



Partnership for Evidence-Based COVID-19 Response

LA RIPOSTE A LA COVID-19 EN AFRIQUE

Trouver un équilibre

III^e PARTIE

Appels à l'action



Sommaire

A propos de l'enquête	3
Résumé des points essentiels et des appels à l'action	4
Les points essentiels en détail	8
Point essentiel n°1 : la situation épidémiologique	8
Point essentiel n°2 : l'adhésion aux mesures sociales et de santé publique	12
Point essentiel n°3 : les services de santé essentiels	17
Point essentiel n°4 : les pertes de revenus	20
Point essentiel n°5 : la vaccination	22
Conclusion	24

À propos de ce rapport

Ce rapport présente des informations clés issues de la troisième enquête réalisée par le PERC en février 2021. Dans le cadre de cette enquête, des questions ont été posées à des personnes vivant dans 19 États membres de l'Union Africaine (UA) sur leurs perceptions des mesures sociales et de santé publique (MSSP) et des vaccins, leur accès aux soins, leur accès à la nourriture et leurs revenus dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Les résultats de cette enquête sont comparés à ceux obtenus lors d'une enquête identique réalisée en août 2020, en prenant en compte les modifications des contextes épidémiologiques, politiques et sociaux, afin d'identifier les **points essentiels, les actions politiques et les outils** qui peuvent être utilisés pour renforcer à la fois la riposte à l'épidémie et la préparation aux épidémies.

Le Partenariat pour une riposte à la COVID-19 basée sur des faits probants (PERC en anglais) est un partenariat public-privé qui soutient la mise en œuvre de mesures basées sur des faits probants pour réduire l'impact de la COVID-19 dans les États membres de l'UA.

Le PERC collecte des données sociales, économiques, épidémiologiques, des données sur les mouvements de population et des données de sécurité auprès des États membres de l'UA pour les aider à déterminer le degré d'acceptabilité, l'impact et l'efficacité des mesures sociales et de santé publique prises pour lutter contre la COVID-19.

À propos de l'enquête

L'enquête du PERC a été réalisée par téléphone auprès d'environ 24 000 personnes dans 19 États membres de l'UA de cinq régions géographiques (Tableau 1) entre le 5 et le 19 février 2021. Les pays ont été sélectionnés de façon à trouver un équilibre dans la représentation des différentes régions et dans les niveaux de difficulté de réalisation de l'enquête. Les tendances présentées dans ce rapport sont obtenues en comparant les résultats de l'enquête de février 2021 à ceux de l'enquête précédente, réalisée en août 2020. L'échantillon national pondéré pour chacun des États membres de l'UA où l'enquête a été réalisée était de 1200 entretiens complétés en août 200 et en février 2021 (voir Tableau 2 pour la pondération de l'échantillon en fonction des facteurs sociodémographiques clés).

TABLEAU 1. États membres de l'UA où l'enquête a été réalisée en février 2021, par région

Afrique Centrale	Afrique de l'Est	Afrique du Nord	Afrique Australe	Afrique de l'Ouest
RDC Cameroon	Éthiopie Kenya Soudan Ouganda	Égypte Maroc* Tunisie	Mozambique Afrique du Sud Zambie Zimbabwe	Côte d'Ivoire Ghana Guinée Libéria Nigéria Sénégal

*Note: Au Maroc, l'enquête a été réalisée en février 2021, mais pas en août 2020. C'est pourquoi ce pays n'est pas inclus dans les analyses de tendances présentées dans ce rapport.

Les résultats et les thématiques clés ont été identifiés en analysant les données de l'enquête du PERC en même temps que les données épidémiologiques, les données sur la mobilité et les données provenant des médias traditionnels et des réseaux sociaux.

Les données de l'enquête ont été analysées en utilisant principalement des méthodes descriptives et bivariées, telles que des tests t bilatéraux ou des tests du khi carré lorsque $p < 0,05$. Une analyse qualitative a ensuite permis de placer ces données dans leur contexte sociopolitique et épidémiologique. Bien que certains résultats n'atteignent pas une valeur statistiquement significative, ils sont malgré tout instructifs et sont inclus dans l'analyse globale.

Les enquêtes par téléphone ne peuvent pas être parfaitement représentatives d'une population donnée, car seuls les foyers ayant accès à une ligne téléphonique fixe ou à un téléphone portable peuvent y participer. Il est donc probable que les personnes dont les revenus et les niveaux d'études sont les plus élevés soient surreprésentées. Vous trouverez plus de détails sur les méthodes utilisées et leurs limites sur www.preventepidemics.org/perc.

TABLEAU 2. Échantillon pondéré en fonction des facteurs sociodémographiques, par région

	Afrique Centrale	Afrique de l'Est	Afrique du Nord	Afrique australe	Afrique de l'Ouest
Base pondérée	2400	4800	3600	4800	7200
Urbains	50%	26%	61%	39%	46%
Âge (âge moyen, écart type))	31 (9)	32 (11)	40 (14)	33 (11)	31 (10)
Femmes	50%	50%	50%	51%	50%
Foyers avec des enfants de moins de 5 ans	41%	51%	34%	48%	53%
Éducation					

	Afrique Centrale	Afrique de l'Est	Afrique du Nord	Afrique australe	Afrique de l'Ouest
Études secondaires non terminées ou moins	15%	42%	54%	21%	38%
Études secondaires terminées	21%	17%	16%	36%	22%
Études universitaires ou plus	60%	39%	28%	40%	39%
Refuse de répondre	4%	1%	2%	2%	1%

CONTEXTE

Au moment de l'enquête du PERC en février 2021, l'Afrique émergeait tout juste d'une deuxième vague de COVID-19 (deux fois plus importante que celle de juillet 2021) et des variants inquiétants avaient été détectés, même si le nombre de cas liés à ces variants ne dépassait pas 3 % du total des transmissions. Certains pays qui avaient jusque là réussi à limiter la transmission (comme l'Inde, la Mongolie et l'Uruguay) sont aujourd'hui submergés par les nombreux cas et décès liés à la COVID-19 et dus à de nouveaux variants et à l'allègement des mesures sociales et de

santé publique (MSSP). Depuis le début de la pandémie, de nombreux États membres de l'UA ont appliqué des MSSP de façon efficace puis les ont allégées. En avril 2021, l'approvisionnement et l'administration de vaccins restaient extrêmement limités en Afrique, notamment par rapport aux progrès des campagnes de vaccination réalisés dans les pays les plus riches. Seuls certains États membres de l'UA ont été capables de lancer une campagne de vaccination, en un petit commençant par vacciner un petit nombre d'agents de santé.*

Résumé des points essentiels et des appels à l'action

1. Les limites des capacités de test et de surveillance ne permettent probablement pas de connaître réellement le degré de gravité de l'épidémie de COVID-19 sur le continent africain. Alors que les cas et les décès causés par de nouveaux variants et l'allègement des MSSP continuent de submerger les pays africains et de provoquer des souffrances, la communauté internationale et les États membres de l'UA doivent rester vigilants pour éviter une troisième vague encore plus grave sur le continent.
 - Alors que chaque nouvelle vague de COVID-19 atteint des niveaux toujours plus élevés de nombre de cas, d'hospitalisations et de décès, des insuffisances en matière de détection et de signalement des cas ont conduit à une sous-estimation importante du niveau de dommages liés à la COVID-19. Cela contribue à entretenir **au niveau international l'idée fausse** selon laquelle certains États membres de l'UA n'ont pas connu de difficultés liées à la pandémie.
 - Au-delà des conséquences sanitaires catastrophiques de la COVID-19 elle-même, la pandémie est à l'origine de dommages économiques, sociaux et nutritionnels importants qui ont **affecté des populations** déjà exposées au risque de malnutrition et de problèmes de santé. L'ensemble de la population connaît des pertes de revenus et cela va en s'aggravant, ce qui renforce les **problèmes**

*Les agents de santé sont toutes les personnes qui réalisent un travail dont l'objectif principal est d'améliorer la santé, et notamment les médecins, les infirmières, les techniciens de laboratoire, le personnel de nettoyage, les chauffeurs, les travailleurs sociaux, et les administrateurs, entre autres. Charte de l'OMS - [WHO Charter – Health worker safety: a priority for patient safety](#). Les étudiants et les bénévoles doivent aussi être inclus dans cette définition.

d'accès à la nourriture et aux services de soins de santé, en particulier pour les groupes les plus vulnérables.

- Alors que les vaccins mettront des années à atteindre bon nombre de personnes en Afrique, **le dépistage et la surveillance génomique** doivent être améliorés face à l'émergence de nouveaux variants plus contagieux. Les États membres de l'UA doivent rester vigilants pour répondre rapidement à tout changement dans l'évolution de la maladie. Si la communauté internationale n'intervient pas, les dommages causés par la COVID-19 pourraient prendre une ampleur générationnelle.

APPEL À L'ACTION

AL'Afrique a besoin le plus vite possible d'un meilleur accès aux vaccins, et la communauté internationale doit intervenir pour augmenter la production de vaccins, garantir une répartition équitable des vaccins et partager rapidement la technologie et l'expertise nécessaires pour que les États membres de l'UA puissent organiser une production régionale des vaccins. Cela sera nécessaire non seulement pour juguler la pandémie de COVID-19 en Afrique, mais aussi pour la juguler au niveau mondial. Les accords bilatéraux conclus par les nations les plus riches avec les laboratoires pharmaceutiques ont affaibli les initiatives internationales et le partage de la technologie liée aux vaccins avec les pays à faible et moyen revenu ne s'est pas concrétisé.

Cela dit, la vaccination n'est pas la panacée. Il faut dès maintenant mieux informer les États membres de l'UA de la situation concernant l'évolution de l'épidémie. Les États membres de l'UA doivent prendre des mesures urgentes pour renforcer leurs capacités de détection, de dépistage, de séquençage et de suivi des cas et des nouveaux variants pour mettre en oeuvre des réponses efficaces à la COVID-19 et appliquer des MSSP ciblées.

2. **Même s'il est encourageant de constater que l'adhésion déclarée au port du masque reste globalement élevée (au-dessus de 85 %), cela varie beaucoup d'un État membre à l'autre. L'adhésion aux mesures d'endiguement les plus restrictives, comme le fait d'éviter les rassemblements et de limiter ses déplacements en dehors de son domicile, a diminué. C'était logique dans le contexte d'une diminution du nombre de cas et de l'allègement des MSSP au moment où l'enquête a été réalisée, mais les États membres de l'UA risquent de devoir faire face à une nouvelle augmentation du nombre de cas si l'allègement des MSSP ne se fait pas de manière stratégique.**
 - Près de neuf répondants sur 10 déclarent porter un masque lorsqu'ils sont à proximité d'autres personnes en février 2021, une proportion presque identique à celle obtenue six mois auparavant. Cela montre que **les campagnes de communication actuelle sur le port du masque sont efficaces** pour faire respecter cette mesure lorsque le port du masque est déjà en augmentation. Mais dans certains des pays les plus peuplés et les plus affectés, comme l'Afrique du Sud et l'Éthiopie, l'adhésion déclarée au port du masque a diminué en février, ce qui laisse penser qu'il est nécessaire de redoubler d'efforts dans ces pays pour faire appliquer cette mesure peu chère et efficace.
 - L'adhésion aux autres mesures, comme le fait d'éviter les rassemblements religieux ou de réduire les déplacements au marché, a diminué sur la même période, ce qui correspond à l'allègement des MSSP. Au lieu d'appliquer des restrictions strictes et généralisées, les gouvernements ont appliqué **des mesures plus ciblées** tout en insistant sur l'importance du port du masque.
 - En plus d'identifier les différences de niveau d'adhésion aux MSSP entre les États membres de l'UA (en fonction de chaque contexte épidémiologique et politique), l'enquête a mis en évidence trois facteurs qui ont une influence sur l'adhésion des populations aux MSSP : le fait de **croire** que

ces mesures sont nécessaires ; la **perception** du risque individuel de contracter la COVID-19 ; et la **satisfaction** envers la gestion de la pandémie par le gouvernement. L'adhésion aux MSSP varie aussi en fonction de facteurs sociodémographiques clés. Par exemple, les hommes et les jeunes adultes (âgés de 18 à 35 ans) ont moins de probabilité de respecter les MSSP que les femmes et les personnes plus âgées.

APPEL À L'ACTION

Alors que les campagnes de vaccination progressent lentement, il va être essentiel de cibler les zones les plus affectées par la COVID-19 dans l'application des MSSP pour maintenir l'adhésion à ces mesures dans les mois et les années à venir. Il est nécessaire de continuer à encourager le respect des mesures individuelles (le port du masque à proximité d'autres personnes, le lavage des mains et le maintien de la distanciation physique) pour que la transmission reste à un niveau bas tout en maintenant les activités économiques. Lorsque les rassemblements en intérieur sont autorisés, le fait de limiter au maximum les risques qui y sont associés permettra de limiter la transmission de la COVID-19. Des MSSP ciblées permettront de maintenir un niveau d'adhésion le plus élevé possible sur le long terme, tout en minimisant les charges secondaires. De cette manière, les gouvernements peuvent éviter les pics avant que l'augmentation du nombre de cas ne commence et limiter le recours aux mesures les plus restrictives.

L'analyse des facteurs qui ont une influence sur l'adhésion aux MSSP montre aussi que l'adhésion est plus forte dans les États membres de l'UA où les gouvernements entretiennent un climat de confiance avec la communauté et communiquent de façon claire sur la perception des risques. De nombreux gouvernements ont allégé les restrictions pour réduire les charges secondaires, mais ce sont ceux qui ont été capables d'entretenir un climat de confiance et de faire preuve de transparence via une communication claire qui ont pu réappliquer ces mesures avec le moins de difficultés lorsque cela a été nécessaire.

3. La COVID-19 et les mesures de réponse à l'épidémie ont créé des obstacles importants à l'accès aux autres services de soins essentiels en Afrique, ce qui constitue une menace pour les progrès difficilement réalisés pour que les populations puissent bénéficier de soins de santé au cours des dernières décennies.

- Il est essentiel de combler les **lacunes en matière de fourniture de soins** et de répondre à la demande de soins, non seulement pour détecter et traiter les cas de COVID-19 et ralentir la transmission de la maladie, mais aussi pour répondre à d'autres crises sanitaires, que ce soit les épidémies d'Ebola en Guinée et en République Démocratique du Congo, l'épidémie de fièvre jaune au Nigéria ou les crises liées au paludisme, au VIH et à la tuberculose, et pour maintenir les services de santé maternelle et de vaccination.
- **La peur d'attraper la COVID-19** dans les établissements de soins de santé, associée à la croyance très répandue selon laquelle il faut éviter les professionnels de santé parce qu'ils peuvent transmettre la COVID-19, est une des raisons principales invoquées par la population pour justifier le fait de ne pas recourir aux services de santé.
- **L'accessibilité financière** (c'est-à-dire la question du prix des soins ou du déplacement pour aller se faire soigner) est une autre des principales raisons invoquées pour ne pas recourir aux soins, et elle est probablement liée aux pertes de revenus dues à la pandémie.

APPEL À L'ACTION

Il faut faire de la vaccination des professionnels de santé une priorité et communiquer de façon stratégique sur le fait qu'aller se faire soigner dans une structure de santé est sans risque. La fourniture d'équipements de protection individuelle (EPI) adaptés à tous les professionnels de santé doit rester une priorité pour les gouvernements, tout comme le fait de leur fournir une juste rémunération, des congés maladie payés et l'accès à des soins de santé mentale. Cela ne protégera pas seulement la santé physique et mentale des soignants, mais cela contribuera aussi à renforcer la confiance du grand public envers le système de santé, et donc à encourager le recours aux soins.

4. Les pertes de revenus liées à l'application des mesures de réponse à la COVID-19 renforcent les difficultés d'accès à la nourriture et aux services de soins de santé, et la crise que cela engendre s'aggrave alors que la pandémie perdure.

- **Les foyers dont les revenus sont les plus bas** sont les plus touchés par l'insécurité alimentaire et le manque d'accès aux soins de santé, et ils sont aussi ceux que les programmes de protection sociale atteignent le moins (lorsque de tels programmes existent). Les effets de la crise économique actuelle se feront probablement sentir pendant de nombreuses années et ils pourraient avoir des impacts durables sur la nutrition, la santé, l'éducation et l'égalité entre les sexes.
- Comme les avertissements urgents du Programme alimentaire mondial sur l'ampleur de la situation d'**insécurité alimentaire grave** dans le monde, les résultats de l'enquête du PERC montrent que plus de 80 % des répondants ont eu des difficultés à avoir accès à la nourriture au cours de la semaine précédente.

APPEL À L'ACTION

Les États membres de l'UA et les autres parties prenantes doivent continuer à utiliser une approche basée sur des faits probants pour identifier et proposer l'aide nécessaire aux populations à haut risque grâce à des interventions bien calibrées pour prévenir la transmission de la COVID-19 tout en limitant les charges secondaires. Il faut agir pour réduire l'impact de la COVID-19 sur l'accès à la nourriture et aux revenus, et fournir une protection et un soutien social adapté aux communautés qui en ont le plus besoin afin de limiter les difficultés liées à la génération de revenus, la sécurité alimentaire et l'accès aux services de santé essentiels.

5. Une part relativement importante de la population exprime le souhait de se faire vacciner lorsqu'un vaccin sera disponible, ce qui souligne le rôle crucial que joue l'implication réelle des communautés, mais les populations ne peuvent pas se faire vacciner tant que la communauté internationale ne fournit pas de vaccins.

- Le continent africain dépend d'autres pays et de mécanismes internationaux pour obtenir un **approvisionnement en vaccins** du fait de ses infrastructures limitées en matière de production. C'est la raison pour laquelle l'accès généralisé au vaccin ne se fera que lentement, d'ici des mois voire des années dans certains États membres de l'UA.
- L'enquête du PERC montre que le niveau d'acceptation du vaccin dans la population est élevé, ce qui est encourageant, mais ces résultats correspondent à une période où la plupart des répondants n'avaient pas encore accès aux vaccins ou ne disposaient pas de beaucoup d'informations sur les campagnes de vaccination dans la région. De plus, les informations récentes sur les effets

secondaires des vaccins ont probablement entamé la confiance des populations envers les vaccins. **L'acceptation du vaccin varie clairement entre les pays africains** et elle peut aussi varier au niveau sous-national, par région ou par district.

- Les retards dans l'approvisionnement en vaccins constituent une opportunité pour **renforcer les campagnes de communication en faveur du vaccin et la logistique pour que les campagnes de vaccination soient efficaces**, et pour surveiller le niveau d'acceptation des vaccins et intervenir pour le renforcer avant que les vaccins n'arrivent dans le pays.

APPEL À L'ACTION

La communauté internationale doit fournir le plus vite possible des vaccins aux États membres de l'UA. En parallèle, les États membres doivent organiser et renforcer des campagnes d'information ciblées et durables pour augmenter le niveau d'acceptation des vaccins et susciter la confiance des populations envers les sources de ces informations.

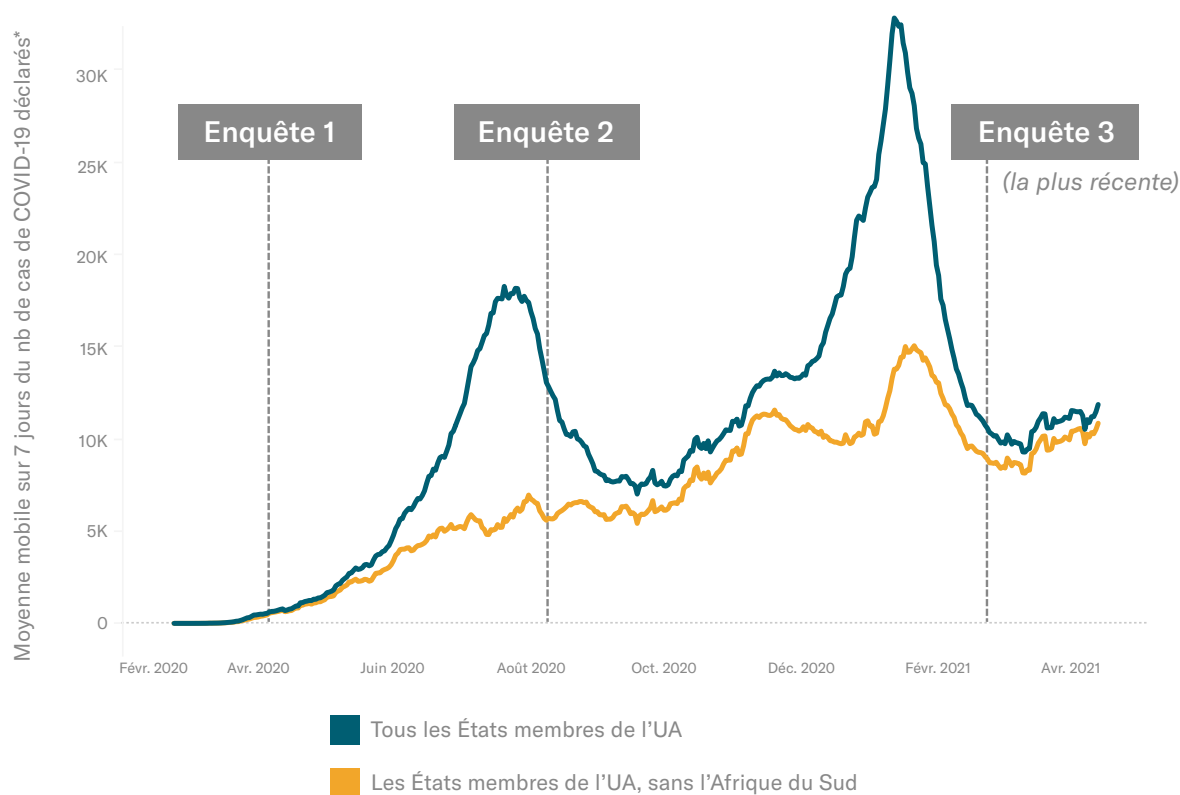
Les points essentiels en détail

POINT ESSENTIEL N° 1 : LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Les limites des capacités de test et de surveillance ne permettent probablement pas de connaître réellement le degré de gravité de l'épidémie de COVID-19 sur le continent africain. Alors que les cas et les décès causés par de nouveaux variants et l'allègement des MSSP continuent de submerger les pays africains et de provoquer des souffrances, la communauté internationale et les États membres de l'UA doivent rester vigilants pour éviter une troisième vague encore plus grave sur le continent.

Lorsque l'enquête du PERC de février 2021 a été lancée, la majorité des États membres de l'UA où l'enquête a été réalisée venait de sortir d'une seconde vague de cas de COVID-19 dont les chiffres dépassaient largement ceux de la vague précédente. Même si l'Afrique du Sud a continué à enregistrer le plus grand nombre de cas de COVID-19, des cas de COVID-19 ont été signalés de façon plus généralisée sur tout le continent au cours de la deuxième vague, probablement du fait à la fois de l'allègement des MSSP et de l'émergence de nouveaux variants plus contagieux (Figure 1). Au Mozambique, en Zambie et au Zimbabwe, le nombre moyen de cas déclarés par jour au moment du pic de la deuxième vague était plus de quatre fois plus élevé que lors de la première vague.

FIGURE 1. L'Afrique du Sud continue à avoir le plus grand nombre de cas de COVID-19 en Afrique. Cependant, lors de la deuxième vague, le nombre de cas déclarés a augmenté de manière significative dans tous les États membres de l'UA par rapport à la première vague.



*Au vu des taux élevés de positivité des cas dans de nombreux États membres de l'UA, il est probable que de nombreux cas n'aient pas été enregistrés.

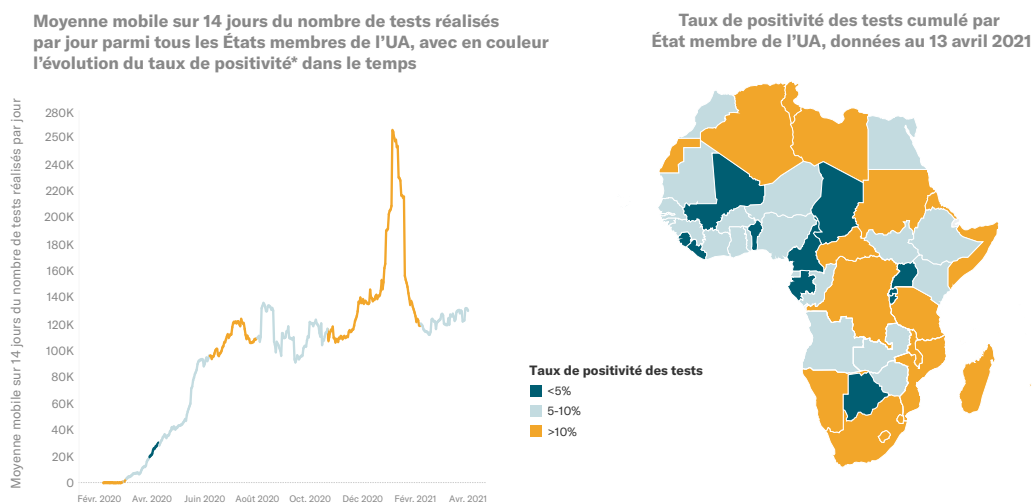
L'augmentation du nombre de cas, qui a commencé en novembre et qui a duré jusqu'en février dans la plupart des États membres de l'UA, a été consécutive à l'allègement des MSSP sur tout le continent. À partir d'août 2020, la plupart des États membres ont réouvert les écoles, autorisé les rassemblements religieux et autorisé les restaurants et les bars à ouvrir avec une jauge limitée.

Un certain nombre d'États membres ont par la suite réinstauré des MSSP, mais avec une approche plus ciblée, en se concentrant sur les zones où le risque de transmission était le plus élevés, plutôt qu'en appliquant des confinements à l'échelle nationale comme il avait été courant de le faire au début de la pandémie. Les gouvernements ont encouragé les populations à ne pas se déplacer pendant les vacances de fin d'année dans les régions où le taux de transmission était élevé et où de nouveaux variants avaient été détectés. Malgré cela, près d'un quart des répondants ont déclaré avoir voyagé en dehors de leur ville ou village pendant les vacances, ce qui a probablement renforcé la transmission.

Les variants B. 1. 1. 7. et B. 1. 351, dont on sait maintenant qu'ils sont plus contagieux et potentiellement plus graves, ont été découverts dans un certain nombre d'États membres de l'UA, ce qui a contribué à l'ampleur de la deuxième vague de cas de COVID-19 déclarés. Le 29 avril, des variants inquiétants avaient été détectés dans 22 États membres de l'UA, sur tout le continent. Le 3 mai, le ministère marocain de la Santé a annoncé avoir détecté deux nouveaux cas de COVID-19 infectés par le variant B. 1. 617, variant qui avait été détecté pour la première fois en Inde, et a réagi en appliquant rapidement des restrictions de déplacement pour en limiter la propagation. Des plateformes de surveillance génomique commencent à être mises en place sur tout le continent pour surveiller la propagation et l'évolution du virus.

Le fait qu'il n'y ait pas de dépistage ni de signalement systématique des cas empêche d'avoir une idée de l'ampleur réelle de l'incidence de la COVID-19 sur le continent africain. Même si le nombre de tests réalisés quotidiennement a augmenté depuis le début de la pandémie sur tout le continent, à la date du 13 avril, le taux de positivité des tests était toujours très au-dessus du maximum de 5 % recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Figure 2), et les stratégies de dépistages restent très variables parmi les États membres de l'UA. Au moment du pic de la deuxième vague en Afrique, le taux de positivité des tests était très élevé dans la plupart des États membres, ce qui montre que de nombreux cas n'étaient pas détectés, probablement du fait à la fois des contraintes en matière de capacités des laboratoires et de la différence entre disponibilité des tests et volonté de se faire dépister. Les stratégies de dépistage devront être adaptées en fonction de l'évolution locale de l'épidémie, en utilisant des outils comme les tests antigéniques rapides et une recherche efficace des contacts.

FIGURE 2. Bien que le nombre de tests réalisés pendant la deuxième vague en Afrique ait augmenté, le taux de positivité des tests était supérieur à 10 %, ce qui montre que de nombreux cas n'ont pas été détectés. Certains États membres de l'UA détectent peut-être moins de cas que d'autres.



*La recommandation de l'OMS stipule qu'un taux de positivité des tests inférieur à 5 % indique que l'épidémie est contrôlée. Un taux de positivité supérieur à 5 % indique que des cas peuvent ne pas être détectés. Plus le taux de positivité des tests est élevé, plus il est probable que des cas ne soient pas détectés.

ENCADRÉ N° 1**COMBINER DIFFÉRENTES SOURCES DE DONNÉES POUR DÉTERMINER L'AMPLEUR RÉELLE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19**

Au vu des difficultés rencontrées dans le dépistage et le signalement de routine des cas de COVID-19, d'autres sources de données fournissent des indices sur la situation épidémiologique et les raisons qui expliquent que les cas soient sous-déclarés dans chaque État membre de l'UA.

La séroprévalence

- Les études de séroprévalence, qui mesurent la proportion de la population qui possède des anticorps contre le SARS-CoV-2, permettent d'obtenir une mesure alternative du pourcentage de population qui a été infecté. Même si les estimations du nombre d'infections par la COVID-19 réalisées à partir de la séroprévalence présentent des limites en fonction de la représentativité de l'échantillon de population, les études sérologiques réalisées sur les donneurs de sang dans plusieurs pays africains suggèrent que les taux d'infection sont supérieurs à ceux qui sont déclarés dans certaines régions, et les rares études réalisées sur un échantillon représentatif de la population confirment ce résultat. Par exemple, des études qui n'ont pas encore été publiées réalisées au [Kenya](#) et au [Soudan du Sud](#) indiquent que la séroprévalence est supérieure à 20 % dans les capitales de ces deux pays. D'autres recherches sont nécessaires pour étudier la séroprévalence dans les États membres de l'UA.

La surmortalité

- [La surmortalité](#), c'est-à-dire le nombre de décès toutes causes confondues qui ont lieu pendant une crise, et qui dépasse le nombre attendu dans des conditions « normales », peut aussi être intéressant lorsque les capacités de dépistage sont limitées. La surmortalité inclut les décès de cas de COVID-19 confirmés qui n'ont pas été bien diagnostiqués ou déclarés et les décès dus à d'autres causes qui peuvent être attribuables aux conditions générales liées à la situation de crise, comme les pénuries de traitements contre d'autres maladies. En Tunisie et en Égypte, [le taux de mortalité](#) aurait augmenté de 60 à 80 % au cours des pics épidémiques. Cependant, les données sur la mortalité ne sont pas suffisamment exhaustives pour permettre de faire une estimation fiable de la surmortalité, et dans certains cas, la pandémie a [perturbé les services de l'état civil](#). Dans ces cas-là, les données concernant un [nombre inhabituel d'obsèques](#) ou d'enterrements peuvent aussi laisser penser qu'il y a surmortalité.

Les résultats de l'enquête du PERC

Le pourcentage de répondants à l'enquête du PERC qui déclarent qu'eux-mêmes ou un membre de leur foyer a eu la COVID-19 a plus que doublé pour passer de 3 % en août 2020 à 7 % en février 2021. L'Afrique du Sud est de loin le pays qui déclare officiellement le plus fort taux d'incidence de la COVID-19, mais un pourcentage beaucoup plus important de répondants déclare avoir eu la COVID-19 en Tunisie (22 %) qu'en Afrique du Sud (14 %). L'enquête montre aussi que les répondants peuvent ne pas consulter alors qu'ils présentent des symptômes qui peuvent être des symptômes de la COVID-19. Plus de 20 % des répondants qui déclarent avoir annulé un rendez-vous médical disent avoir présenté des symptômes qui peuvent être ceux de la COVID-19 (par ex. des problèmes respiratoires, de la fièvre/des frissons, et de la fatigue/des douleurs).

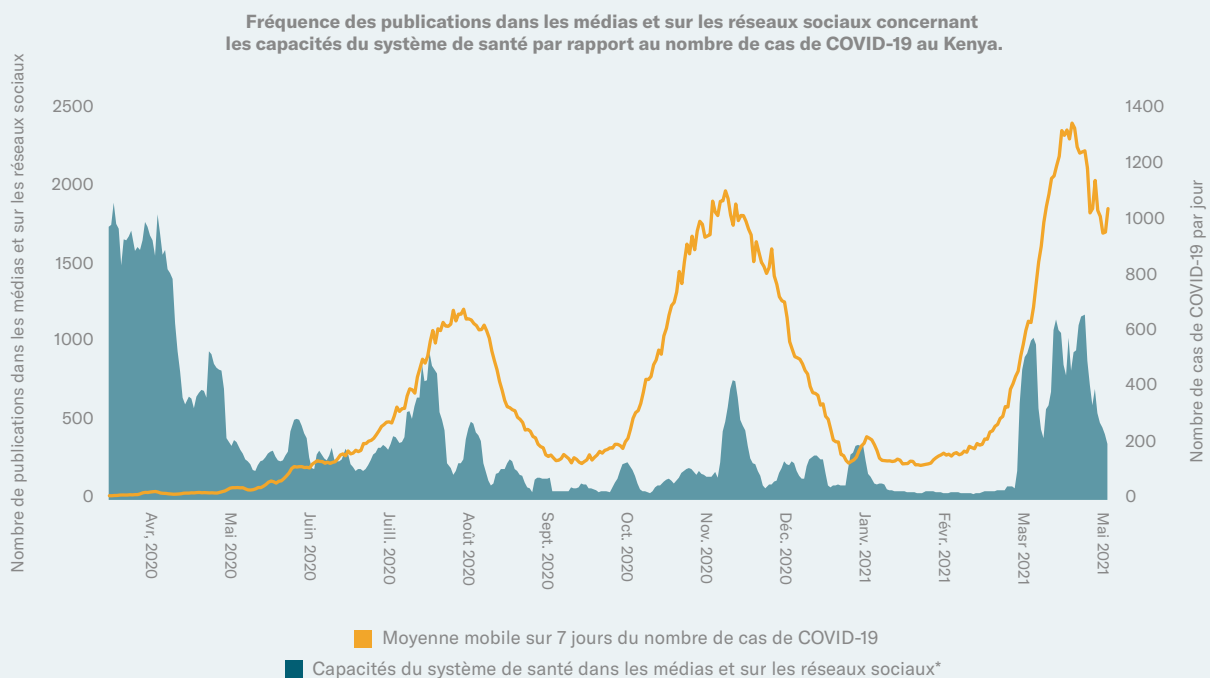
Suivre les informations diffusées dans les médias et sur les réseaux sociaux

Le fait de suivre les médias et les réseaux sociaux permet aussi d'identifier les lieux où la charge de morbidité est la plus importante, où les cas sont peu déclarés et où les systèmes de santé sont dépassés. Le PERC a collecté et analysé des données qualitatives venant de publications dans les

médias et sur les réseaux sociaux dans toute l’Afrique afin de mesurer le soutien de la population envers les MSSP et l’adhésion déclarée à ces mesures, et d’évaluer les possibilités d’accès à un dépistage systématique et à un traitement contre la COVID-19. Associées à un taux élevé de positivité des cas, les publications sur les réseaux sociaux qui signalent que la population ne peut pas avoir accès aux tests peuvent aussi être un indicateur intéressant de la sous-déclaration des cas. Les publications des réseaux sociaux qui parlent de pénuries d’oxygène et de personnes refusées dans les hôpitaux sont une preuve supplémentaire de la saturation des systèmes de santé, même lorsque le nombre de cas déclarés et le taux de dépistage ne permettent pas de s’en rendre compte.

Au Kenya par exemple, le nombre de publications sur les réseaux sociaux qui montraient des hôpitaux débordés, une diminution des approvisionnements en oxygène, des pénuries de lits en soins intensifs et des EPI non adaptés a augmenté au cours des vagues de COVID-19 de juillet 2020, novembre 2020 et mars 2021 (figure 3). Le coût extrêmement élevé des tests et des soins hospitaliers était un sujet récurrent sur les réseaux sociaux. L’importance du nombre de cas parmi les soignants était aussi un sujet central dans les médias et sur les réseaux sociaux, et certains demandaient que le gouvernement en fasse davantage pour les protéger. [\(Voir le résumé détaillé du rapport concernant le Kenya\).](#)

FIGURE 3. Au début de la pandémie, et au cours de chacune des vagues qu’a connues le Kenya, le nombre de publications dans les médias et sur les réseaux sociaux sur les capacités du système de santé a augmenté, et elles concernaient souvent les infections chez les professionnels de santé et le manque d’oxygène.



*Cela inclut les articles en ligne et les publications sur les réseaux sociaux qui contiennent un ou plusieurs des termes de recherche suivants : (“hospital” OR “hospitals” OR “hospitalization” OR “oxygen” OR “doctor strike” OR “doctors strike” OR “doctor’s strike” OR “nurse strike” OR “nurses strike” OR “facemask” OR “overcrowded” OR “doctors union” OR “doctor’s union” OR “medical union” OR “doctors” OR “doctor” OR “nurse”)

L'absence d'approvisionnement en vaccins constitue l'obstacle le plus important dans la lutte contre la pandémie de COVID-19 en Afrique. La demande en vaccins ne suffira pas à elle seule à résoudre la crise. Si la communauté internationale ne fournit pas rapidement suffisamment de vaccins, l'Afrique pourrait faire face à des crises économiques et sanitaires plus longues, qui réduiraient à néant des années de progrès difficilement réalisés vers une stabilité sociale et économique. Des initiatives comme le dispositif COVAX et le Groupe de travail africain pour l'acquisition des vaccins (African Vaccine Acquisition Task Team - AVATT en anglais) ont réalisé des progrès remarquables pour garantir des financements et des contrats pour obtenir des doses de vaccin pour l'Afrique, mais avec seulement **17,9 millions de doses** administrées d'après les informations disponibles au 27 avril 2021, l'immunité de groupe reste un objectif lointain pour la population africaine qui compte 1,2 milliard de personnes.

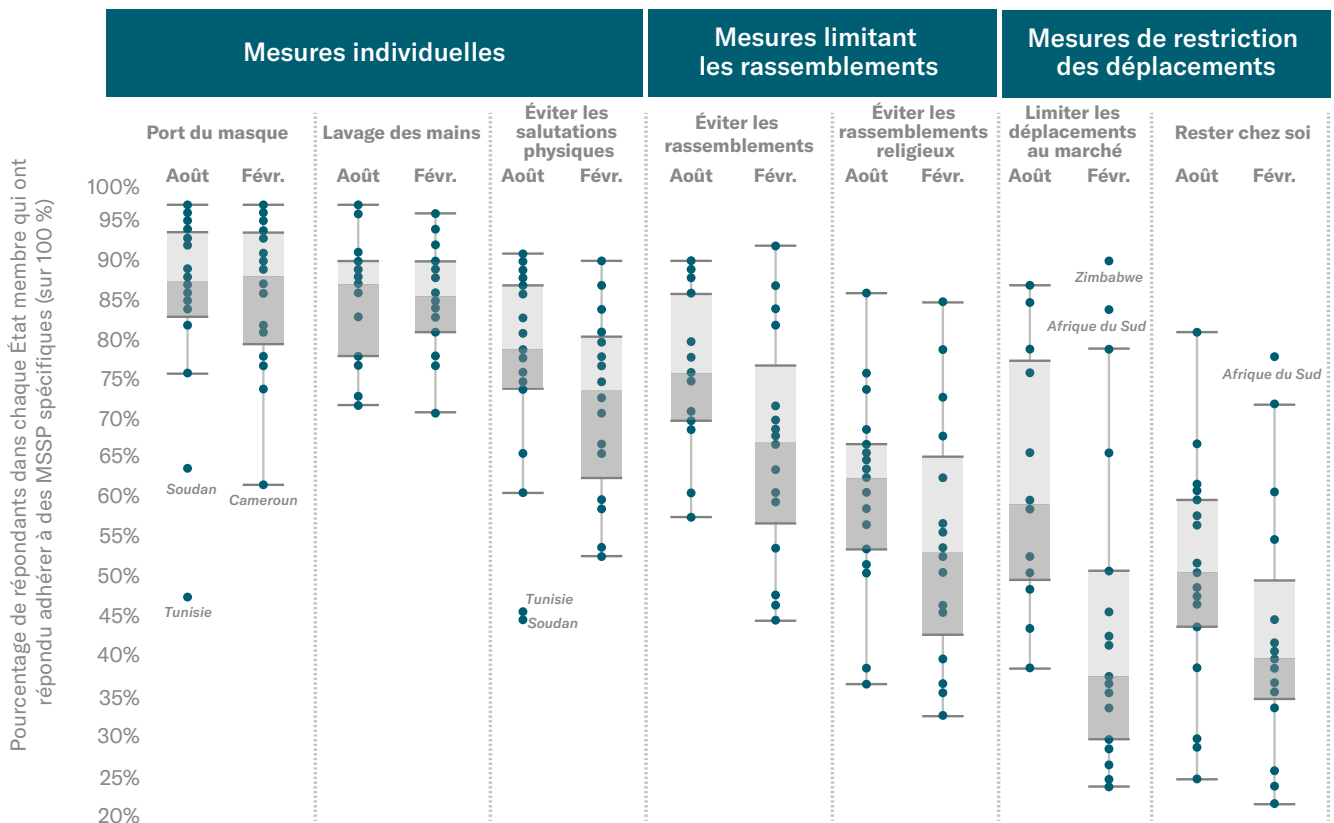
Les capacités de production internationale limitées, les réticences en matière de transfert de technologie et de partage de savoir-faire, les restrictions appliquées aux exportations de vaccins depuis l'Inde et le fait que les nations les plus riches accaparent les vaccins, ainsi que les inquiétudes concernant la sécurité du vaccin Astra Zeneca, ont encore réduit davantage l'accès aux vaccins sur le continent. Les infrastructures de production de vaccins sont inadaptées en Afrique et cela rend le continent dépendant des autres pays et des mécanismes collectifs d'approvisionnement en vaccins. Sans un accès rapide aux vaccins, et sans la participation des producteurs de vaccins déjà existants et d'autres producteurs grâce à des transferts de technologie et des partages d'expertise, la couverture vaccinale n'atteindra un niveau élevé en Afrique que dans de nombreuses années, alors que des variants plus contagieux et plus dangereux évoluent, notamment des variants qui peuvent résister à l'immunité fournie par les vaccins existants.

POINT ESSENTIEL N° 2 : L'ADHÉSION AUX MESURES SOCIALES ET DE SANTÉ PUBLIQUE

Même s'il est encourageant de constater que l'adhésion déclarée au port du masque reste globalement élevée (au-dessus de 85 %), cela varie beaucoup d'un État membre à l'autre. L'adhésion aux mesures d'endiguement les plus restrictives, comme le fait d'éviter les rassemblements et de limiter ses déplacements en dehors de son domicile, a diminué. C'était logique dans le contexte d'une diminution du nombre de cas et de l'allègement des MSSP au moment où l'enquête a été réalisée, mais les États membres de l'UA risquent de devoir faire face à une nouvelle augmentation du nombre de cas si l'allègement des MSSP ne se fait pas de manière stratégique.

Dans l'ensemble, les répondants déclarent un haut niveau d'adhésion aux mesures individuelles de lutte contre la COVID-19, et en particulier au port du masque, ce qui est un résultat encourageant, car les masques sont peu chers et le port du masque a un fort impact. Cependant, l'adhésion aux mesures de restriction des rassemblements et des déplacements a diminué entre le mois d'août 2020 et février 2021 dans la plupart des États membres de l'UA où l'enquête a été réalisée, ce qui correspond à la période où les gouvernements ont allégé les MSSP (Figure 4). L'adhésion déclarée aux mesures varie de façon très importante entre les États membres et sur le territoire de chaque État membre, ce qui est cohérent avec les différences qui existent en matière de mise en oeuvre et de respect des MSSP et avec les différences contexte épidémiologique au moment de l'enquête.

FIGURE 4. Entre les enquêtes du PERC d'août 2020 et février 2021, l'adhésion déclarée au port du masque et au lavage des mains est restée élevée et inchangée, mais l'adhésion déclarée a diminué concernant toutes les autres mesures, avec d'importantes différences entre les États membres où l'enquête a été réalisée.



La figure 4 utilise des diagrammes en boîte pour présenter la répartition de l'adhésion déclarée par État membre dans les résultats des enquêtes d'août et février. Les points de données situés dans un diagramme ombré représentent les deuxièmes et troisièmes quartiles (ou fourchette moyenne) et sont séparés par le point de données médian. Les points de données situés au-dessus de la boîte sur la ligne représentent le quartile supérieur, alors que ceux qui sont sous la boîte et sur la ligne représentent le quartile inférieur. Ceux qui sont situés en dehors de la boîte et qui ne sont pas sur la ligne sont considérés comme des valeurs aberrantes et portent une légende sur ce graphique.

Bien que l'obligation du port du masque soit appliquée dans la plupart des États membres depuis le début de la pandémie et que l'adhésion déclarée au port du masque reste globalement élevée, le respect du port du masque varie d'un État membre à l'autre, et dans certains pays, des améliorations sont possibles. Le Kenya (96 %) et le Zimbabwe (97 %) affichent les taux de port du masque les plus élevés alors que le Cameroun (62 %) et la Guinée (74 %) ont les taux les plus bas.

L'adhésion déclarée aux mesures de restriction des déplacements (limiter les déplacements au marché, rester chez soi) est faible (33 %) et a diminué de façon importante depuis le mois d'août, ce qui correspond à un allègement général des mesures limitant la mobilité. Le niveau d'adhésion déclarée le plus bas est celui de l'adhésion à la mesure incitant à rester chez soi (27 %). Les répondants d'Afrique australe (Mozambique, Afrique du Sud, Zambie et Zimbabwe) ont plus de probabilité d'adhérer aux mesures de restriction des rassemblements et des déplacements que ceux des autres régions. Ces États membres appliquaient des mesures plus strictes au moment de l'enquête, la deuxième vague y était plus grave et les répondants y avaient une perception des risques plus élevée du fait de la détection de nouveaux variants.

ENCADRÉ N° 2

UTILISER LES DONNÉES SUR L'ADHÉSION AUX MESURES DE PRÉVENTION DE LA COVID-19 POUR PRÉVOIR LES FUTURS VAGUES DE COVID-19

Au moment de l'enquête de février, le nombre de nouveaux cas déclarés augmentait au Cameroun, en Guinée et en Éthiopie. Les répondants de ces trois États membres déclarent un niveau d'adhésion aux mesures de santé publique plus faible que la moyenne continentale, ce qui a probablement contribué à faire augmenter le nombre de cas. Alors que près de la moitié de l'ensemble des répondants déclarent éviter les cérémonies religieuses dans les 19 États membres où l'enquête a été réalisée, moins d'un tiers d'entre eux déclarent le faire au Cameroun (30 %), en Guinée (25 %) et en Éthiopie (27 %). De même, près de 40 % de tous les répondants déclarent rester chez eux au lieu de pratiquer leurs activités habituelles, alors que moins d'un quart des répondants déclarent la même chose au Cameroun (24 %) et en Guinée (22 %). En Éthiopie, seul un peu plus d'un tiers des répondants restent chez eux (34 %).

L'adhésion déclarée aux mesures consistant à éviter les cérémonies religieuses (29 %) et à rester chez soi (26 %) est aussi beaucoup plus faible au Kenya que la moyenne obtenue

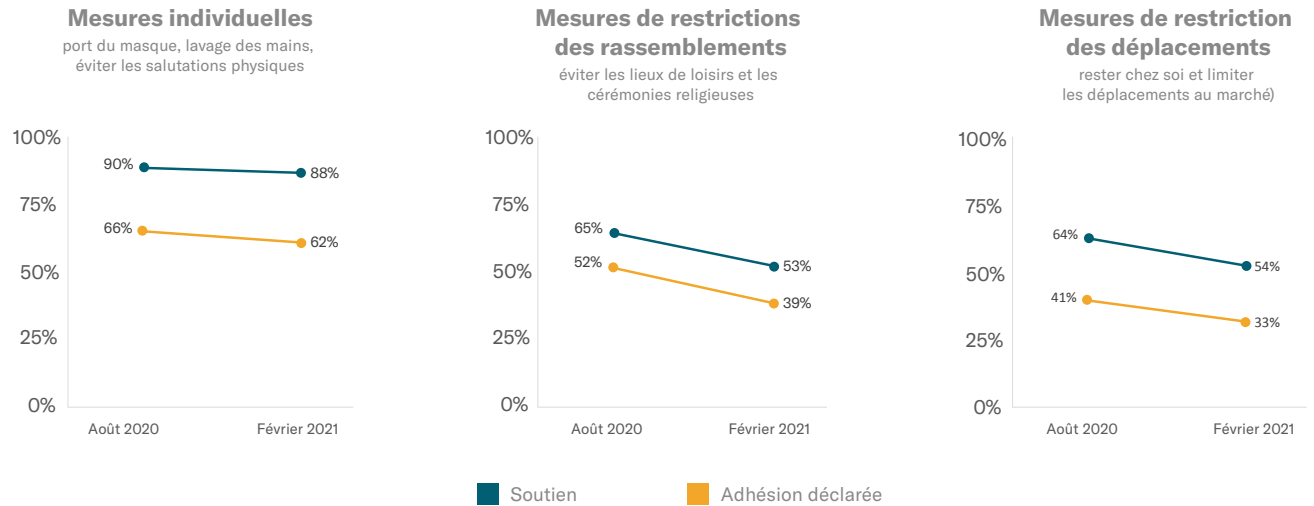
pour l'ensemble des répondants. Le nombre de cas n'était pas encore en train d'augmenter au moment de l'enquête au Kenya, mais une troisième vague grave a été déclarée dans les semaines qui ont suivi, avec un pic début avril de plus de 1000 nouveaux cas déclarés de COVID-19 par jour. La faible adhésion aux MSSP identifiée dans l'enquête peut avoir contribué à cette augmentation du nombre de cas.

L'enquête a mis en évidence les facteurs qui peuvent potentiellement influencer sur l'adhésion aux mesures de prévention de la COVID-19, notamment le niveau de soutien envers les MSSP, la perception des risques liés à la COVID-19, la satisfaction ressentie envers l'action du gouvernement ainsi que des caractéristiques sociodémographiques clés. Comprendre l'influence de ces facteurs peut éclairer les stratégies de riposte à la COVID-19 des gouvernements.

1. Le soutien envers les MSSP

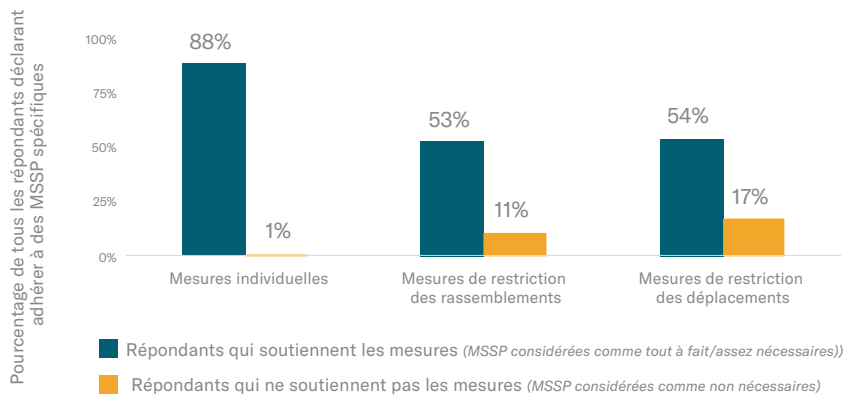
Le soutien exprimé envers les MSSP (qui est mesuré en demandant aux répondants s'ils pensent qu'une MSSP est tout à fait/assez nécessaire pour lutter contre la propagation de la COVID-19, ou pas du tout nécessaire) a diminué entre l'enquête du PERC du mois d'août 2020 et celle de février 2021 (Figure 5). En août comme en février, le soutien exprimé était plus élevé que l'adhésion déclarée aux MSSP pour toutes les mesures. Les baisses de soutien correspondent à celles de l'adhésion, ce qui permet des interprétations importantes des données obtenues.

FIGURE 5. Le soutien exprimé par les répondants envers les MSSP, et l'adhésion déclarée à ces mesures ont diminué de façon significative entre les enquêtes du PERC d'août 2020 et février 2021. Le soutien exprimé envers les mesures individuelles reste plus élevé que le soutien envers les mesures de restriction des rassemblements et des déplacements.



Les répondants qui soutiennent les MSSP ont beaucoup plus de probabilité de déclarer y adhérer que ceux qui les désapprouvent (Figure 6). Le soutien peut être une condition nécessaire à l'adhésion et la mise en oeuvre de MSSP qui sont peu soutenues conduit probablement à une faible adhésion à ces mesures. Le suivi du niveau de soutien envers les MSSP est essentiel pour connaître l'adhésion probable à ces mesures et identifier les obstacles à cette adhésion, que ce soit la perception des risques, le manque de connaissances, les nécessités économiques ou même des priorités culturelles ou religieuses.

FIGURE 6. L'adhésion déclarée aux MSSP est beaucoup plus élevée chez les personnes qui expriment leur soutien envers ces MSSP.



ENCADRÉ N° 3

LES MESURES SOCIALES ET DE SANTÉ PUBLIQUE ET LES CONFLITS

La pandémie de COVID-19 a renforcé les effets des conflits existants dans de nombreux États membres de l'UA, ce qui peut avoir une influence sur la diminution du soutien envers les MSSP et de l'adhésion à ces mesures. Le recours excessif à la force pour faire respecter les MSSP et l'utilisation des mesures de restriction comme un moyen de réduire la liberté politique et les libertés en général se sont accentués au cours de la pandémie, et des élections ont été organisées dans de nombreux pays.

Par exemple, les élections de janvier 2021 en Ouganda ont donné lieu à des violences lorsque le président en exercice a réprimé les manifestations de protestation du parti d'opposition sous couvert des « précautions anti-COVID-19 ». De fait, l'enquête du PERC réalisée en février 2021 en Ouganda a montré une forte baisse du soutien exprimé envers les mesures de restriction des rassemblements et des déplacements depuis le mois d'août 2020. (Voir le [rapport](#) détaillé sur l'Ouganda). Il a aussi été fréquemment [rapporté](#) que sous couvert de lutte contre la COVID-19, le recours à la force pour réprimer des manifestations était excessif, ce qui a provoqué des blessures et des décès en Guinée, en Côte d'Ivoire, au Cameroun, au Kenya, en Afrique du Sud, en Tunisie et en Ouganda, entre autres.

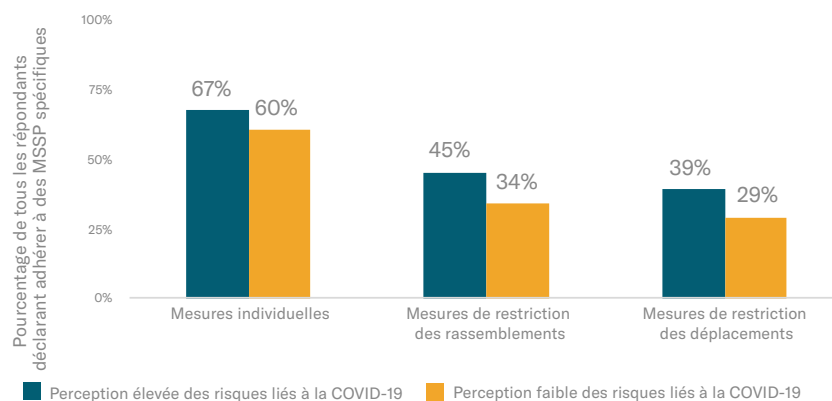
2. La perception des risques liés à la COVID-19

Près d'un répondant sur quatre (28 %) pense avoir un risque élevé ou très élevé de contracter la COVID-19. Ces répondants, qui sont définis dans ce rapport comme ceux qui ont une perception élevée des risques liés à la COVID-19, ont plus de probabilité d'adhérer aux mesures de lutte contre la COVID-19 que les répondants qui pensent avoir un risque faible ou très faible de contracter la COVID-19 (Figure 7). Par exemple, plus de quatre répondants sur dix (45 %) parmi ceux qui ont une perception des risques élevée déclarent éviter les rassemblements alors que c'est le cas de seulement un tiers de ceux qui ont une faible perception des risques (34 %), soit une différence de 11 pour cent.

En Afrique australe, la perception des risques est particulièrement élevée, avec 40 % des répondants qui pensent avoir un risque élevé de contracter la COVID-19. Le soutien exprimé envers les MSSP et l'adhésion déclarée à ces mesures sont aussi plus élevés en Afrique australe que dans d'autres régions, probablement du fait de l'ampleur de la deuxième vague dans la région et parce qu'il a été récemment rapporté que des variants contribuaient à renforcer la transmission.

Dans certains États membres de l'UA où la perception des risques est faible, les répondants ont moins de probabilité d'adhérer aux mesures même si elles sont obligatoires. Par exemple, alors que l'Afrique du Sud et la Guinée appliquaient des mesures obligatoires de restriction des rassemblements au moment de l'enquête, l'adhésion déclarée à ces mesures diffère dans les deux pays : les répondants d'Afrique du Sud déclarent une forte adhésion aux mesures visant à éviter les rassemblements (87 %) alors qu'en Guinée les répondants déclarent le plus faible niveau d'adhésion à ces mesures parmi les États membres où l'enquête a été réalisée. Cette différence peut être expliquée par le fait que près de la moitié des répondants en Afrique du Sud (49 %) pensent avoir un risque élevé de contracter la COVID-19 alors que c'est le cas de moins d'un cinquième (15 %) des répondants en Guinée.

FIGURE 7. L'adhésion déclarée aux MSSP est plus élevée parmi les personnes qui pensent avoir un risque élevé de contracter la COVID-19 que parmi celles qui pensent avoir un risque faible de l'attraper.



3. La satisfaction envers l'action du gouvernement

Les répondants qui déclarent être très satisfaits ou assez satisfaits de la riposte à la COVID-19 de leur gouvernement (74 % de l'ensemble des répondants) ont plus de probabilité d'adhérer aux MSSP que ceux qui déclarent ne pas en être satisfaits (Figure 8). De même le niveau d'adhésion est plus élevé parmi les répondants qui font confiance au ministère de la Santé et au président (ceux qui leur font « tout à fait » ou « plutôt » confiance). Les différences de niveau d'adhésion par niveau de satisfaction sont plus marquées concernant les mesures individuelles. L'adhésion à toutes les mesures individuelles est supérieure de 14 pour cent parmi les personnes qui sont satisfaites de la riposte de leur gouvernement à la COVID-19 par rapport à celles qui ne le sont pas.

Le niveau de satisfaction envers la riposte du gouvernement à la COVID-19 est le plus élevé en Guinée, avec 91 % des répondants, et le plus faible en Tunisie avec 46 %. En Tunisie, le niveau de satisfaction a baissé de 15 pour cent entre août et février (pour passer de 61 % à 46 %). Les répondants âgés de 18 à 35 ans sont les moins satisfaits en Tunisie, ce qui correspond à ce qui est rapporté dans les médias concernant les protestations croissantes des jeunes contre la réponse du gouvernement et la détérioration de la situation économique qui s'est aggravée avec la pandémie. Ce même groupe d'âge déclarent adhérer beaucoup moins aux MSSP que les personnes de 36 ans et plus (40 % de personnes satisfaites contre 50 %). (Voir le [rapport](#) détaillé sur la Tunisie.)

FIGURE 8. L'adhésion déclarée aux MSSP est plus élevée parmi les personnes qui sont satisfaites de la riposte du gouvernement à la COVID-19 que parmi celles qui n'en sont pas satisfaites.

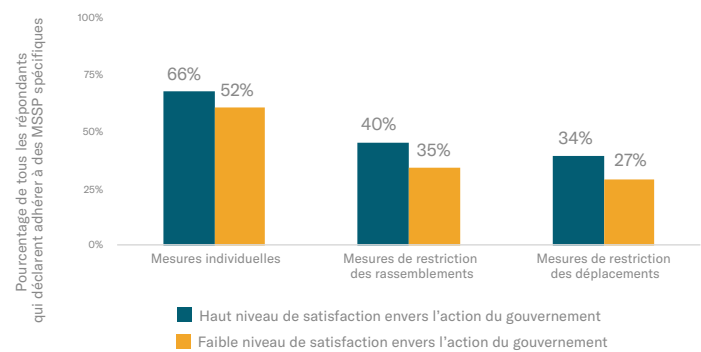


FIGURE 9. L'adhésion déclarée aux MSSP est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

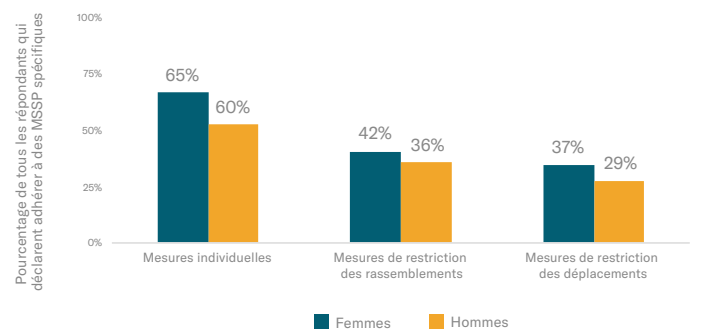
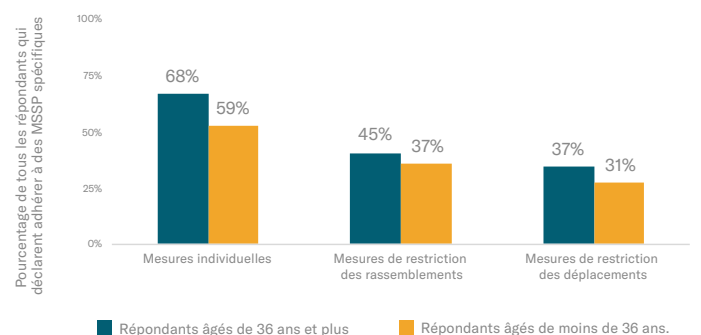


FIGURE 10. L'adhésion déclarée aux MSSP est plus élevée chez les répondants âgés de 36 ans et plus.



4. Les facteurs sociodémographiques : le sexe et l'âge

Les femmes et les répondants de 36 ans et plus ont plus de probabilité de déclarer adhérer aux MSSP que les hommes et les répondants plus jeunes (Figures 9 et 10). Les différences d'adhésion en fonction du sexe sont plus importantes pour les mesures de restriction des déplacements : les femmes ont 28 % de probabilité en plus d'y adhérer que les hommes. Alors que les dynamiques familiales et d'emploi pourraient contredire ces résultats, les femmes ont aussi plus de probabilité de soutenir toutes les mesures, dont celles qui invitent à rester chez soi.

Les différences de comportement par classe d'âge sont préoccupantes, même si elles sont moins surprenantes. Les répondants âgés de 36 ans et plus ont plus de probabilité d'éviter les rassemblements et de rester chez eux (22 %) que ceux qui sont âgés de moins de 35 ans (19 %). Les plus jeunes ont un peu moins de probabilité de déclarer porter un

masque (85 % versus 89 %), ce qui est inquiétant quand on sait qu'ils ont aussi plus de probabilité de participer à des rassemblements.

Le niveau plus faible d'adhésion aux MSSP des jeunes peut s'expliquer par l'idée répandue selon laquelle les adultes plus âgés ont plus de risques de développer une forme grave de la COVID-19. L'enquête montre que les personnes âgées de 56 ans et plus ont beaucoup plus de probabilité de penser que la COVID-19 nuirait gravement à leur santé. Cependant, les différences de perception des risques entre les autres groupes d'âge sont minimales. Ces résultats nécessitent d'être approfondis, notamment en ce qui concerne la façon d'améliorer le port du masque parmi les plus jeunes.

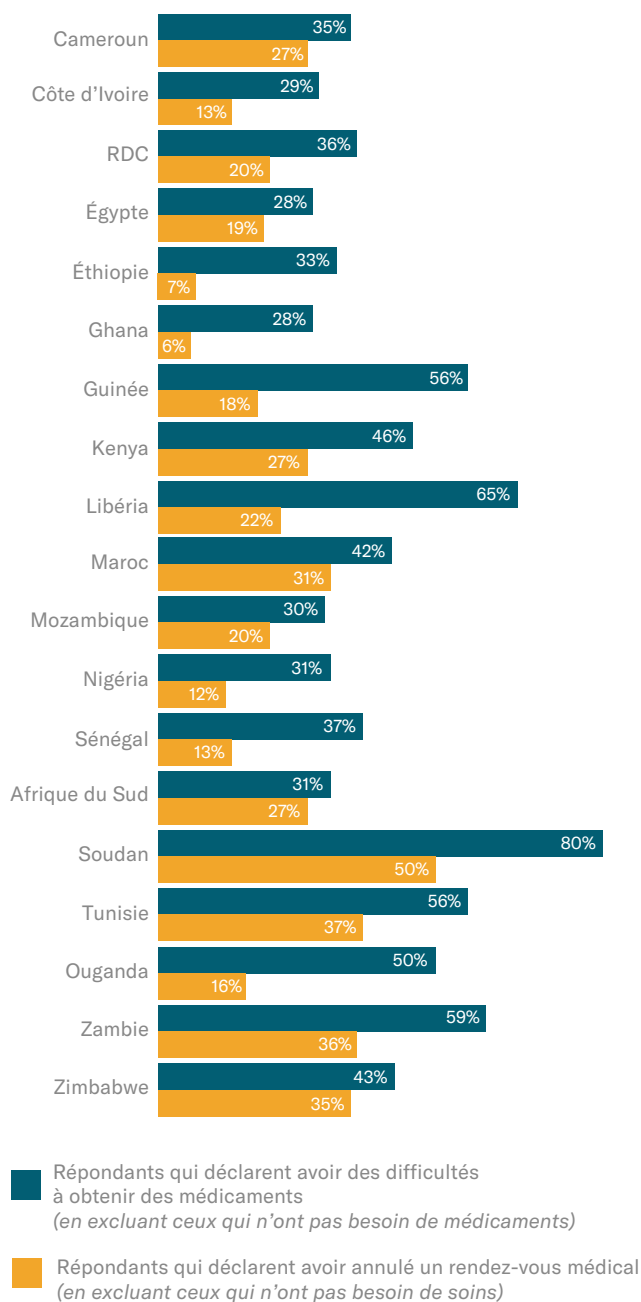
POINT ESSENTIEL N° 3 : LES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS

La COVID-19 et les mesures de réponse à l'épidémie ont créé des obstacles importants à l'accès aux autres services de soins essentiels en Afrique, ce qui constitue une menace pour les progrès difficilement réalisés pour que les populations puissent bénéficier de soins de santé au cours des dernières décennies.

Depuis le début de la pandémie, les services de santé ont été perturbés de façon importante, notamment pendant la deuxième vague de COVID-19 en Afrique (Figure 11). Plus de quatre répondants sur dix (43 %) déclarent que la COVID-19 a rendu plus difficile leur accès ou celui d'un membre de leur foyer à des médicaments nécessaires au cours des trois mois précédents (entre novembre 2020 et février 2021). Parmi les répondants qui déclarent qu'eux-mêmes ou un membre de leur foyer a besoin de soins, près d'un sur quatre (23 %) déclarent avoir annulé ou reporté un rendez-vous médical depuis le mois de novembre 2020 et plus de quatre sur dix (42 %) l'ont fait depuis le début de la pandémie (Figure 12). Comme lors de l'enquête d'août 2020, le degré de perturbation des services de santé varie de manière importante entre les États membres et à l'intérieur des États membres où l'enquête a été réalisée. (Pour plus d'informations, Voir le [rapport spécial du PERC sur les perturbations des services de santé essentiels](#)). Il est essentiel de régler les problèmes d'accès aux soins pour détecter et traiter les cas de COVID-19 et pour ralentir la transmission, mais aussi pour répondre aux autres crises sanitaires, que ce soit celles liées aux épidémies d'Ebola en Guinée et en République Démocratique du Congo (RDC), à la fièvre jaune au Nigéria, ou au paludisme, au VIH, à la tuberculose et aux problèmes de santé maternelle.

Les rendez-vous médicaux annulés sont plus fréquents dans les foyers des zones urbaines et parmi les répondants souffrant de maladies chroniques et de longue durée. De plus, Les rendez-vous médicaux annulés au cours des six mois précédents sont plus fréquents dans les foyers qui ont subi une perte totale de revenus depuis le début de la pandémie (42 %) que dans les foyers qui n'ont pas subi de perte de revenus (20 %). Ces résultats montrent à quel point les difficultés économiques aggravent les problèmes d'accès aux soins de santé.

FIGURE 11. En février 2011, les difficultés pour obtenir des médicaments étaient plus fréquentes que les rendez-vous médicaux annulés dans les foyers où quelqu'un avait besoin de soins, avec des différences très importantes d'un État membre à l'autre.

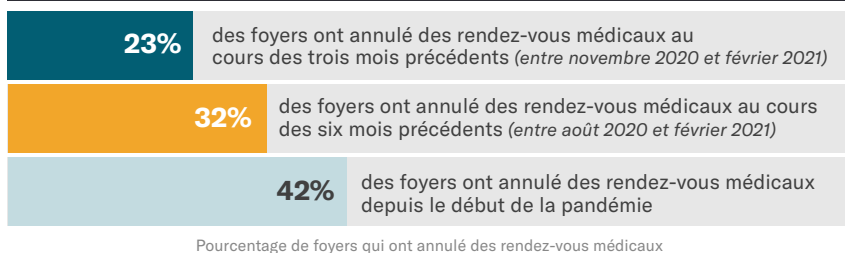


*Parmi les personnes qui ont déclaré qu'elles-mêmes ou un membre de leur foyer avait besoin de médicaments ou de soins de santé.

Comme en août, les personnes qui ont annulé ou reporté un rendez-vous médical ont le plus de probabilité de l'avoir fait pour des check-up de routine (34 %). Cependant, des personnes continuent à annuler des rendez-vous médicaux pour des soins plus essentiels (Figure 13). Près d'un quart des rendez-vous médicaux annulés concernent un diagnostic ou des symptômes qui peuvent être ceux de la COVID-19. Par exemple, 10 % de tous les foyers qui ont annulé un rendez-vous médical ont annulé un rendez-vous pris à cause d'une fièvre/ de frissons, et ce chiffre varie de 1 % en Éthiopie et en Tunisie à 30 % en RDC. La proportion d'annulations de rendez-vous de soins prénatals ou de consultations pour des problèmes liés à la grossesse est particulièrement élevée au Ghana (22 %), en Éthiopie (19 %) et en Ouganda (16 %). Comme dans les résultats de l'enquête du mois d'août, le nombre de rendez-vous médicaux annulés liés au diabète et à des problèmes cardiovasculaires est élevé en Afrique du Nord, alors qu'en Afrique centrale et en Afrique de l'Est les rendez-vous médicaux annulés les plus nombreux sont liés au paludisme. 3 % de tous les répondants ont annulé une vaccination, mais c'est en Afrique du Sud et au Ghana que ces annulations sont particulièrement nombreuses (14 % et 10 %).

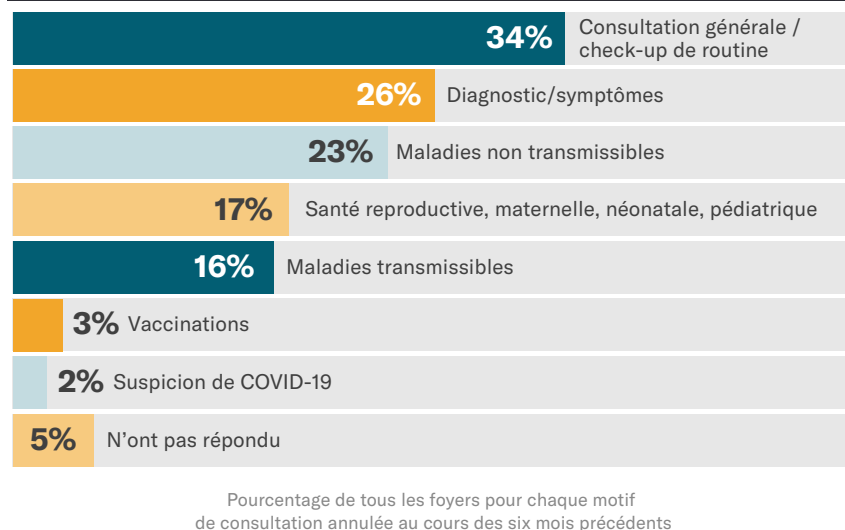
La peur d'attraper la COVID-19, que ce soit dans un établissement de soins de santé ou en sortant de chez soi, est la raison la plus fréquemment invoquée pour annuler des rendez-vous médicaux (Figure 14). Elle est citée plus fréquemment en Afrique du Nord (50 % des répondants en Égypte, au Maroc et en Tunisie versus 27 % parmi tous les répondants) et plus fréquemment par les répondants vivant dans des zones urbaines que par ceux qui vivent dans des zones rurales (30 % versus 23 %), ce qui est probablement lié au fait que l'incidence de la maladie est plus forte en Afrique du Nord et dans les zones urbaines.

FIGURE 12. Près d'un quart des foyers déclarent avoir annulé ou reporté des rendez-vous médicaux au cours des trois mois précédents, ce qui montre que les systèmes de santé ont été fortement perturbés au cours de la deuxième vague de COVID-19 en Afrique. *



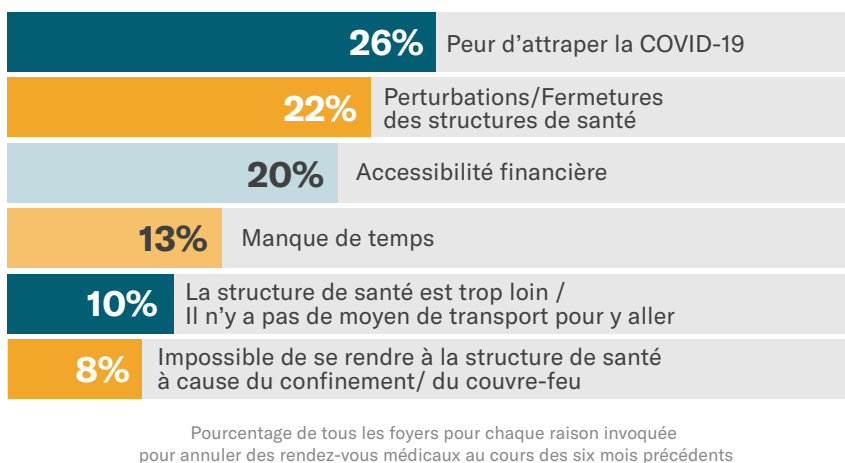
*Le dénominateur n'inclut pas les personnes qui déclarent ne pas avoir besoin de soins.

FIGURE 13. Plus d'un quart des répondants déclarent avoir annulé des rendez-vous médicaux liés à un diagnostic au cours des six derniers mois, alors qu'ils présentaient des symptômes souvent semblables à ceux de la COVID-19.



*Le dénominateur n'inclut pas les répondants qui déclarent ne pas avoir annulé de rendez-vous médical au cours des six mois précédents.

FIGURE 14. La peur d'attraper la COVID-19 reste la raison la plus fréquemment invoquée pour annuler des rendez-vous médicaux au cours des six mois précédents.



*Le dénominateur n'inclut pas les répondants qui déclarent ne pas avoir annulé de rendez-vous médical au cours des six mois précédents.

Les perturbations des services de santé (par ex., le manque de personnel et les fermetures d'hôpitaux) et l'accessibilité financière des soins (notamment le coût du transport vers les structures de santé) sont aussi toujours des facteurs majeurs de l'annulation des rendez-vous médicaux. Un cinquième des répondants identifient l'accessibilité financière comme un obstacle essentiel à leur accès aux soins au cours des six mois précédents.

ENCADRÉ N° 4

LA STIGMATISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Plus de la moitié des répondants (51 %) pensent que « les professionnels de santé doivent être évités parce qu'ils peuvent vous transmettre la COVID-19 » (c'est-à-dire qu'ils déclarent que cette phrase est tout à fait/probablement vraie), et ce chiffre varie entre un maximum de 85 % des répondants au Soudan et un minimum de 28 % au Ghana. C'est aussi au Soudan que le taux le plus élevé de rendez-vous médicaux annulés est enregistré parmi les répondants qui ont besoin de soins (61 %). Ce type de croyance peut conduire à une stigmatisation des professionnels de santé et empêcher les populations de recourir à des soins essentiels.

Les résultats de l'enquête montrent qu'il est nécessaire de faire de la vaccination des professionnels de santé et de l'amélioration de leur accès à des équipements de protection individuelle (EPI) adaptés une priorité immédiate. Dans de nombreux États membres de l'UA, les professionnels connaissent encore de forts taux d'infection et des pénuries d'EPI ont été rapportées. Cette situation peut contribuer à alimenter encore davantage la peur des soignants et décourager les populations de recourir aux soins. Pour rétablir la confiance des populations envers les structures de santé et réduire la stigmatisation des professionnels de santé, les gouvernements et les dirigeants doivent communiquer de façon active sur les faibles risques qui existent.

POINT ESSENTIEL N° 4 : LES PERTES DE REVENUS

Les pertes de revenus liées à l'application des mesures de réponse à la COVID-19 renforcent les difficultés d'accès à la nourriture et aux services de soins de santé, et la crise que cela engendre s'aggrave alors que la pandémie perdure.

Les pertes de revenus et les difficultés d'accès à la nourriture sont très répandues dans tous les États membres de l'UA où l'enquête a été réalisée. Plus des trois quarts de tous les répondants (77 %) déclarent avoir perdu une partie ou la totalité de leurs revenus depuis le début de la pandémie, et cela va de 61 % des répondants au Mozambique à 93 % des répondants en Ouganda (Figure 15). Plus de 80 % des répondants déclarent avoir eu des difficultés d'accès à la nourriture au cours de la semaine précédente, ce qui représente une augmentation de 8 pour cent depuis le mois d'août 2020 et presque la moitié des répondants (48 %) déclarent avoir réduit le nombre ou la taille de leurs repas au cours de la semaine précédente.

La perte de revenus est un des principaux obstacles à l'accès à la nourriture (Figure 16) et un des principaux facteurs influant sur la décision d'annuler ou de reporter des soins médicaux essentiels. Les résultats de notre enquête vont dans le même sens que d'autres rapports qui ont identifié eux aussi l'importance des difficultés économiques et des difficultés en matière de sécurité alimentaire pendant la pandémie.

FIGURE 15. Les pertes de revenus des foyers sont importantes, mais varient beaucoup d'un État membre à l'autre.

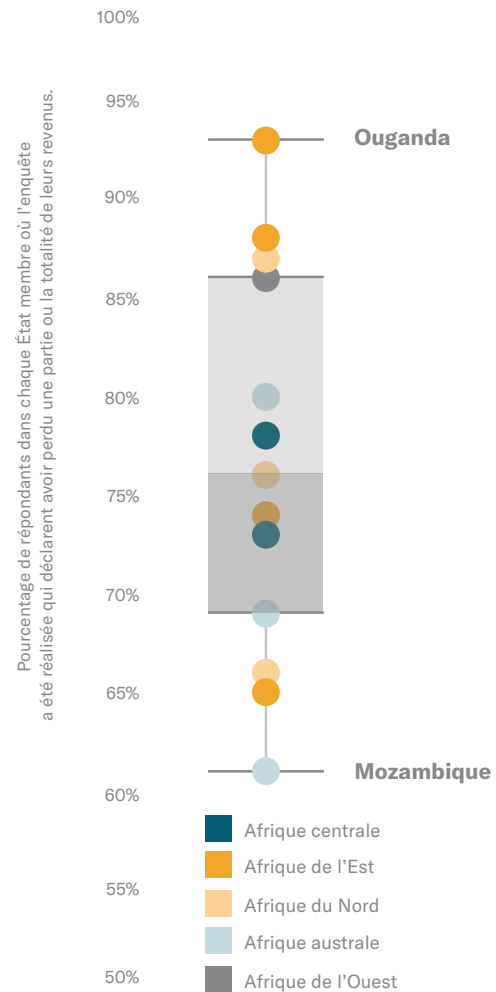
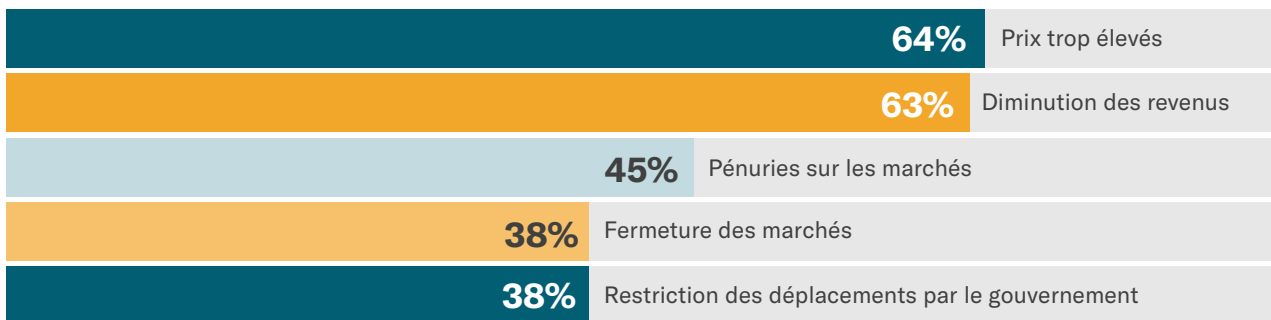


FIGURE 16. Parmi les foyers qui ont sauté des repas au cours de la semaine précédente, la diminution des revenus est citée comme un des principaux obstacles à l'accès à la nourriture.



Pourcentage de tous les foyers pour chaque raison invoquée pour sauter un repas au cours de la semaine précédente.

ENCADRÉ N° 5

ALERTE FAMINE ET INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Les appels à l'action des [Nations Unies](#) et du [Programme alimentaire mondial](#) (PAM) montrent que les effets socioéconomiques de la pandémie de COVID-19 associés à ceux du changement climatique et des conflits contribuent à aggraver la situation d'insécurité alimentaire dans plus de 20 pays, dont 16 se trouvent en Afrique. D'après les données du PAM, plus de 34 millions de personnes sont confrontées à une famine grave, et l'ampleur de l'urgence ne cesse de croître. Les facteurs clés de l'insécurité alimentaire, en particulier dans le contexte de la COVID-19, sont l'augmentation des prix des denrées alimentaires (ce qui correspond aux résultats de l'enquête du PERC) et l'accès limité aux marchés alimentaires.

Les maladies infectieuses, comme la COVID-19, et la malnutrition forment un cercle vicieux qui augmente la charge de morbidité et la mortalité dans des communautés entières. Des actions sont nécessaires pour limiter l'impact des mesures de lutte contre la COVID-19 sur l'accès à la nourriture, renforcer les systèmes de protection sociale et promouvoir la sécurité alimentaire dans les zones à risque pour éviter que le continent africain ne soit confronté à une double crise.

Les populations les plus vulnérables, en particulier les foyers dont les revenus sont les plus faibles, ont un taux plus élevé de perte complète de revenus et sont davantage confrontées à des obstacles à l'accès à la nourriture. Les foyers dont les revenus sont les plus faibles ont plus de probabilité d'avoir perdu la totalité de leurs revenus (81 % versus 73 % dans les foyers dont les revenus sont les plus élevés). Cette tendance est particulièrement préoccupante, car les foyers dont les revenus sont les plus faibles ont moins de probabilité d'avoir une épargne importante et ont plus de probabilité de recourir au secteur informel, qui a été durement touché par la pandémie, pour générer des revenus. La forte proportion de répondants de tous les niveaux de revenus qui déclarent avoir subi une perte de revenus souligne à quel point la vulnérabilité socioéconomique est généralisée, y compris dans les groupes dont les revenus sont les plus élevés.

Les programmes de protection sociale dont l'objectif est de réduire les charges économiques subies par la population au cours de la pandémie n'ont pas atteint les plus vulnérables. Seuls 13 % de l'ensemble des répondants déclarent avoir reçu une aide du gouvernement au cours du mois précédent (ce chiffre va de 44 % des répondants au Ghana à moins de 5 % au Cameroun, au Kenya, au Soudan, au Maroc, en Tunisie et au Mozambique). Parmi les foyers qui déclarent avoir reçu une aide du gouvernement, les groupes dont les revenus sont les plus faibles ont moins de probabilité de recevoir des aides que les groupes dont les revenus sont les plus élevés, ce qui laisse penser que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour cibler les populations les plus vulnérables.

POINT ESSENTIEL N° 5 : LA VACCINATION

Une part relativement importante de la population exprime son souhait de se faire vacciner lorsqu'un vaccin sera disponible, ce qui souligne le rôle crucial que joue l'implication réelle des communautés, mais les populations ne peuvent pas se faire vacciner tant que la communauté internationale ne fournit pas de vaccins.

La demande de vaccins est forte, avec des différences entre les États membres de l'UA.

Près des deux tiers de l'ensemble des répondants (67 %) déclarent qu'ils se feront certainement ou probablement vacciner lorsqu'un vaccin sera disponible. Cela correspond aux résultats obtenus par le [CDC Afrique](#). Cependant, les réponses varient beaucoup d'un État membre à l'autre, avec des taux allant de 91 % des répondants qui se disent prêts à se faire vacciner au Maroc, à seulement 35 % d'entre eux en Tunisie et au Cameroun (Figure 17). Les différences en fonction des caractéristiques sociodémographiques sont moins importantes : les femmes expriment un intérêt légèrement plus grand pour le vaccin que les hommes (67 % versus 64 %), tout comme les répondants âgés de 36 ans et plus par rapport à ceux qui sont âgés de 18 à 35 ans (70 % versus 65 %) et ceux qui vivent dans des zones rurales par rapport à ceux qui vivent dans des zones urbaines (68 % versus 63 %).

La perception des risques liés à la COVID-19 et la satisfaction exprimée envers la réponse du gouvernement à la COVID-19 sont des éléments qui influencent de façon importante la volonté des répondants de se faire vacciner.

Ceux qui pensent avoir un risque élevé de contracter la COVID-19 ont plus de probabilité de souhaiter se faire vacciner que ceux qui pensent avoir un faible risque de contracter la COVID-19 (70 % versus 62 %). Le lien entre la volonté de se faire vacciner et la satisfaction exprimée envers la réponse du gouvernement à la COVID-19 est encore plus fort : plus de 70 % des répondants qui se disent satisfaits de la réponse du gouvernement déclarent souhaiter se faire vacciner, contre seulement la moitié de ceux qui ne sont pas satisfaits de l'action du gouvernement, soit une différence de 21 pour cent.

Les réticences concernant la vaccination semblent être essentiellement dues à un manque d'informations. Sur l'ensemble des répondants, la première raison invoquée pour justifier ces réticences (31 %) est le fait de ne pas en savoir assez sur le vaccin pour prendre une décision (Figure 18). D'autres raisons fréquemment invoquées sont le fait de penser avoir un faible risque de contracter la COVID-19 (22 %) et l'information erronée selon laquelle les vaccins peuvent transmettre la COVID-19 (18 %). Toutes ces raisons laissent penser que des campagnes d'information et d'éducation durables et ciblées permettraient de renforcer de façon significative la confiance des populations envers le vaccin.

FIGURE 17. La demande de vaccins contre la COVID-19 est forte au niveau régional, mais varie beaucoup d'un État membre à l'autre.

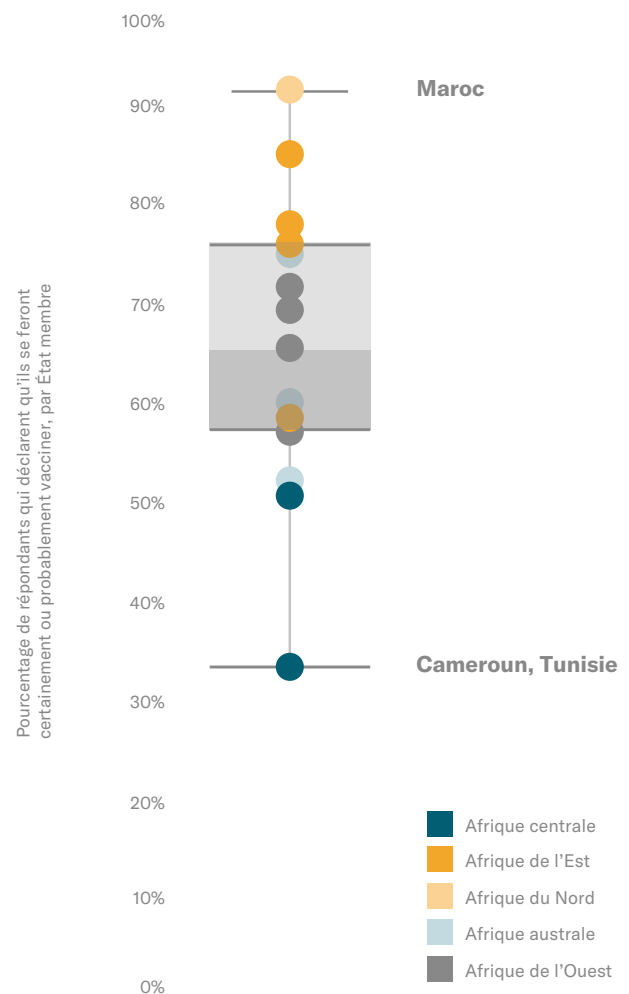
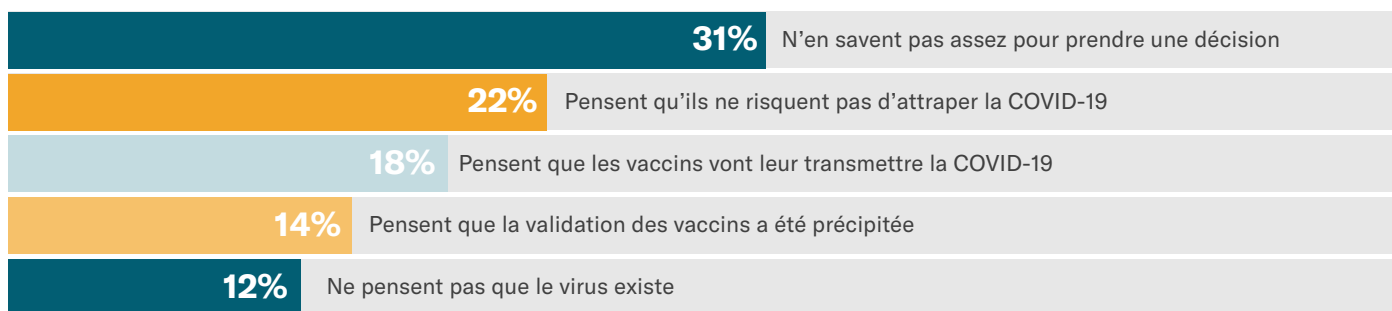


FIGURE 18. L'absence de volonté de se faire vacciner est due à un manque d'informations.


Pourcentage de répondants par raison invoquée pour justifier le fait de ne pas vouloir se faire vacciner contre la COVID-19.

ENCADRÉ N° 6
CHRONOLOGIE DES EFFORTS DE VACCINATION EN AFRIQUE

Au moment de l'enquête, seuls sept des 19 États membres de l'UA où l'enquête a été réalisée avaient commencé à administrer des vaccins contre la COVID-19, et la vaccination ne concernait que les professionnels de santé. Les données sur l'acceptation de la vaccination peuvent être trompeuses en l'absence d'un approvisionnement viable, aussi les résultats de l'enquête doivent être interprétés avec prudence. De plus, au moment de l'enquête, peu d'effets indésirables avaient été signalés et donc les répondants n'avaient pas exprimé beaucoup d'inquiétudes de façon explicite sur ce sujet. Ces données doivent être suivies de façon continue au fur et à mesure que l'approvisionnement en vaccins augmente dans toute la région.

DÉCEMBRE 2020

31 déc. La Guinée administre des vaccins Sputnik V aux membres de son gouvernement.

JANVIER 2021

14 janv. L'Union Africaine obtient 270 millions de doses de vaccins via AVATT.

20 janv. Le CDC Afrique lance [un programme de précommande de vaccins contre la COVID-19 pour tous les États membres.](#)

24 janv. L'Égypte commence à administrer des vaccins Sinopharm aux professionnels de santé.

29 janv. La Guinée approuve officiellement l'utilisation du vaccin Sputnik V pour un usage général.

FÉVRIER 2021

Enquête du PERC

8 févr. L'Afrique du Sud reconsidère sa campagne de vaccination avec le vaccin AstraZeneca vaccine après qu'il a été jugé inefficace contre le variant B.1.351.

15 févr. L'OMS accorde une autorisation d'urgence aux deux versions du vaccin AstraZeneca dans le cadre du dispositif COVAX.

17 févr. L'Afrique du Sud commence à administrer le vaccin J&J/Janssen aux professionnels de santé dans le cadre d'un essai de phase 3 B.

18 févr. Le Zimbabwe commence à vacciner les travailleurs de première ligne avec des vaccins Sinopharm.

19 févr. Des données réelles venant d'Israël montre que le vaccin Pfizer est efficace ; les États-Unis allouent 4 milliards de dollars aux efforts de vaccination internationaux.

24 févr. Les premières doses fournies par COVAX sont envoyées et livrées au Ghana.

MARS 2021

- 1 mars** La Côte d'Ivoire et le Ghana commencent à vacciner les professionnels de santé.
- 11 mars** Les pays européens arrêtent de vacciner avec le vaccin AstraZeneca à cause des inquiétudes soulevées par des problèmes de coagulation.
- 15 mars** L'Inde limite les exportations de vaccins contre la COVID-19, ce qui a de fortes répercussions sur les prévisions d'approvisionnement du continent africain.
- 18 mars** Le régulateur de l'Union européenne déclare que le vaccin AstraZeneca est « sûr et efficace ».

AVRIL 2021

- 8 avr.** Le CDC Afrique abandonne le projet d'obtenir des vaccins AstraZeneca auprès du Serum Institute en Inde.
- 13 avr.** L'Afrique du Sud arrête l'étude de phase 3B du vaccin J&J/Janssen à cause des inquiétudes soulevées par des problèmes de coagulation.
- 14 avr.** La Commission européenne met fin aux contrats signés avec les laboratoires J&J/Janssen et AstraZeneca.
- 28 avr.** L'Afrique du Sud reprend l'étude de phase 3B après que les cas de problèmes de coagulation ont été étudiés.



Conclusion

UNE VOIE À SUIVRE

La pandémie restera encore longtemps une menace sur le continent africain, car les pays les plus riches accaparent les vaccins et refusent de partager la technologie et l'expertise nécessaires pour permettre la production décentralisée de ces vaccins, et parce que de nouveaux variants plus contagieux se propagent dans le monde entier. Certains variants ont fait des ravages dans des pays qui avaient jusque là réussi à contrôler l'épidémie de COVID-19, et cela doit être considéré comme un avertissement pour les États membres de l'UA et la communauté internationale, et les inciter à rester vigilants et à s'adapter à l'évolution de l'épidémie. Bien qu'il y ait plusieurs exemples positifs d'États membres de l'UA qui ont jusqu'ici géré efficacement l'impact de la pandémie, les impacts secondaires liés à l'application de MSSP généralisées et à d'autres crises risquent d'affaiblir la réponse durable de santé publique qui est nécessaire pour vaincre la COVID-19 en Afrique.

Oui, l'Afrique a besoin d'un meilleur accès aux vaccins, et ce, le plus vite possible. La communauté internationale doit agir pour augmenter la production de vaccins, garantir une répartition équitable de ces vaccins et partager la technologie nécessaire avec les États membres de l'UA. Mais les vaccins ne sont pas un remède miracle. Des ressources internationales sont aussi nécessaires pour renforcer les capacités des États membres de l'UA à dépister, tester, séquencer et rechercher les cas pour qu'ils puissent élaborer des réponses efficaces à la COVID-19 et appliquer des MSSP ciblées. À l'heure actuelle, la nature et l'ampleur des épidémies de COVID-19 qui existent dans de nombreux États membres sont largement sous-estimées, parce qu'ils ont des capacités de surveillance trop limitées.

Le faible nombre de cas déclarés a entretenu l'idée dangereuse selon laquelle de nombreux États membres de l'UA ont été préservés de la COVID-19. En réalité, ils connaissent les conséquences catastrophiques de la COVID-19 en matière de santé, et subissent des situations de grandes difficultés économiques, sociales et nutritionnelles. En l'absence de programmes de protection sociale suffisants, ces difficultés vont perdurer et les populations risquent de ne plus être en capacité d'adhérer aux MSSP.

Dans les mois et les années à venir, même si les vaccins sont rendus plus disponibles, les gouvernements doivent continuer à surveiller l'épidémie de COVID-19 afin de trouver un équilibre entre l'application de MSSP pour maintenir la transmission à un niveau bas, et la mise en oeuvre de mesures permettant de minimiser les perturbations socioéconomiques que les MSSP provoquent. Le maintien de cet équilibre et une communication ciblée appropriée encourageront probablement l'adhésion aux mesures de prévention de la COVID-19 lorsque celles-ci sont nécessaires. Les MSSP individuelles, en particulier le port du masque, vont rester un élément essentiel dans le combat contre la pandémie, et les gouvernements devront entretenir la confiance de leurs populations pour répondre aux difficultés durables que la COVID-19 va provoquer.



Partnership for Evidence-Based COVID-19 Response

