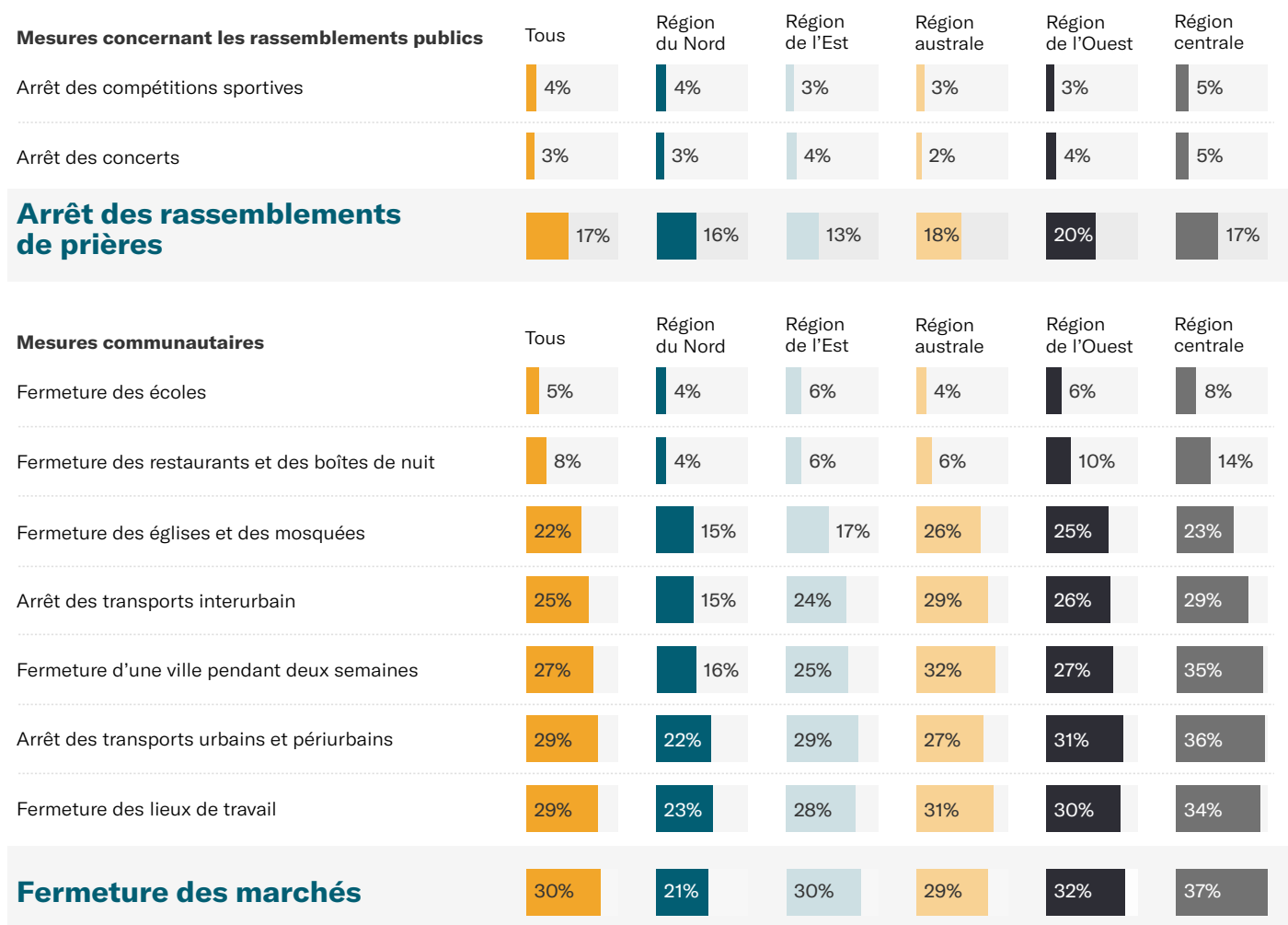
L'enquête a été conduite de fin mars à mi-avril, peu de temps après l'entrée en vigueur de la plupart des mesures de santé publique et sociales; ce haut

niveau de soutien peut s'atténuer au fil du temps, alors que les impacts négatifs et les obstacles à la mise en œuvre se multiplient. L'opposition peut s'accroître parmi les groupes les plus vulnérables, comme les travailleurs ou vendeurs journaliers qui peuvent être sous-représentés dans l'échantillon de l'enquête.

Lorsqu'on leur a demandé des alternatives à la prière en personne et aux rassemblements religieux, la solution la plus fréquemment citée était la télévision ou la diffusion sur le Web (48%) suivie de la diffusion à la radio (46%).

L'opposition était plus forte à l'égard des mesures comme la fermeture des lieux de travail et des marchés

Pourcentage des répondants qui **ne** soutiennent **pas** les mesures



Obstacles au respect des mesures de santé publique et sociales

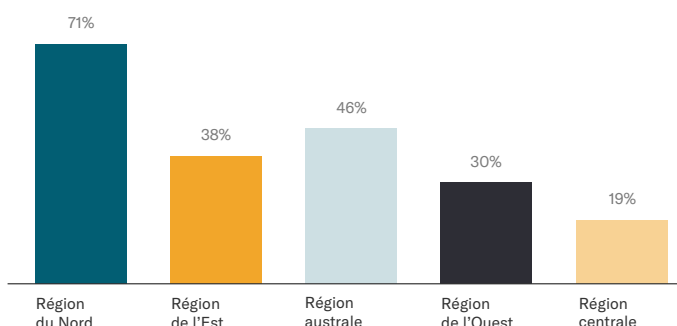
La moitié des répondants ont estimé qu'ils manqueraient d'argent et de nourriture en l'espace d'une semaine ou moins. Les ménages dont les revenus sont les plus faibles peuvent s'attendre à des manques qui se feraient sentir plus tôt.

Au Nigéria et au Kenya, les utilisateurs des réseaux sociaux ont fait remarquer que dans les centres urbains, la faim les contraignait à enfreindre les mesures de confinement pour aller chercher de la nourriture.

Les données de l'enquête montrent que les attitudes publiques et les contraintes physiques poseront problème pour isoler les personnes malades. Globalement, la majorité des répondants (59%) ont dit qu'ils manquaient d'espace physique pour isoler les personnes malades : dans 12 États Membres sur 20, moins de la moitié des répondants ont dit qu'ils avaient une salle séparée pour isoler les personnes malades. Vingt pour cent des répondants se sont opposés à l'isolement à domicile des personnes infectées, bien que ce taux ait été variable selon la région, allant de 13% d'opposition dans les régions du Nord et du Sud à 32% dans la région centrale. Une proportion similaire de répondants se sont dits opposés au fait d'exiger l'auto-isolement des personnes en contact avec des personnes infectées: dans l'ensemble 16% allant de 6% dans la région du Nord à 30% dans la région centrale.

Plus d'un quart (27%) des femmes ont dit, que si les écoles étaient fermées, elles n'auraient personne pour s'occuper de leurs enfants.

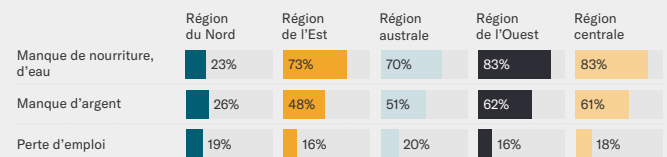
Quel est votre degré de satisfaction par rapport à la réponse de votre gouvernement face à COVID-19?



Pour les groupes vulnérables, le respect des mesures de santé publique est un choix entre la COVID-19 et la faim.

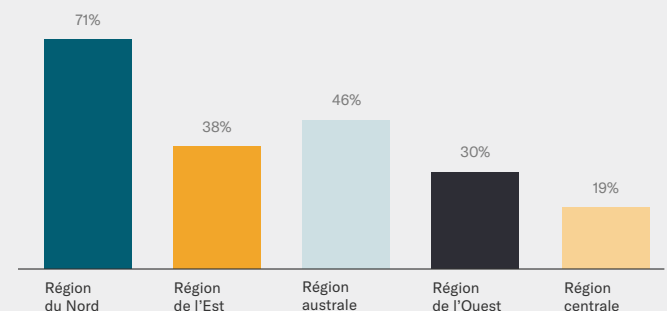
Obstacles importants face aux mesures de confinement

Pourcentage de répondants qui seraient confrontés à des obstacles face à une mesure de confinement de 14 jours



Les obstacles à l'isolement des membres de la famille qui sont malades

Pourcentage de répondants qui ne disposent pas d'une pièce séparée à leur domicile pour isoler les personnes atteintes du COVID-19



Satisfaction à l'égard de la réponse gouvernementale à la COVID-19

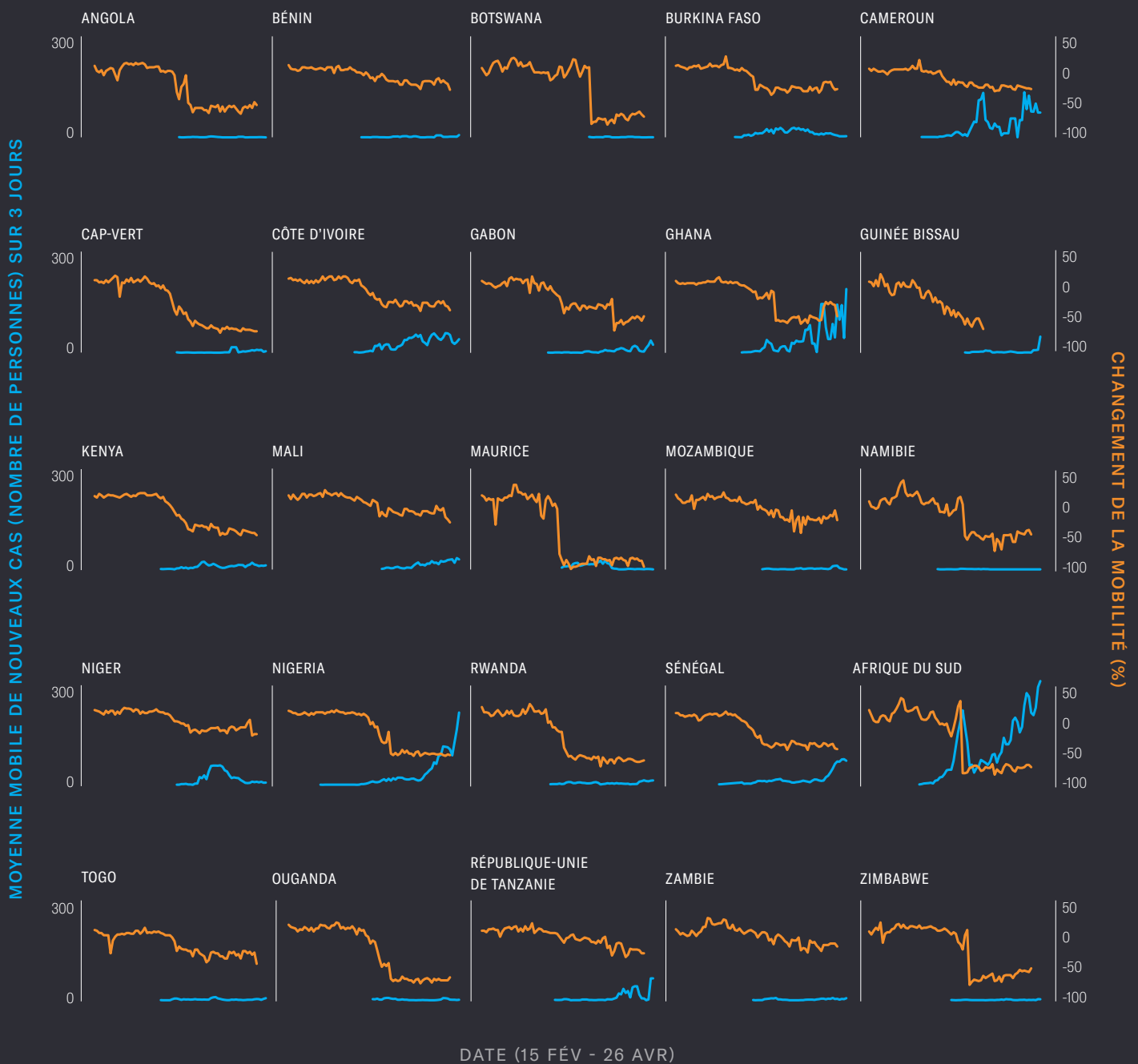
Une majorité de répondants ont déclaré qu'ils faisaient confiance aux informations du gouvernement, mais les répondants âgés de 18 à 25 ans sont plus susceptibles de s'en méfier (61%) que ceux qui sont âgés de plus de 46 ans (74%).

A travers le continent, l'analyse de la presse écrite et des réseaux sociaux indiquait des opinions plus positives que négatives sur la gestion de l'épidémie par les gouvernements. Les tentatives visant à fournir des aides pour contrer les effets économiques des mesures de santé publique et sociales ont recueilli un avis particulièrement favorable.

Respect des mesures de santé publique et sociales

Les données agrégées des déplacements des utilisateurs de téléphones mobiles peuvent être utilisées pour mesurer le respect des mesures de santé publique et sociales qui restreignent les déplacements ou imposent la distanciation physique. Les États Membres avec une forte réduction de la mobilité peuvent avoir davantage confiance dans le respect des mesures de santé publique et sociales par leurs populations. Les données relatives au respect des mesures permettent aux États Membres d'identifier les domaines qui requièrent une communication ou une intervention supplémentaire.

Changements au niveau des cas et de la mobilité de la population de février à mai 2020



● Moyenne mobile de nouveaux cas (nombre de personnes) sur 3 jours

● Changement de mobilité pour les établissements de vente et les espaces de loisir (pourcentage)

Incidents de sécurité liés à la COVID-19

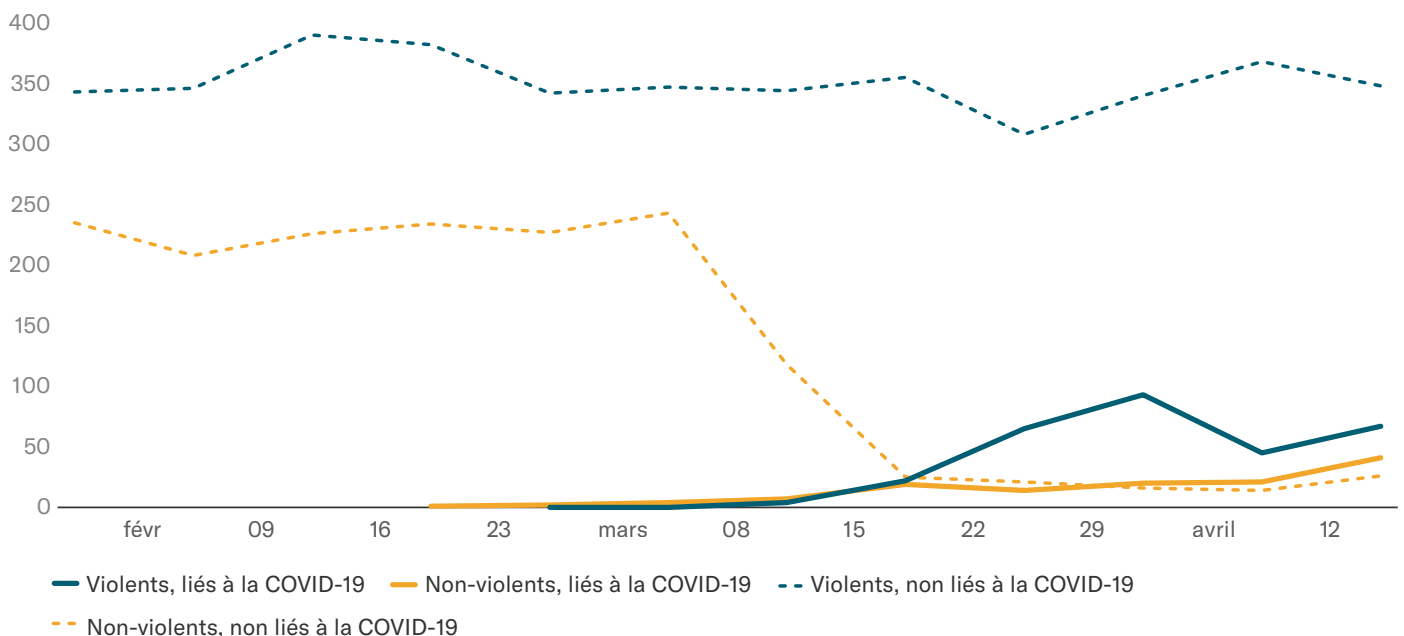
Les incidents de sécurité—y compris les manifestations pacifiques, les émeutes et la violence de masse par et contre les civils—peuvent être un baromètre important. Une augmentation des troubles civils ou de l'insécurité peut impacter le respect des mesures de santé publique et sociales ou être un signal d'alarme quant au fardeau que de telles mesures imposent à la population. En outre, elle peut mettre en lumière les violences injustifiées perpétrées par les forces de l'ordre ou les militaires chargés de faire respecter les mesures.

L'analyse du PERC montre qu'avec l'augmentation des cas de COVID-19, des restrictions ont été instaurées et le nombre d'incidents connexes a aussi augmenté. Les données sous-jacentes définissent les incidents comme « violents » si les participants commettent des actes de violence ou s'ils provoquent une réaction violente de la part du gouvernement, indépendamment de toute violence commise par les manifestants. Selon cette définition large, l'augmentation concernait essentiellement des incidents violents plutôt que des incidents non-violents.

Les trois raisons les plus courantes à l'origine des manifestations non-violentes étaient de demander une meilleure protection des agents de santé, d'attirer l'attention sur les effets des mesures de santé publique et sociales sur le plan économique et en termes d'insécurité alimentaire, et d'exiger un soutien accru du gouvernement pour les atténuer.

Classement	Motifs courants	Incidents non-violents
1	Chercher à bénéficier d'un soutien supplémentaire de la part du gouvernement	42%
2	Demander la protection des agents de santé	31%
3	Opposition aux restrictions imposées aux entreprises	26%
4	Demander des améliorations en matière de sécurité de la population générale	24%
5	Opposition aux restrictions imposées aux déplacements physiques	20%
6	Opposition aux restrictions imposées aux pratiques religieuses	12%
7	Demander des réparations aux entreprises privées	12%
8	Réaction suite à des actes de violence commis précédemment par le gouvernement	4%

Incidents de sécurité par type (quelle que soit la partie à l'origine de la violence)



Recommandations

Renforcer les systèmes de santé publique pour un redressement durable

La mise en œuvre précoce des mesures de santé publique et sociales par les États Membres de l'UA a ralenti la propagation de la COVID-19 et leur a permis de gagner du temps. Tandis que le nombre de cas reste faible, les gouvernements doivent renforcer les capacités de la santé publique à tester, rechercher, isoler et traiter les cas. Ces étapes sont essentielles pour encercler le virus, le fondement nécessaire à la reprise de la vie sociale et des activités économiques.

Le renforcement des capacités en vue d'un redressement durable passe en partie par le maintien des services essentiels pour les maladies autres que la COVID-19, comme les soins maternels, le paludisme et les programmes de vaccination. Pendant l'épidémie de la maladie à virus Ebola, plus de gens sont morts à cause d'Ebola que de la maladie elle-même. Les gouvernements doivent impérativement maintenir les services essentiels en toute sécurité, et privilégier la protection des professionnels de santé face à tout type d'infections.

Assurer le suivi des données sur la manière dont les mesures de santé publique et sociales répondent aux conditions et aux besoins locaux liés à la COVID-19

La situation des communautés touchées par la COVID-19 varie selon les communautés. Les décideurs doivent collecter et analyser un éventail d'informations, y compris les données sanitaires, sociales, économiques et de sécurité et les examiner conjointement. Cette vision holistique permet aux décideurs de comprendre dans quelle mesure les communautés sont capables de respecter les conseils en matière de santé publique et de découvrir les obstacles à leur mise en œuvre. En saisissant l'impact sur la maladie et les moyens de subsistance, les décideurs sont mieux placés pour adapter les mesures de santé publique et sociales, pour prévoir des mesures d'atténuation ciblées et veiller à ce qu'ils puissent assouplir les restrictions en toute sécurité.

Les décideurs doivent continuer à surveiller les signes de troubles civils de manière à pouvoir remédier aux causes sous-jacentes et maintenir le soutien à l'égard des mesures qui permettent de sauver des vies.

Ces données doivent aussi guider le moment et la manière d'adapter voire de lever les restrictions, en trouvant un équilibre entre la vie et les moyens de subsistance. Lorsque les restrictions mettent en péril la sécurité alimentaire, les gouvernements doivent adapter les mesures pour que les marchés restent accessibles et ils doivent envisager des transferts directs de nourriture.

Mobiliser les communautés pour adapter les mesures de santé publique et sociales au contexte local et communiquer de manière efficace sur les risques pour préserver le soutien public

L'enquête a indiqué un taux d'acceptation élevé des mesures de santé publique et sociales au sein des communautés, cependant des obstacles majeurs au respect des mesures de santé publique et sociales ont été signalés. Les décideurs doivent collaborer avec les communautés pour réduire l'impact des mesures de santé publique et sociales sur les moyens de subsistance sans pour autant sacrifier l'efficacité des mesures de distanciation.

Les données de l'enquête révèlent que beaucoup de gens ont le sentiment que la COVID-19 représente un problème grave pour leur État Membre mais que le risque est relativement faible sur le plan personnel. Les décideurs doivent remédier à ce décalage en faisant part du risque partagé au sein d'une communauté inhérent à la COVID-19, en tirant parti des médias de masse qui sont plus accessibles et communément utilisés, en particulier par les populations vulnérables, et en impliquant des leaders locaux de confiance dans la mesure du possible. Il est aussi essentiel que les leaders de la réponse à la COVID-19 communiquent clairement à propos du positionnement de leur communauté sur la courbe de l'épidémie (faible propagation, certaine propagation, forte propagation) et des comportements à respecter pour empêcher de nouvelles infections à ce moment-là. Cela permettra d'accroître les efforts de cohésion à l'échelle de la communauté et d'inciter à un respect plus large des mesures de santé publique et sociales.

Lors d'une pandémie, les gouvernements doivent communiquer par le biais des canaux médiatiques qui leur permettent d'atteindre le plus de personnes possibles, en particulier les populations vulnérables. Pour la majorité des répondants (62%), la télévision constituait leur source d'information « normale », suivie des réseaux sociaux y compris Facebook, YouTube et Twitter (29%), la radio (27%) et les chaînes de télévision internationales (18%).

Conclusion

La réponse rapide de l'Afrique face à la pandémie de COVID-19 a permis aux gouvernements de gagner du temps pour renforcer les systèmes de santé afin de détecter, maîtriser et prévenir de nouveaux cas. Il est aussi fondamental que les gouvernements continuent d'utiliser des données en temps réel pour comprendre comment les communautés s'adaptent aux mesures de santé publique et sociales.

Les États Membres doivent établir des critères clairs pour assouplir et de nouveau imposer les mesures de santé publique et sociales, choisir des indicateurs spécifiques au contexte qui reflètent l'équilibre des priorités, et partager ces informations avec le public régulièrement et en toute clarté.

Les dispositifs d'aide visant à réduire les impacts négatifs des mesures de santé publique et sociales doivent être mis en œuvre pour soutenir les communautés afin qu'elles respectent les mesures de prévention. Lorsque les gouvernements lèvent les restrictions, il est essentiel qu'ils le fassent progressivement, en assouplissant les mesures qui sont les plus préjudiciables pour la communauté avant d'en faire de même avec les moins perturbatrices. Les gouvernements doivent se tenir prêts à rétablir les mesures de santé publique si le nombre de cas venait à augmenter et ils doivent rester en contact constant avec les communautés affectées pour les tenir informées et impliquées.

Le PERC continuera de fournir des données actualisées tout au long de la réponse à la COVID-19. Les gouvernements doivent aussi concevoir des systèmes qui facilitent la prise en compte des données, en apprenant ce qui fonctionne le mieux dans leurs contextes.

Ressources complémentaires

Ressources connexes du **CDC Afrique**

- [Orientations sur la distanciation physique communautaire durant la pandémie du COVID-19](#)
- [Africa CDC Guidance for Assessment, Monitoring, and Movement Restrictions of People at Risk for COVID-19 in Africa](#)
- [Africa Joint Continental Strategy for COVID-19 Outbreak](#)
- [Recommandations selon les différentes phases de la réponse à la pandémie COVID-19](#)

Ressources connexes de **Resolve to Save Lives**

- [Le recours à des mesures sociales et de santé publique pour réduire la transmission de la COVID-19](#)
- [Mise en œuvre des mesures sociales et de santé publique : l'utilisation des données pour équilibrer les résultats en matière de santé publique et les impacts sociaux et économiques](#)
- [Adapter les mesures sociales et de santé publique aux contextes où les ressources sont limitées](#)
- [Utiliser la communication pour soutenir la mise en œuvre des mesures sociale et de santé publique](#)
- [Recommandations juridiques et éthiques pour la mise en œuvre de mesures sociales et de santé publique](#)
- [Aperçu des données sur la COVID-19 en Afrique](#)

Ressources connexes de l'**OMS**

- [Lignes directrices sur la distanciation sociale pendant l'épidémie de COVID-19](#)
- [WHO Strategy for COVID-19 Outbreak](#)
- [Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza](#)
- [WHO guidance on public health measures in countries experiencing their first outbreaks of H5N1 avian influenza](#)

Les informations relatives aux sources de données sont disponibles via le lien suivant:

[preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/05/PERC_DataSources.pdf](https://www.preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/05/PERC_DataSources.pdf)

Annexe 1: Méthodologie de l'enquête Ipsos

Dans quatre États Membres de l'UA qui n'avaient pas encore instauré des mesures de santé publique et sociales au moment de la collecte des données (Éthiopie, Côte d'Ivoire, Cameroun et Mozambique), les répondants ont été échantillonnés à partir des méthodes de marche aléatoire et de la grille de Kish pour des entretiens en personne. Dans 16 États Membres qui avaient déjà mis en œuvre des mesures de santé publique et sociales, les entretiens ont été conduits par téléphone et les répondants étaient échantillonnés par des systèmes d'appels aléatoires intégrant des téléphones fixes et mobiles. Les données sont représentatives des populations de la zone urbaine dans laquelle elles ont été échantillonnées, et elles ne sont pas pondérées.

Au total 158,709 personnes ont été contactées; 16,442 ont refusé de participer; et les résultats finaux s'appuient sur les entretiens réalisés avec 20,990 adultes.

Région	État Membre	Couverture	Taille de l'échantillon	Méthode	Dates du travail de terrain
Région l'Ouest	Liberia	Monrovia	1,059	ITAO	4 - 7 avril 2020
	Ghana	Accra	1,001	ITAO	29 mars - 1er avril 2020
	Nigeria	Lagos	513	ITAO	30 mars - 2 avril 2020
		Abuja	110		
		Kano	445		
	Guinée	Conakry	1,034	ITAO	2 - 5 avril 2020
	Sénégal	Dakar	1,039	ITAO	1er - 4 avril 2020
Côte d'Ivoire	Abidjan	1,036	IPAO	1er - 4 avril 2020	
Région de l'Est	Kenya	Nairobi	822	ITAO	29 mars - 1er avril 2020
		Mombasa	209		
	Ouganda	Kampala	1,073	ITAO	29 mars - 1er avril 2020
	Éthiopie	Addis-Abeba	1,021	IPAO	29 mars - 1er avril 2020
		Dar Es Salaam	842		
	Tanzanie	Zanzibar	261	ITAO	30 mars - 2 avril 2020
Soudan	Khartoum	1,101	ITAO	30 mars - 2 avril 2020	
Région du Nord	Égypte	Le Caire	1,098	ITAO	30 mars - 3 avril 2020
	Maroc	Rabat	450	ITAO	31 mars - 3 avril 2020
		Casablanca	595		
Tunisie	Tunis	1,004	ITAO	2 avril - 15 avril 2020	
Région centrale	Cameroun	Yaoundé	1,042	IPAO	31 mars - 3 avril 2020
	République Démocratique du Congo	Kinshasa	708	ITAO	1er avril - 4 avril 2020
		Goma	301		
Afrique australe	Afrique du Sud	Johannesburg	463	ITAO	2 - 6 avril 2020
		Pretoria	331		
		Durban	305		
	Zimbabwe	Harare	1,034	ITAO	1er - 4 avril 2020
	Mozambique	Maputo	1,057	ITAO	29 mars - 3 avril 2020
Zambie	Lusaka	1,035	ITAO	30 mars - 2 avril 2020	

Annexe 2 : Autres sources de données

Données épidémiologiques: Le Centre européen de prévention et contrôle des maladies (ECDC) recueille et diffuse les données relatives à de nouveaux cas et décès causés par la COVID-19 par État Membre de l'UA chaque jour.¹² À l'aide des données sur la population datant de 2018, nous avons calculé le taux de létalité, la moyenne mobile du nombre de cas et de décès sur deux et trois jours, et le temps de doublement de l'épidémie (autrement dit le nombre de jours nécessaires pour que le nombre de cas signalés soit doublé)

Mesures de santé publique et sociales: ACAPS, un projet à but non lucratif et non-gouvernemental qui offre des analyses humanitaires, indépendantes et internationales, collecte des informations sur 35 types de mesures de santé publique et sociales provenant de sources diverses comme les gouvernements, les médias, les agences des Nations Unies et d'autres organisations.¹³ Les données enregistrées comprennent l'État Membre où elles sont mises en œuvre, la date de mise en œuvre, et le statut.* ACAPS enregistre les changements ou les modifications apportés aux mesures existantes comme de nouvelles données. Pour les besoins de cette analyse et avec la contribution d'un groupe d'experts, les 35 types de mesures de l'ACAPS ont été regroupés au sein de 11 catégories. Dans certains cas, lorsque la date de mise en œuvre était inconnue, la date de saisie dans l'ensemble de données a été utilisée. La date à laquelle un État Membre a instauré un type de mesure de santé publique et sociale a été imputée à la première mesure déclarée dans cette catégorie. Comme pour toutes les données, ces éléments présentent des limites en raison des retards de communication, des erreurs de classification ou d'exclusion par inadvertance.

Incidents de sécurité: Le Armed Conflict Location & Event Data Project (ACLED) est un projet de recensement, d'analyse et de collecte de données ventilées sur les crises. Les données du 29 janvier au 25 avril ont été analysées. Le projet ACLED fait la distinction entre les contestations pacifiques et tous les autres incidents. Tous les incidents classés sous « développements stratégiques » ont été retirés, sachant que beaucoup d'entre eux incluent des changements politiques par les États qui peuvent tangentiellement avoir un rapport avec la sécurité (par exemple l'instauration de couvre-feux liés à des maladies) mais ne relèvent pas du champ des décisions gouvernementales.

Données sur la mobilité: Google a publié des rapports sur la mobilité communautaire en temps de COVID-19,¹⁴ qui utilise des données agrégées et anonymisées pour suivre les tendances des déplacements au fil du temps par zone géographique, dans différentes catégories de haut niveau de lieux. Les données sont tirées des téléphones mobiles de utilisateurs qui ont accepté « historique de la localisation » pour leur compte Google et il se peut qu'ils ne soient pas représentatifs de la population générale. L'ensemble de données montre les visites et le temps passé dans différents lieux en comparaison avec la valeur médiane d'un jour de la semaine correspondant pendant la période de cinq semaines allant du 3 janvier au 6 février. Pour les besoins de ce rapport, les données ont été analysées pour les établissements « de vente et de loisir » qui prennent en compte les tendances relatives à la mobilité pour des lieux comme les restaurants, les cafés, les centres commerciaux, les parcs à thèmes, les musées, les bibliothèques et les cinémas.

Données sur les réseaux sociaux: Novetta Mission Analytics a examiné les messages sur Twitter et les nouvelles publiées dans la presse par 329 médias, portant sur les récits consacrés à la COVID-19, et elle a collecté 4,498 citations dans 932 articles de presse et 2,282 tweets sur une période de 30 jours. Les données recueillies ont été géolocalisées et classées par obstacle potentiel à la mise en œuvre de mesures de santé publique et sociales, une taxonomie qui a été utilisée pour une analyse qualitative ultérieure.

¹² Centre européen de prévention et contrôle des maladies. (2020). COVID-19. Extrait de <https://www.ecdc.europa.eu/en/Covid-19-pandemic>

¹³ ACAPS. (2020). #COVID-19 Government Measures Dataset. Extrait de <https://www.acaps.org/covid19-government-measures-dataset>

¹⁴ Google COVID-19 Community Mobility Reports. (2020). Découvrez l'impact du COVID-19 sur les déplacements des habitants de votre communauté. Extrait de <https://www.google.com/covid19/mobility/>