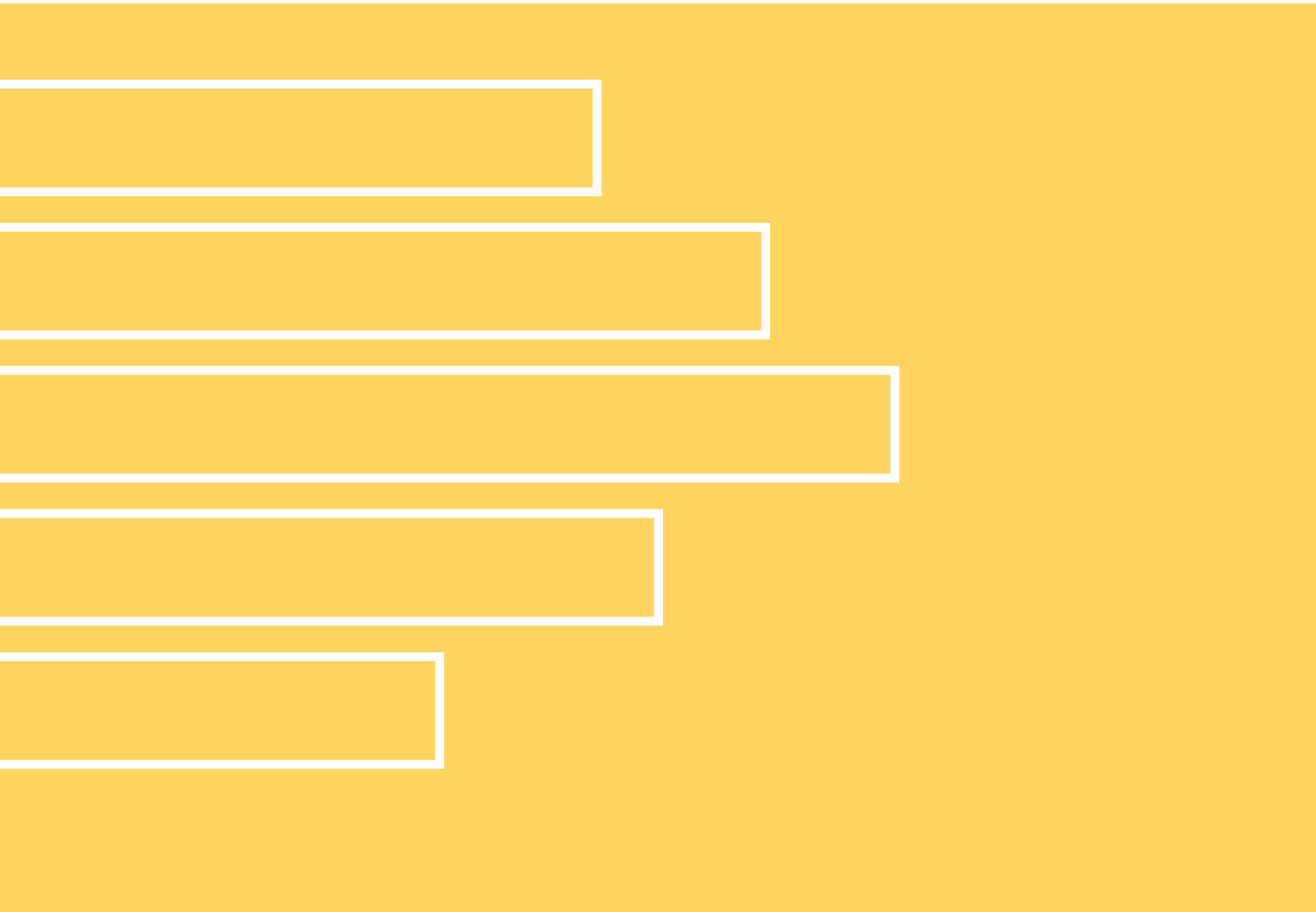


AHOP INSIGHTS

Stratégies d'endiguement: enseignements tirés de la première riposte à la COVID-19 dans cinq pays africains

Décembre 2021



Stratégies d'endiguement : enseignements tirés de la première riposte à la COVID-19 dans cinq pays africains

ISBN : 978-929031340-3

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2021

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée

Stratégies d'endiguements: enseignements tirés de la première riposte à la COVID-19 dans cinq pays africains.
Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2021. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Catalogage à la source

Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences

Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers

Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et impression : Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, République du Congo

À propos de l'AHOP

La plateforme de l'Observatoire africain de la santé sur les systèmes et politiques de santé (AHOP) est un partenariat régional qui promeut l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles. L'AHOP est hébergée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique par l'intermédiaire de [l'Observatoire africain de la santé intégré](#). Il s'agit d'un réseau de centres d'excellence issus de tout le continent, qui tire parti des collaborations nationales et régionales existantes. Ces centres nationaux incluent actuellement le College of Health Sciences, Université d'Addis Abeba (Éthiopie), le KEMRI Wellcome Trust, (Kenya), le Health Policy Research Group, l'Université du Nigéria, la School of Public Health, l'Université du Rwanda, et l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal). Par ailleurs, un consortium de partenaires techniques, dont l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, la London School of Economics and Political Science (LSE) et la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF), apporte un soutien à l'AHOP.

Visitez le site web de l'AHOP à l'adresse <https://ahop.aho.afro.who.int>

AHOP Insights

La série AHOP Insights s'appuie sur les réflexions des partenaires de l'AHOP et sur le corpus plus large de données factuelles. Nous explorons les thèmes importants pour la région africaine, en procédant souvent à des comparaisons pour évaluer les questions et apprendre d'approches diverses. La série vise à capturer les expériences, les solutions et les concepts actuels relatifs aux systèmes de santé et à l'environnement politique en constante évolution.

Contributeurs

Assefa Abegaz, Prince Agwu, Tesfamariam Aklilu, Atalay Alem, Getnet Alemu, Serge Bataliack, Dorothy Chisare, Lesong Conteh, Rokhaya Diop, Mam Coumda Diouf, Charles Ebikeme, Fadil Elobeid, Enyi Etiaba, Abebaw Fekadu, Naod Firdu, Fatuma Guleid, Collins Kamanzi, Lucy Kanya, Humphrey Karamagi, Beth Kreling, Cheikh Loucoubar, Damen Hailemariam, Rose Nadege Mbaye, Alex Njeru, Jacinta Nzinga, Obinna Onwujekwe, Adane Petros, Amadou Sall, Abiy Seifu, Aminata Seydi, Katie Shuford, Hamidou Thiam, Benjamin Tsofa, Aline Umubyeyi, Benjamin Uzochukwu, Dawit Wondimagegn, Helen Yifter et Mohamed Abass Yugo. Des collègues de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et de la Fondation Bill & Melinda Gates ont procédé à une révision préliminaire du document.

Table des matières

- 5** Introduction
- 7** Mesures d'endiguement initiales et évolutives
- 9** Stratégies de santé publique : variation à l'échelle nationale et internationale
- 26** Thèmes transversaux : que pouvons-nous apprendre des expériences de l'AHOP ?
- 30** Et maintenant ?
- 31** Références

Messages clés

Les pays ont agi rapidement, la plupart ayant mis en œuvre des mesures avant l'enregistrement de leur cas indicateur.

Dans les cinq pays de l'AHOP, les principes de base de santé publique et de lutte contre la transmission ont été rapidement appliqués, et respectés, une tendance largement représentative des mesures mises en place dans la région lors de la première vague de la pandémie. Par exemple, dans quatre des pays, le lavage des mains, le port du masque et les mesures de distanciation physique ont été mis en place dans les deux semaines qui ont suivi l'identification de leur cas indicateur.

La mise en œuvre précoce de restrictions aux déplacements à l'échelle infranationale, parallèlement aux interdictions de déplacements transfrontaliers, s'est inscrite dans les efforts menés à l'échelle du continent pour limiter les déplacements, ce qui a largement contribué à endiguer rapidement, et avec succès, la première vague.

Des approches novatrices dans le domaine des programmes de dépistage et de recherche des contacts, notamment en Éthiopie, au Rwanda et au Sénégal, ont permis de limiter les contraintes en matière de capacités et servi d'exemple pour d'autres pays.

Le Kenya et le Nigéria ont montré l'efficacité de l'autonomie régionale et sous-régionale dans un outil de prise de décision, ce qui offre une certaine flexibilité permettant de compenser des confinements nationaux coûteux d'un point de vue économique, politique et social.

Au début de la pandémie, des niveaux impressionnants de respect des mesures visant à endiguer la maladie ont été observés dans les pays de l'AHOP. Mais la lassitude gagne du terrain et un engagement communautaire plus fort s'avère nécessaire.

Si les mesures d'endiguement ont permis d'enrayer avec succès la première vague, les pays de l'AHOP ont éprouvé des difficultés à minimiser l'impact de ces mesures sur les groupes vulnérables, les répercussions sur la population en matière de santé mentale, et à répondre aux défis liés à la mauvaise information et à la désinformation. Ces difficultés ont été signalées dans le monde entier.

En septembre 2020, la Dr Matshidiso Moeti, Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, a exprimé une opinion largement partagée, à savoir que : « L'Afrique n'a pas connu une propagation exponentielle de la COVID-19 comme beaucoup le craignaient ». Avant d'ajouter cependant que : « Nous devons nous garder de toute complaisance. »¹



Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la prévention reste la stratégie clé.

Passons maintenant à l'été 2021, marqué par les inégalités mondiales croissantes qui entravent l'accès à la vaccination contre la COVID-19, et par le début d'une troisième vague dans bon nombre de pays africains. Le continent reste dans une situation précaire (Figure 1, Tableau 1).

Le nombre de cas de COVID-19 augmente à nouveau, l'Afrique du Sud comptant pour près de la moitié de tous les cas confirmés de la Région africaine de l'OMS. La menace de nouveaux variants plane,

et la faible couverture vaccinale soulève des questions concernant les mesures qui devront être prises pour lutter contre la COVID-19. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, **la prévention reste la stratégie clé**. Dans ce document, cinq centres nationaux de la plateforme de l'Observatoire africain de la santé sur les systèmes et politiques de santé (AHOP), basés en **Éthiopie**, au **Kenya**, au **Nigéria**, au **Rwanda** et au **Sénégal** analysent les leçons à tirer de leurs mesures d'endiguement respectives lors des premières phases de la pandémie. Ils élaborent des calendriers afin de mettre en lumière les politiques et les difficultés associées à l'adoption d'un éventail de mesures de santé publique visant à endiguer la maladie, et discutent de l'utilité de maintenir ces mesures, compte tenu de la nature toujours changeante de la pandémie.

Tableau 1. Impact à ce jour (de janvier 2020 à juillet 2021)

	Éthiopie	Kenya	Nigéria	Rwanda	Sénégal	Afrique*	Monde
Total cumulé des cas (en % de tous les cas de la Région africaine)	278 543 (5.88 %)	197 409 (4.16 %)	171 111 (3.61%)	62 946 (1.33 %)	57 263 (1.21 %)	6 475 582	193 798 265
Taux d'atteinte pour 100 000 habitants	247	377	83	480	328		
Nombre cumulé des décès	4 369	3 865	2 132	742	1 281	164 383	4 158 041
Taux de létalité	1.57%	1.96%	1.25%	1.18%	2.24%		
Nombre total de tests * (tests pour 1 million d'habitants)	2 984 666 (25 954)	2 093 014 (38 904)	2 401 894 (11 654)	2 008 242 (154 480)	639 803 (38 312)	57 982 180	
Pourcentage de la population vaccinée *	1.09%	1.52%	0.96%	3.76%	3.81%	1.39%	13.9%**

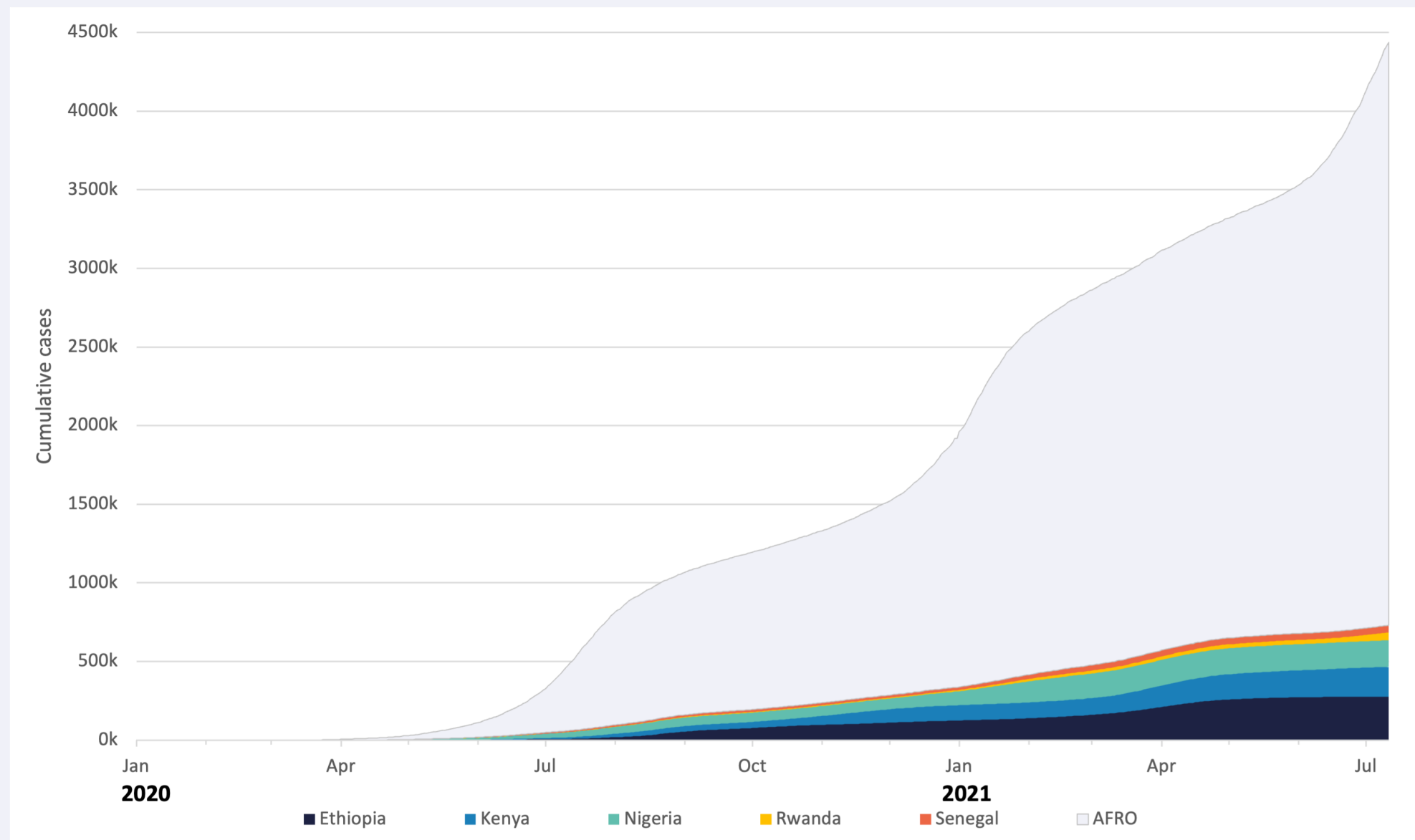
Source: données issues des tableaux de bord de l'OMS et du Bureau régional de l'Afrique, sauf mention contraire

<https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/0c9b3a8b68d0437a8cf28581e9c063a9> (consulté le 2 août 2021).

* Tableau de bord des CDC de la vaccination en Afrique <https://africacdc.org/covid-19-vaccination/> (consulté le 2 août 2021).

** OurWorldInData.org/coronavirus (consulté le 2 août 2021).

Figure 1. Nombre cumulé de cas confirmés de COVID-19 dans la Région africaine de l'OMS (de janvier 2020 à juillet 2021)



Source : Tableau de bord de la Région africaine de l'OMS : disponible à l'adresse <https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/0c9b3a8b68d0437a8cf28581e9c063a9> (consulté le 26 juillet 2021).



Endiguement : définition

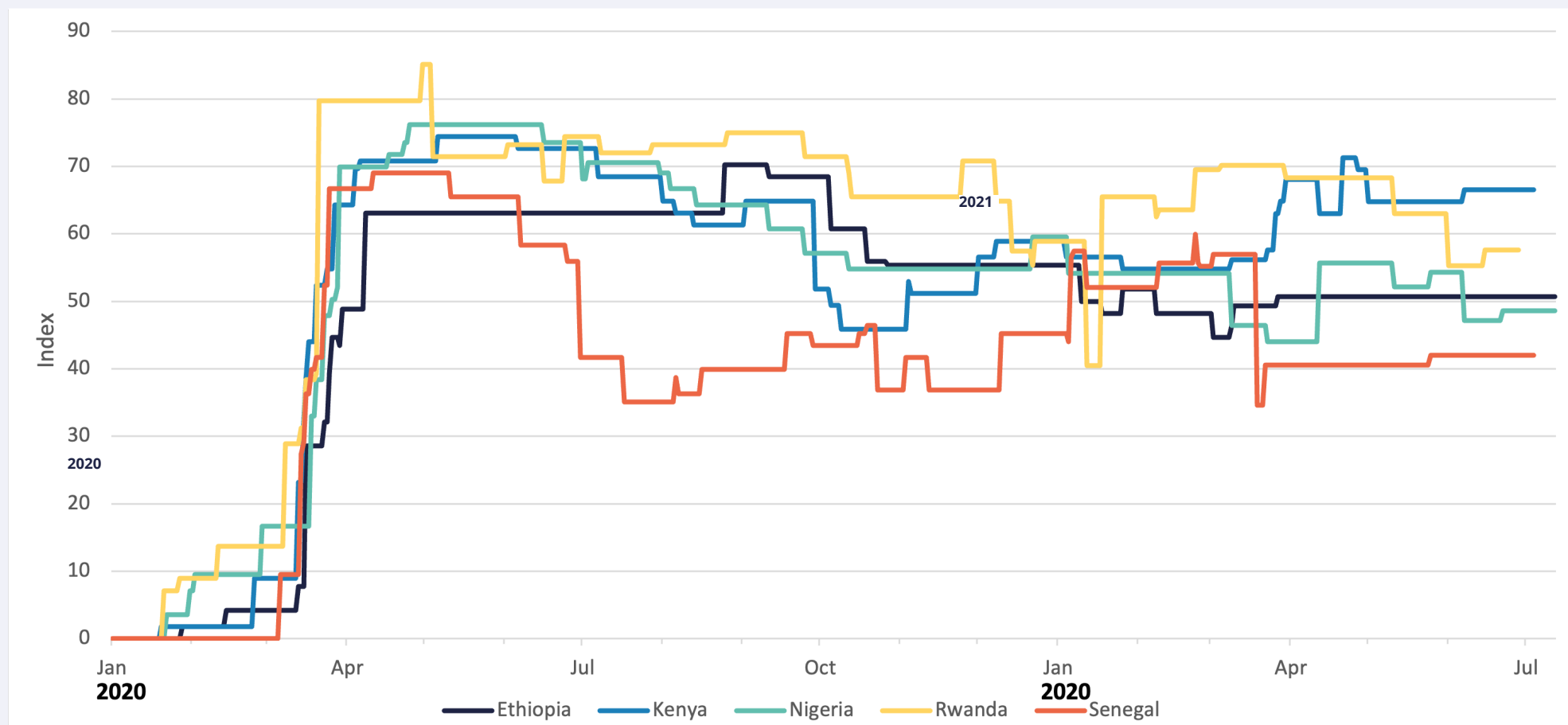
Le terme « endiguement » est sujet à interprétation. Pour les besoins du présent résumé, nous nous appuyons sur la définition de confinement proposée par Mboera et ses collègues.² Nous incluons aussi bien les mesures obligatoires et appliquées sans discrimination à la population générale, visant à réduire la transmission de la COVID-19, que les mesures ciblant des personnes ou des segments de la population exposés à un risque élevé. Il s'agit des mesures de confinement géographique, des périodes de confinement à domicile, de l'arrêt des activités économiques et sociales, de la suspension des écoles et de l'interdiction des rassemblements de masse.

Le premier cas de COVID-19 connu en Afrique a été confirmé le 14 février 2020 en Égypte.³ Dès le début de la pandémie, une interdiction universelle de la libre circulation a été imposée pendant une période prolongée, sur la majeure partie du continent.

Il s'agit d'une stratégie de prévention peu réaliste et inapplicable compte tenu des millions de personnes qui tirent leur subsistance, chaque jour, d'activités rémunérées à la tâche et d'un emploi informel. Des concepts d'endiguement plus localisés ont été mis au point eu égard à la nécessité de trouver le juste milieu entre la prévention stricte de la transmission du virus et l'impérieuse nécessité de maintenir les moyens de subsistance, en autorisant les personnes à quitter leur foyer et à exercer des activités à l'échelon local.

Dans le mois qui a suivi la confirmation des premiers cas de COVID-19, la quasi-totalité des pays de la région avaient imposé rapidement des restrictions draconiennes à l'échelle nationale et infranationale. Ces mesures précoces et décisives auraient largement aidé à contenir la propagation du virus à travers le continent. La Figure 2 illustre la rigueur d'une combinaison de treize mesures d'endiguement prises depuis janvier 2020 dans les cinq pays de l'AHOP. Elle montre l'augmentation drastique du recours aux différentes stratégies en mars 2020, souvent avant même que les pays n'aient notifié leur premier cas confirmé de COVID-19. Depuis lors, un éventail de mesures d'endiguement est resté en place, le Sénégal comptant le moins de restrictions alors que le Rwanda a, pour sa part, imposé les mesures de lutte les plus strictes au cours de la première année. La Figure 2 montre également les prémices d'une tendance dans les pays de l'AHOP, au cours des derniers mois, à restreindre de nouveau les déplacements à cause d'un pic de nouveaux cas et de décès. Par exemple, depuis le mois d'avril 2021, le Kenya a renforcé ses mesures d'endiguement pour faire face à la troisième vague de la pandémie qui a frappé le pays.

Figure 2. Indice de santé et d'endiguement lié à la COVID-19



Source : Hale, Angrist, Goldszmidt , Kira , Petherick, Phillips, Webster, Cameron-Blake, Hallas, Majumdar and Tatlow. (2021). "A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker)." Nature Human Behaviour. Disponible à l'adresse <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8> (consulte le 2 août 2021)

Remarques : il s'agit d'un indice composite s'articulant autour des 13 critères suivants : fermetures des écoles ; fermetures des lieux de travail ; annulation des événements publics ; restrictions des rassemblements publics ; fermetures des transports publics ; obligation de rester à la maison ; campagnes d'information publique ; restrictions sur les déplacements à l'intérieur du territoire national ; contrôles des déplacements internationaux ; politique de dépistage ; élargissement de la recherche des contacts ; port du masque ; et politique vaccinale. Cet indice est réajusté sur une échelle de 0 à 100 (100 = le plus rigoureux). Si les politiques varient à l'échelle infranationale, l'indice correspond au niveau de riposte de la sous-région la plus stricte.

<https://ourworldindata.org/grapher/covid-containment-and-health-index>

Stratégies de santé publique : variation à l'échelle nationale et internationale

Éthiopie

En Éthiopie, le premier cas de COVID-19 a été confirmé le 14 mars 2020. Le pays a commencé très tôt à préparer sa riposte intersectorielle à la COVID-19. Deux semaines avant le premier cas, le Premier Ministre Abiy Ahmed a créé un comité interministériel composé des Ministres de la paix, des finances, des douanes, des affaires étrangères, des transports et de la santé, dont le rôle est de coordonner et de superviser l'état de préparation et la riposte à la COVID-19 dans le pays. Le comité ministériel a pris plusieurs **décisions intersectorielles coordonnées**, notamment la fermeture des établissements

d'enseignement primaire et secondaire, la suspension des cours en présentiel et des interactions au sein des universités, la restriction des rassemblements, l'application des mesures d'hygiène des mains et de port du masque, et la limitation des contacts physiques. Ces mesures ont par la suite été prises en compte lorsque l'état d'urgence fut décrété le 10 avril 2020. Des mesures d'endiguement clés de la COVID-19 ont été imposées à l'échelle nationale, et la plupart de ces mesures restent en vigueur dans le pays même si leur application par la population varie au fil du temps.



L'Éthiopie a commencé très tôt à préparer sa riposte intersectorielle à la COVID-19.

La mise en œuvre rapide et efficace des mesures de prévention pendant la première phase de la pandémie a permis à l'Éthiopie de limiter la propagation du virus. Un examen plus approfondi révèle qu'une étude non publiée menée auprès des habitants d'Addis-Abeba par le centre national éthiopien montrait que **l'acceptation initiale de ces mesures de prévention variait** (voir la Figure 3). Par exemple, les mesures d'hygiène respiratoire, comme le port du masque, ont été rapidement adoptées par la majorité de la population générale (71 %), les conducteurs de transport en commun affichant la plus haute adhésion à 90 %, huit semaines après l'instauration des mesures. Cette couverture relativement élevée pourrait être en partie due à l'application stricte des mesures par les forces de sécurité du gouvernement. Il a été signalé que des milliers de personnes ne portant pas de masque ont été interpellées et sanctionnées pour non-respect de l'état d'urgence.⁴

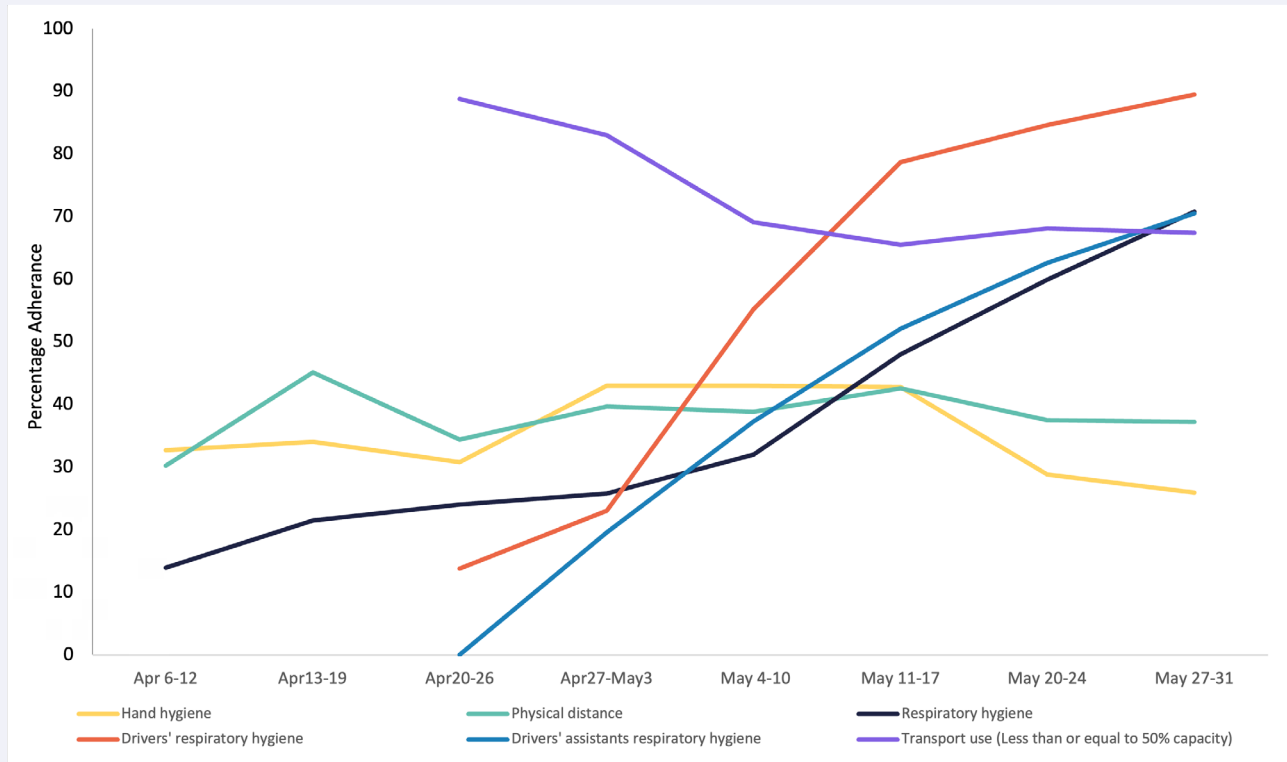
Toutes les pratiques d'endiguement n'ont pas connu une telle tendance à la hausse. La capacité des véhicules devait être réduite à 50 % ou moins. Au départ, cette mesure était bien respectée, avec 89 % d'adhésion la quatrième semaine, mais elle l'a moins été par la suite, avec seulement 67 % d'adhésion au cours de la huitième semaine. La mesure de prévention la moins appliquée était la bonne hygiène des mains, suivie de la distanciation physique, une situation qui relève de facteurs environnementaux et ne procède guère d'un choix personnel.

La Figure 4 montre les décisions clés en matière d'endiguement prises en Éthiopie pendant la première année et demie de la pandémie. Elle présente également le nombre de cas de COVID-19 et de décès.

Au début de l'année 2020, les mesures d'endiguement de la pandémie ont reçu un accueil généralement favorable. Cependant, à la fin de cette même année, le respect des mesures était en baisse et la lassitude des populations était manifeste. Pour tenter d'améliorer la pérennité des stratégies d'endiguement mises

en place en 2020, l'Institut éthiopien de santé publique (EPI) a lancé récemment le « Dagim Tikuret LeCOVID-19 ». Il s'agit d'un mouvement qui vise à insuffler une nouvelle dynamique à la riposte à la COVID-19 en sensibilisant davantage la communauté moyennant la communication sur les risques et la participation communautaire, en renforçant les capacités de détection et en améliorant la qualité des soins à l'échelle nationale et infranationale.

Figure 3. Tendances en matière de pratiques de prévention de la COVID-19 des habitants d'Addis-Abeba dans le domaine de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire (d'avril à mai 2020)



Source : centre national éthiopien de l'AHOP

Parmi tous les pays de l'AHOP, c'est au Kenya qu'ont été observées les plus importantes vagues successives de COVID-19. Au début de la pandémie, le 28 février 2020, le gouvernement kényan a formé le National Emergency Response Committee (le Comité national d'intervention d'urgence, en abrégé NERC) sur le coronavirus afin de garantir **une coordination homogène et efficace des efforts de préparation du pays**. Le mandat du NERC prévoyait notamment la coordination de la surveillance de la maladie, le renforcement des capacités des agents de santé, la coordination de l'approvisionnement en tests de dépistage et autres fournitures médicales, et l'élaboration de stratégies d'atténuation. En outre,

un établissement national d'isolement et de traitement a été créé, et d'autres établissements similaires ont été relevés dans tout le pays.

Des messages de santé publique incitant les citoyens à respecter les mesures relatives à l'hygiène des mains et à l'hygiène respiratoire ont également été diffusés. Le 12 mars, veille de la notification du premier cas de COVID-19 dans le pays, plusieurs mesures d'endiguement avaient été mises en place par le NERC. On peut notamment citer : le dépistage obligatoire de toutes les personnes entrant sur le territoire, la suspension des conférences, réunions et manifestations internationales, la suspension des déplacements internationaux non essentiels, la distribution d'équipement de protection individuelle à tous les établissements de santé et toutes les équipes

“
Le 12 mars, veille de la notification du premier cas de COVID-19 dans le pays, plusieurs mesures d'endiguement avaient été mises en place.

de sécurité et d'intervention du pays, ainsi que l'augmentation de la capacité diagnostique du centre national de lutte contre la grippe (National Influenza Centre, NIC) et des laboratoires de l'Institut kényan de recherche médicale (Kenya Medical Research Institute, KEMRI).

D'autres stratégies d'endiguement ont été mises en place : par exemple, interdire les déplacements à destination et au départ des zones où la transmission du virus est élevée, comme la zone métropolitaine de Nairobi et les comtés littoraux de Mombasa, de Kwale et de Kilifi. Au départ, tous les cas avérés et suspects étaient placés en isolement dans des établissements de santé et des centres d'isolement du pays. Néanmoins, à mesure que le nombre de cas augmentait, une politique d'isolement à domicile a été adoptée en juin pour les personnes ne nécessitant pas de soins médicaux.

La Figure 5 montre les mesures d'endiguement prises ainsi que le nombre de cas de COVID-19 et de décès. L'association entre certaines décisions d'endiguement et la réduction de la transmission communautaire est largement reconnue. Par exemple, on estime que le faible nombre de cas constaté entre août et septembre 2020 serait dû à l'interdiction de la vente d'alcool et au maintien de l'extension du couvre-feu. De la même façon, l'allègement des mesures pourrait être associé à une recrudescence du nombre de cas. Ainsi, la réouverture des écoles en octobre 2020 correspond au début de la deuxième vague de COVID-19.

Si la plupart des restrictions des déplacements dans le pays ont été levées, des mesures telles que le couvre-feu et le port obligatoire du masque restent en place. Le gouvernement a également adopté une approche ciblée qui repose sur la **restriction des déplacements et d'autres mesures visant des zones**

à risque clés plutôt que sur l'application de mesures à l'échelle nationale.

Outre les mesures d'endiguement ciblées, le gouvernement a aussi lancé, le 5 mars 2021, une campagne de vaccination contre la COVID-19, après avoir reçu un premier lot de 1,02 million de doses du vaccin AstraZeneca du Serum Institute par l'entremise du mécanisme COVAX. Le déploiement du vaccin AstraZeneca, initialement pour les agents de santé en première ligne et toute personne âgée de plus de 58 ans, est désormais étendu à tous.

À la mi-juin 2021, le gouvernement a annoncé de nouvelles restrictions pour faire face à une aggravation de la pandémie de COVID-19. Ces restrictions concernent 13 comtés de l'Ouest du Kenya, considérés comme des « points chauds ».

ShapeLe 29 juin, le président de la République du Kenya a annoncé un plan de vaccination ambitieux, qui consiste à vacciner 10 millions de Kényans d'ici à décembre 2021, et l'intégralité de la population adulte (26 millions) au plus tard en juin 2022.

Si les publications sur l'adhésion de l'ensemble de la population kényane aux mesures de lutte contre la COVID-19 sont limitées, des études menées dans des implantations sauvages ont signalé des taux élevés de respect du port du masque et du lavage des mains (89 % et 81 % respectivement) pendant la première phase de la pandémie. En revanche, ces communautés ont éprouvé **plus de difficultés à respecter les recommandations qui leur demandaient de « rester chez elles » et de respecter une distanciation sociale entre deux personnes**. Dans une étude, quatre personnes sur cinq ont déclaré avoir quitté leur domicile au moins une fois au cours des dernières 24 heures.⁵ La lassitude croissante vis-à-vis de la pandémie gagne du terrain dans tout le pays ; le niveau de coopération et l'élan de la communauté initialement observés sont aujourd'hui en net recul. Dans certaines localités, les sanctions prises en cas de non-respect des mesures d'endiguement ont empiré la situation. Plus récemment, les tribunaux ont opté pour des sentences plus conciliantes, comme les travaux d'intérêt général, à l'encontre des contrevenants au couvre-feu. Des stratégies innovantes sont nécessaires pour relancer l'engagement de la population et pérenniser la sensibilisation aux risques. La faible adhésion à la vaccination parmi les agents de santé a par ailleurs été attribuée à la lassitude ressentie à l'égard de la pandémie. Le degré de coordination et de gestion des efforts menés à l'échelle nationale et infranationale en matière de communication sur les risques et de participation communautaire varie largement. Cela n'incite pas les agents en première ligne à s'engager davantage et à montrer l'exemple en ce qui concerne les comportements et la vaccination.

Les mesures d'endiguement de la COVID-19 ont eu des conséquences négatives sur la sécurité économique et alimentaire dans le pays. **Les groupes vulnérables, comme les personnes vivant dans des implantations sauvages, sont ceux qui ont été le plus touchés**. Si l'efficacité des mesures visant à réduire la transmission de la COVID-19 n'a pas été entièrement analysée, un nombre croissant de données probantes tend à montrer que les mesures d'endiguement ont entraîné des répercussions importantes sur la vie quotidienne de la population kényane.⁶ La fermeture en masse d'entreprises et d'autres commerces a eu des effets considérables, notamment pour les ouvriers rémunérés à la journée et dont les revenus sont modestes. À Nairobi, environ deux millions de personnes vivent dans des implantations sauvages.⁷ Dans ces zones, les petits commerçants ont perdu des revenus à cause de la forte augmentation du nombre de chômeurs. Bon nombre de ménages qui vivaient déjà dans la pauvreté sont devenus encore plus vulnérables et ne peuvent plus payer leur loyer ni s'acheter à manger.⁸ Par ailleurs, des pénuries alimentaires importantes ont durement frappé les implantations sauvages.⁹

Après la confirmation du premier cas de COVID-19 au Nigéria, le 25 février 2020, le gouvernement fédéral et les gouvernements des états fédérés ont mis en place des mesures visant à enrayer la transmission. Ces mesures ont été suivies par de multiples phases de mise en œuvre puis d'assouplissement, chacune avec des conséquences sanitaires et socioéconomiques différentes.¹⁰ Voir à cet effet la Figure 6.

Les stratégies d'endiguement et les calendriers associés variaient selon les états. L'État de Kaduna a été le premier à imposer des restrictions sur les déplacements, le 25 mars 2020, 11 jours avant que le gouvernement fédéral n'annonce sa première phase de confinement des trois épices de la COVID-19 dans le pays (Abuja, tout comme les États de Lagos et d'Ogun). Au 30 mars, les gouvernements des états fédérés avaient commencé à fermer leurs frontières, interdisant toute entrée. Le gouvernement fédéral et les gouverneurs des états fédérés sont parvenus à un consensus national en faveur de l'interdiction, à l'échelle du pays, des déplacements entre les états fédérés, à compter du 23 avril 2020 (à l'exception des déplacements liés à la prestation de services essentiels tels que l'approvisionnement en denrées alimentaires, les soins de santé, l'énergie, l'eau). Les marchés populaires et les lieux de culte ont été fermés. Les activités sociales et les rassemblements ont aussi été interdits. L'intensification des activités de dépistage et de recherche des contacts est devenue la priorité.

Après quatre semaines de confinement national, le gouvernement fédéral, conscient des conséquences socioéconomiques des mesures d'endiguement, a annoncé que la première phase d'assouplissement des restrictions débiterait le 4 mai 2020. Depuis, ce sont les états fédérés qui décident d'assouplir ou de renforcer les mesures d'endiguement ; ainsi, la réouverture des écoles, des discothèques, des bars, des lieux de restauration, des hôtels, pour ne citer que ces exemples, varie d'un état à l'autre. Par exemple, les écoles ont rouvert leurs portes en septembre 2020 dans les États de Lagos et d'Oyo, en octobre dans l'État de Kaduna, puis en novembre dans l'État de Rivers. Les expériences en ce qui concerne la lutte contre la propagation du virus ont différé d'un état fédéré à l'autre, notamment eu égard au respect des protocoles de sécurité par la population et aux fluctuations du nombre de cas, ce qui a poussé chaque état fédéré à adapter les plans aux réalités locales. Vers la fin de 2020, une grande partie de la population nigériane ne tenait plus compte de la plupart des mesures barrières et avait repris une vie normale. Le nombre de cas a alors bondi et le gouvernement a été contraint de prendre les mesures nécessaires. Au regard de l'impact des mesures de confinement, il n'est pas certain que le gouvernement nigérian souhaite annoncer un nouveau confinement.

En janvier 2021, le président a promulgué la loi de 2021 relative au règlement sur la protection de la santé contre la COVID-19 (COVID-19 Health Protection Regulations 2021).¹¹ Cette loi traite des six grands domaines suivants : a) les restrictions des rassemblements ; b) les restrictions des déplacements dans les lieux publics ; c) le respect obligatoire des protocoles thérapeutiques ; d) les infractions et les peines ; e) l'entrée en vigueur et la mise en application ; et f) l'interprétation et la citation. L'objectif de la loi est d'étendre les mesures d'endiguement, étant donné que la détérioration de la situation économique ne permet sans doute pas l'instauration d'un autre confinement. Le gouvernement se montre engagé en faveur des mesures, affichant son respect pour les protocoles de lutte contre la COVID-19 lors de la plupart de ses réunions, mais l'application à plus grande échelle reste problématique. Dans les lieux publics, il arrive fréquemment que les dispositifs d'hygiène des mains et les thermomètres ne fonctionnent pas ou fassent défaut. Même constat dans les établissements d'enseignement supérieur, qui ont rouvert en janvier 2021, et ce malgré la promesse des universités de veiller à la sécurité des étudiants nigériens.¹² *Le Nigerian Guardian*¹³ fait état d'une piètre communication sur la loi, la plupart des habitants

du pays ignorant même qu'elle existe. Certains craignent que les agents de sécurité ne profitent de la loi pour s'enrichir.

Le groupe de travail spécial mis en place par le président fait désormais office de comité d'orientation et s'adresse moins souvent au public que pendant les premières phases de la pandémie. Certains états ont essayé de relancer leurs campagnes d'endiguement, en particulier après la nouvelle hausse du nombre de cas de COVID-19 et de décès que le pays a enregistrée en janvier et en février 2021.¹⁴ Depuis mars, la

courbe semble s'être stabilisée, ce qui coïncide avec l'arrivée de 4 millions de doses du vaccin AstraZeneca.

La vaccination a commencé immédiatement et, en juin 2021, en tout 3,4 millions de doses de vaccins avaient été administrées dans le pays.¹⁵

On fait état de difficultés croissantes concernant le respect des mesures d'endiguement.¹⁶ Dès le début de la riposte, **des inquiétudes** ont été soulevées **quant aux capacités de dépistage** du pays, et la crainte d'une sous-notification des cas perdure. Au début de la pandémie, le dépistage était réservé aux travailleurs essentiels et aux contacts de cas avérés, lorsque ces contacts présentaient des symptômes. Plus récemment, le coût du dépistage de la COVID-19 dans



Au Nigeria, le gouvernement fédéral et les gouvernements des états ont mis en place des mesures pour endiguer la transmission, aboutissant à de multiples phases de mise en œuvre puis d'assouplissement des restrictions, toutes ayant un impact sanitaire et socio-économique variable.

les établissements privés et dans certains établissements publics,¹⁷ tout comme les inégalités d'accès à des tests légitimes,¹⁸ sont devenus une source de préoccupation majeure. L'accès au dépistage s'est néanmoins amélioré grâce à l'ouverture de nouveaux centres de dépistage publics, privés et d'entreprises (on a assisté à l'ouverture de 83, de 54 et de 7 centres, respectivement, depuis juin 2021). Malgré cela, des soupçons de fraude affleurent, certains tests étant facturés à des prix prohibitifs alors qu'ils devraient être gratuits, et des résultats de tests étant obtenus sans collecte ni analyse d'échantillons.¹⁹

Les personnes qui vivent dans des bidonvilles et des implantations sauvages sont l'une des principales préoccupations du gouvernement fédéral et des gouvernements des états fédérés. Ces zones **étant très densément** peuplées, elles sont équipées de latrines publiques et ne disposent pas d'eau potable, de sorte qu'il est pour ainsi dire impossible d'y appliquer les protocoles de sécurité sanitaire. L'équipe de recherche en santé urbaine de l'Université d'Ibadan a indiqué que compte tenu des facteurs environnementaux dans les bidonvilles, il est quasiment impossible de respecter les règles d'hygiène et de distanciation physique dans de tels milieux.²⁰

Les citoyens sont de plus en plus nombreux à s'ériger contre les confinements et à exprimer des préoccupations politiques au sens large, dénonçant ce qu'ils considèrent comme une atteinte à leurs droits. Au Nigeria, le respect des protocoles de sécurité sanitaire par les citoyens dépend de la confiance qu'ils accordent au gouvernement.²¹ Selon les médias, le respect des protocoles de sécurité lié à la COVID-19 est insuffisant.²² On signale dans tout le pays des habitants qui ne portent pas le masque dans

les lieux publics, ou qui le portent mal. Les services de transport en commun respectent bien les règles de distanciation physique pour le transport des passagers (qui doivent maintenant payer plus), ce qui est loin d'être le cas du secteur informel des transports. Les agents de sécurité ne font pas toujours appliquer ces mesures de sécurité. Il est donc à craindre que les contrevenants agissent en toute impunité, étant entendu qu'aucune **véritable mesure de dissuasion** n'est prise et que leurs actions ne les exposent pas à des poursuites judiciaires. Il arrive même que les agents de sécurité eux-mêmes bafouent les règles de sécurité.

Les mythes autour de la COVID-19 perdurent et nuisent à la bonne application des mesures barrières. Une étude sur la connaissance et les perceptions de la population nigériane a montré qu'une part importante de la communauté pense que « la COVID-19 n'existe pas », que « la COVID-19 ne touche que les gens riches », qu'« il n'y a plus de cas de COVID-19 au Nigéria » et que « le port du masque et la distanciation physique sont inutiles ». Fait encourageant, dans cette même étude, neuf personnes interrogées sur dix restent d'avis que la pandémie de COVID-19 n'est pas terminée et que toutes les mesures devraient être rigoureusement respectées, et 51 % des répondants déclarent savoir où se trouve le centre de dépistage le plus proche de chez eux.²³ Ces croyances contradictoires montrent à quel point la communication sur les mesures de lutte contre la COVID-19 est complexe.

Au Rwanda, où la population affiche un degré élevé de confiance dans le système de santé,²⁴ la riposte de santé publique à la COVID-19 a été largement saluée, dans le pays et au-delà, pour son caractère décisif et son efficacité.²⁵ La préparation du Rwanda a commencé bien avant la confirmation du premier cas, à la mi-mars 2020 (voir Figure 7). En janvier 2020, un dépistage de la fièvre a été mis en place à l'aéroport international de Kigali comme aux frontières du pays. Au début du mois de mars 2020, afin de lutter contre la propagation de la maladie dans la population générale, un groupe de travail mixte de lutte contre la COVID-19 à l'échelle nationale a été créé. Le 6 mars 2020, des lignes directrices de lutte contre la maladie ont été publiées qui portaient sur la distanciation sociale, l'hygiène des mains et la mise à disposition de solution hydroalcoolique devant l'entrée de tous les principaux bâtiments publics et centres commerciaux. Le dépistage a été mis en place bien avant que le premier cas de COVID-19 au Rwanda ne soit notifié. Lorsque la COVID-19 a commencé à se propager, un éventail de mesures a été pris, comprenant des confinements, des mesures d'hygiène (plus précisément le lavage des mains), la distanciation physique ou sociale, le port du masque, la fermeture des écoles, l'interdiction de rassemblements publics, et la fermeture des activités économiques et des commerces non essentiels.

Pendant toute la première phase de la pandémie, le Conseil des Ministres du Rwanda se réunissait toutes les deux semaines pour examiner et fournir de nouvelles orientations relatives aux mesures de prévention et d'endiguement de la COVID-19. La population a largement suivi ces directives mises en place par les autorités. Plus d'un an après le début de la pandémie, le Conseil des Ministres reste à pied d'œuvre en ce qui concerne la supervision générale des activités de riposte. Le 20 mars 2020, le gouvernement a décidé d'instaurer un confinement national ; tous les déplacements non essentiels hors du domicile ont été interdits. La priorité du gouvernement était alors d'enrayer la propagation de la maladie et de protéger le système de santé rwandais, compte tenu du nombre limité de lits en unité de soins intensifs. Pendant ce confinement, l'ensemble des commerces et des activités professionnelles non essentiels ont été mis à l'arrêt. Le 30 avril 2020, le gouvernement a levé le confinement tout en rendant obligatoire le port du masque en extérieur et en imposant un couvre-feu la nuit à partir de 20 h 00 jusqu'à 5 h 00. Les secteurs manufacturier et du bâtiment, les hôtels et les restaurants ont été autorisés à rester ouverts jusqu'à 19 h 00, mais les écoles, bars et autres lieux de culte ont eu pour consigne de rester fermés. Après une hausse du nombre de cas de COVID-19 en juin et en juillet 2021, le gouvernement a déclaré un nouveau confinement total à Kigali et dans huit districts du pays, jusqu'à la fin du mois de juillet.

Dès le début de la crise sanitaire, la riposte nationale a reposé sur un **effort massif de dépistage**. Avec l'aide de diverses parties prenantes, dont les services de sécurité rwandais, le Rwanda a mis en place une surveillance active des cas, notamment la recherche systématique des contacts, l'isolement des cas suspects et le traitement des cas confirmés.

Le Rwanda a été salué pour son **utilisation de différentes technologies permettant d'enrayer la propagation du virus**. Par exemple, l'utilisation d'Internet et de textos (SMS) a permis de renforcer la communication de messages de santé publique auprès des communautés et de rappeler au public l'importance des mesures de prévention. Parmi les autres solutions technologiques employées figurent le recours à l'intelligence artificielle et à la robotique pour la prise en charge des patients et l'enregistrement des données dans les hôpitaux, l'utilisation de drones pour la diffusion d'informations sur les symptômes de la COVID-19 et sur les stratégies de prévention de la maladie, et la mise en place d'une ligne téléphonique gratuite pour la recherche de contacts et l'autodépistage.²⁶

Une approche ciblée de la collecte des données et de la formation a aidé à surveiller la propagation de la maladie. Le Rwanda a recours à des stratégies ciblées pour évaluer la propagation du virus, notamment l'arrêt aléatoire de véhicules par des équipes de dépistage de la COVID-19. Le dépistage est également obligatoire pour toute personne qui entre sur le territoire rwandais. Les agents de santé en première ligne (le personnel infirmier, des médecins, des responsables de l'hygiène, et bien d'autres encore) ont bénéficié d'une formation pour une prise en charge de la COVID-19 et une riposte adaptées. Les premiers à suivre ce cycle de formation ont été les agents de santé des districts comptant le plus de

cas de COVID-19 (par exemple les zones frontalières et la ville de Kigali).



Dès le début de la crise sanitaire, la riposte nationale a reposé sur un effort massif de dépistage.

Les mesures d'endiguement mises en œuvre sont les mêmes dans tout le pays, à l'exception des aéroports et des régions ayant des frontières internationales, où des mesures spécifiques strictes ont été appliquées. Des mesures particulières concernent également les voyageurs en provenance de certains pays. Par exemple, les voyageurs qui arrivent d'Ouganda ou d'Inde doivent être placés en quarantaine pendant une semaine. Pour rentrer dans le pays par un aéroport, il faut présenter un test PCR négatif datant de moins de 72 heures, et les passagers doivent subir un second test

PCR à leur arrivée. Par ailleurs, un système de surveillance solide (qui repose sur un système électronique de suivi) a été mis en place, entraînant une baisse du nombre de cas importés. Lorsqu'un client quitte un hôtel, il est tenu de se connecter en ligne à un tableau de bord de surveillance de la COVID-19 pour signaler que les résultats ont été publiés. Si le test est positif, les patients asymptomatiques font l'objet d'un suivi rigoureux pendant 14 jours pour, puis un test de contrôle a lieu pendant que les patients sont hospitalisés s'il le faut.

Les observations laissent entendre que la majorité de la population rwandaise a respecté les mesures d'endiguement de la COVID-19. Cela nous conforte dans l'idée que la plupart des Rwandais (tout comme la population éthiopienne) ont plus confiance en leur système de santé que d'autres populations de la région.²⁷ Les **sanctions sévères en cas de non-respect des mesures d'endiguement** ont également favorisé le respect de ces mesures. Par exemple, on a signalé que les personnes qui ne portaient pas correctement leur masque ou qui ne respectaient pas le couvre-feu ont été détenues dans des stades pendant une nuit.²⁸ Mais la pandémie perdure et si, d'une manière générale, la population rwandaise respecte les lignes directrices édictées par le gouvernement, force est de constater que le taux d'adhésion n'est pas de 100 %, tant s'en faut. À preuve, le Ministre de la santé a attribué le récent pic de cas aux « personnes qui ne respectent pas les directives et les orientations relatives à la sécurité, notamment l'interdiction des rassemblements, le retour de citoyens rwandais en provenance d'Ouganda et le récent mouvement de masse en provenance et en partance de la République démocratique du Congo à cause des éruptions volcaniques ».²⁹

Les mesures d'endiguement mises en place, notamment la distanciation sociale et le confinement, la suspension des écoles, l'interdiction des rassemblements publics et la suspension des commerces et des activités économiques non essentiels, ont aidé à enrayer la propagation de la COVID-19 au Rwanda. Force est néanmoins de constater que ces mesures ont eu de graves répercussions. À preuve, leurs effets négatifs d'un point de vue économique, sanitaire et social sont aujourd'hui patents. L'impact sur la santé

mentale en particulier a nécessité la mise en œuvre d'interventions et des mesures intensives pour en atténuer les conséquences sur les personnes, les familles et les communautés.

La restriction des déplacements entre les provinces s'est traduite par des pertes d'emploi et de revenus pour certains groupes sociétaux (notamment les employés des secteurs manufacturier et hôtelier), touchant plus que d'ordinaire des personnes déjà en situation de pauvreté chronique et creusant encore davantage les fossés déjà existants.³⁰ Autre conséquence : la hausse des prix des biens locaux ou importés, certains commerçants ayant profité de la pandémie pour augmenter les prix des denrées alimentaires, des produits d'hygiène et des médicaments. En vue d'inverser cette tendance pendant le confinement imposé en mars 2020, le gouvernement a gelé les prix des produits alimentaires dans tout le pays, permettant ainsi de stabiliser les prix. Cette mesure reste en vigueur en 2021.

Avant même que le premier cas confirmé ne soit signalé, le 2 mars 2020, le Ministre de la santé et de l'action sociale du Sénégal était déjà en contact avec les gouverneurs des régions et des districts, et les directeurs des hôpitaux, leur demandant de renforcer la surveillance épidémiologique et de se préparer à recevoir et à prendre en charge des cas confirmés potentiels, en appliquant des lignes directrices strictes. Après l'identification du cas indicateur, le pays a réactivé le Centre des opérations d'urgence de santé publique (COUSP). Le COUSP avait été créé en 2014 avec pour mission : i) de définir les mesures à mettre en œuvre selon les situations d'urgence sanitaires ; et ii) de coordonner l'action des différents acteurs

impliqués dans la réponse aux situations d'urgence sanitaire.

Pendant tout le mois de mars 2020, un large éventail de mesures d'endiguement a été mis en place (voir Figure 8). Le 5 mars, des politiques de dépistage ont été instaurées pour les personnes symptomatiques et qui répondent aux critères énoncés, accompagnées d'une stratégie de recherche complète des contacts. La semaine qui suivait, les rassemblements de plus de 100 personnes ont été interdits, des campagnes coordonnées d'information du public ont été lancées, le dépistage des voyageurs entrant sur le territoire a commencé et les écoles ont été

“
Avant même que le premier cas confirmé ne soit signalé, le Ministre de la santé et de l'action sociale du Sénégal était en contact avec les gouverneurs des régions et les directeurs des hôpitaux.

fermées. Puis, le 19 mars, les frontières ont été fermées et les manifestations publiques annulées.

Le gouvernement du Sénégal a déclaré un état d'urgence à l'occasion de la conférence de presse du président, le 23 mars 2020. Des mesures de prévention visant à permettre la distanciation physique ont également été prises (notamment le port du masque et le couvre-feu, entre autres).

Afin d'essayer de compenser certaines des difficultés inhérentes aux mesures barrières, le gouvernement sénégalais a rapidement mis en place le Programme de résilience économique et sociale. D'après le Fonds monétaire international (FMI), jusqu'à 7 % du PIB sénégalais ont été octroyés au programme de résilience dans le cadre d'un budget révisé.

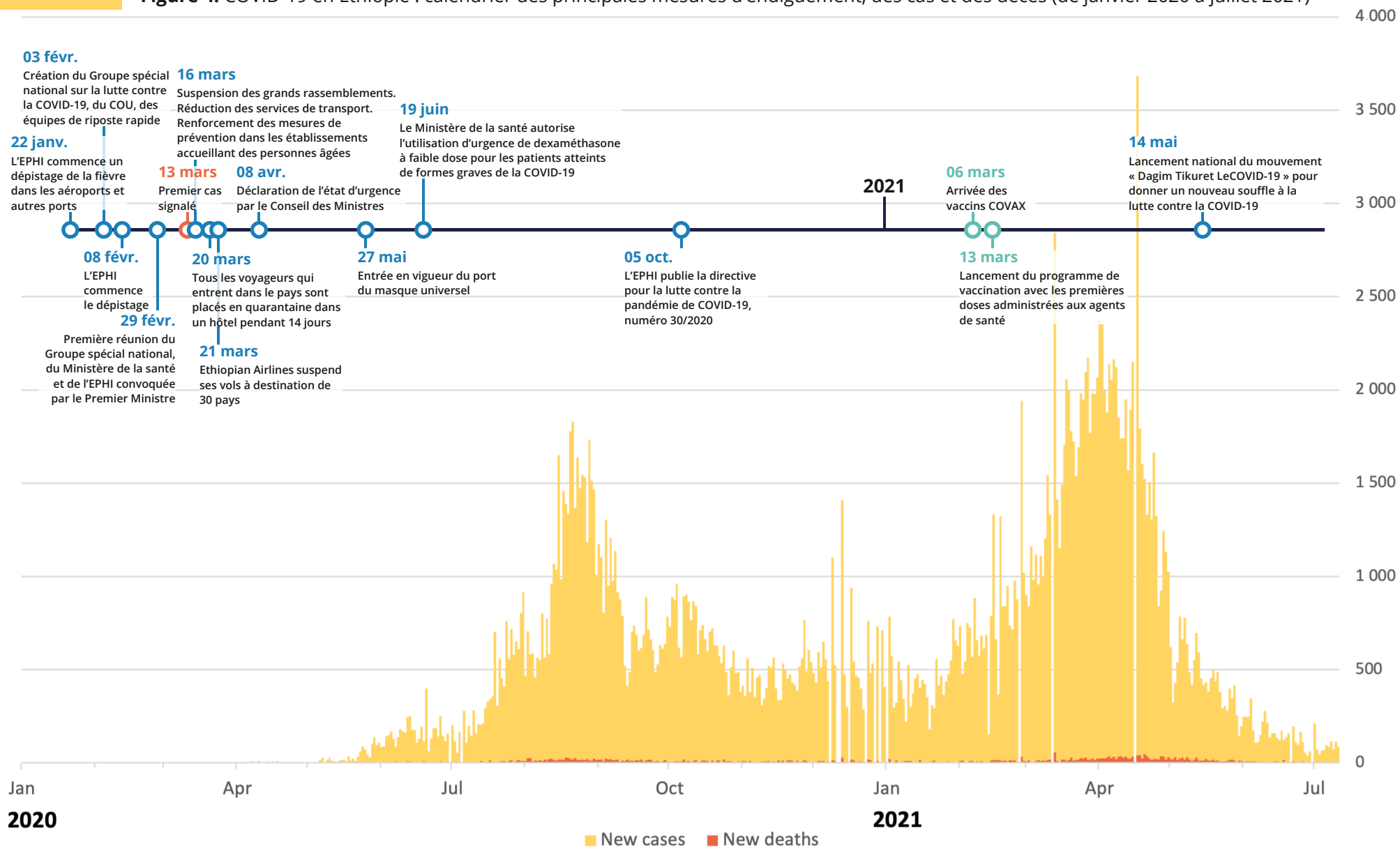
Environ 7 % de l'enveloppe consacrée à la riposte à la COVID-19 (soit 78,7 millions de francs CFA) ont été alloués au système de santé pour améliorer le dépistage, le traitement, la recherche des contacts et la prévention, et pour permettre le recrutement de 1500 agents de santé supplémentaires, notamment dans les districts ruraux.³¹

Les stratégies de base de distanciation sociale, dont le port du masque, sont restées en vigueur dans tout le pays. Depuis mai 2021, le gouvernement s'attèle à poursuivre les efforts en matière de renforcement des capacités en instaurant des programmes de formation, en déployant un plan de vaccination national, et en continuant de tester les voyageurs à l'arrivée comme au départ du pays.³²

Une analyse de la base de données sur la COVID-19 du centre national sénégalais de l'AHOP a montré que l'âge moyen des personnes testées positives est de 42 ans (l'âge médian étant de 18,5 ans au Sénégal). Aucune mesure prise par le gouvernement ne ciblait spécifiquement ce groupe d'âge. Toutes les mesures mises en place concernent la population dans son ensemble. Certaines des mesures prises, comme le

couvre-feu et les restrictions sur les déplacements ont soulevé une vague de contestation publique qui a donné lieu à de violents affrontements avec les forces de l'ordre. Comme partout ailleurs, bon nombre de mesures ont entraîné un ralentissement de l'économie. Les métiers de la nuit (contraints de fermer en raison du couvre-feu) ont été particulièrement touchés, tout comme le secteur des transports, les véhicules ayant dû fonctionner à 50 % de leur capacité pour respecter la distanciation sociale ; d'une manière générale, la population a évité les transports publics.

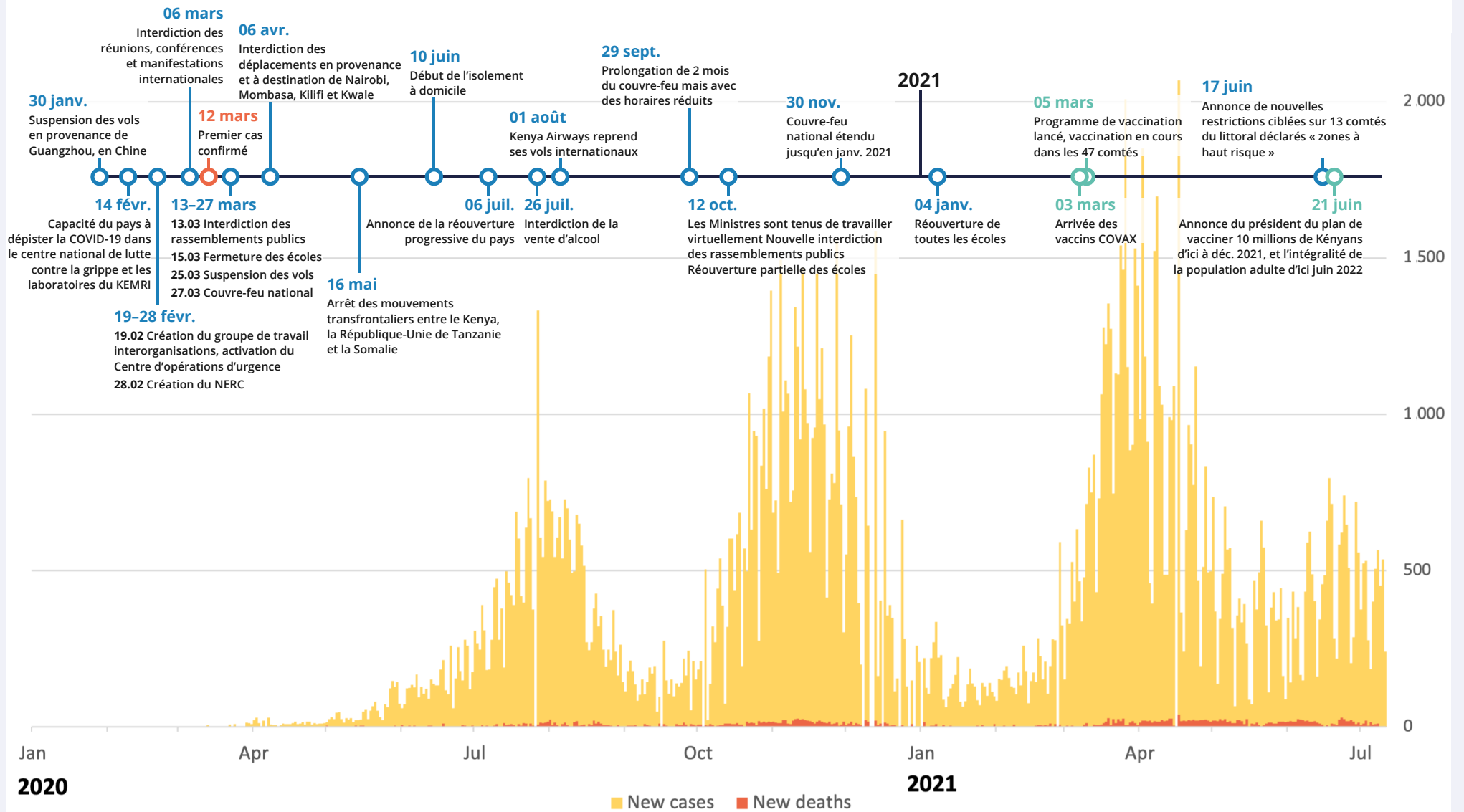
Figure 4. COVID-19 en Éthiopie : calendrier des principales mesures d'endiguement, des cas et des décès (de janvier 2020 à juillet 2021)



Sources : dates et principales mesures d'endiguement issues de nombreux documents gouvernementaux officiels et de la documentation informelle. Données sur les nouveaux cas et les nouveaux décès issues du tableau de bord de la Région africaine de l'OMS. Disponible à l'adresse <https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/0c9b3a8b68d0437a8cf28581e9c063a9> (consulté le 2 août 2021).

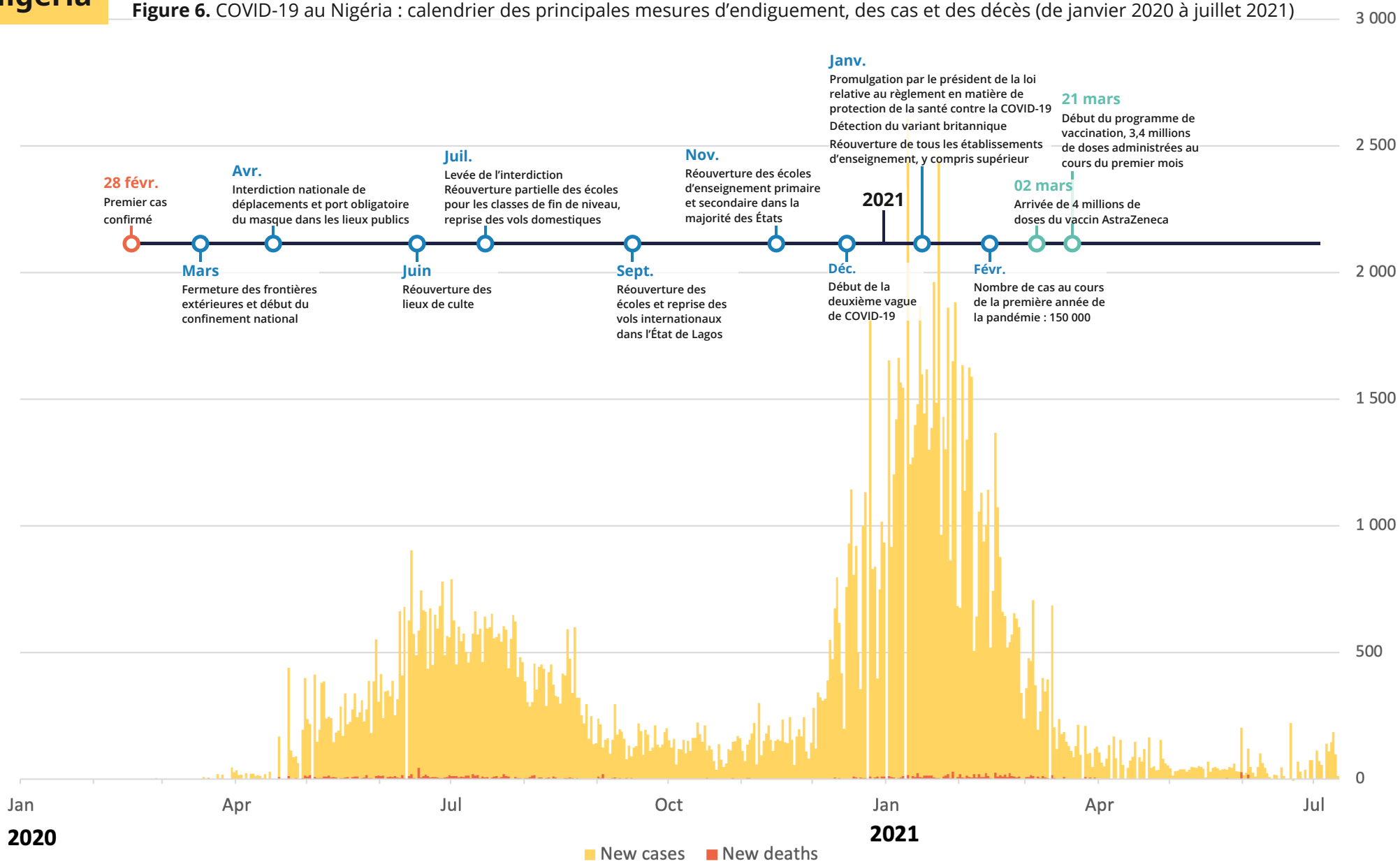
Figure 5. COVID-19 au Kenya : calendrier des principales mesures d'endiguement, des cas et des décès (de janvier 2020 à juillet 2021)

2 500



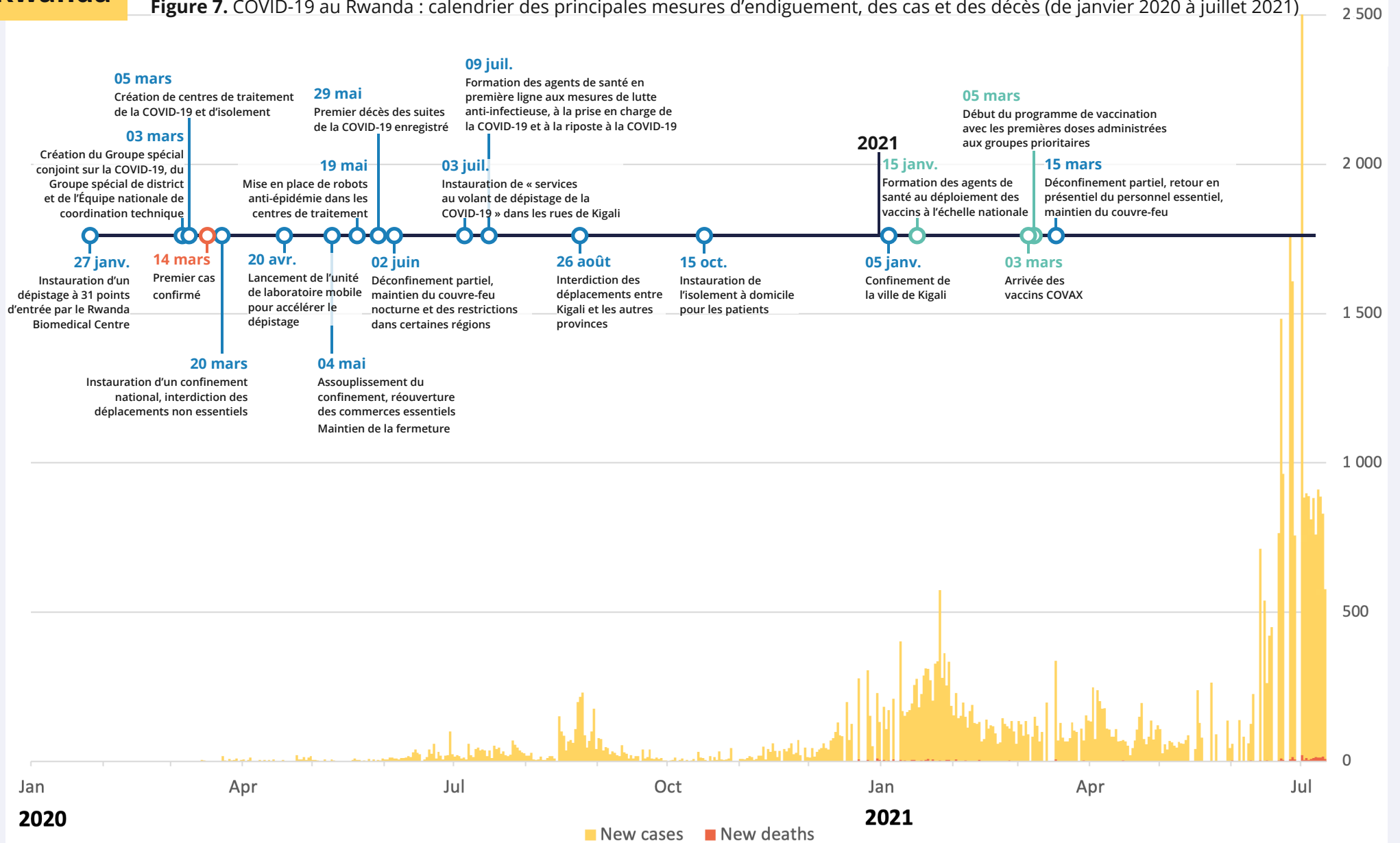
Sources : dates et principales mesures d'endiguement issues de nombreux documents gouvernementaux officiels et de la documentation informelle. Données sur les nouveaux cas et les nouveaux décès issues du tableau de bord de la Région africaine de l'OMS. Disponible à l'adresse <https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/0c9b3a8b68d0437a8cf28581e9c063a9> (consulté le 2 août 2021).

Figure 6. COVID-19 au Nigéria : calendrier des principales mesures d'endiguement, des cas et des décès (de janvier 2020 à juillet 2021)



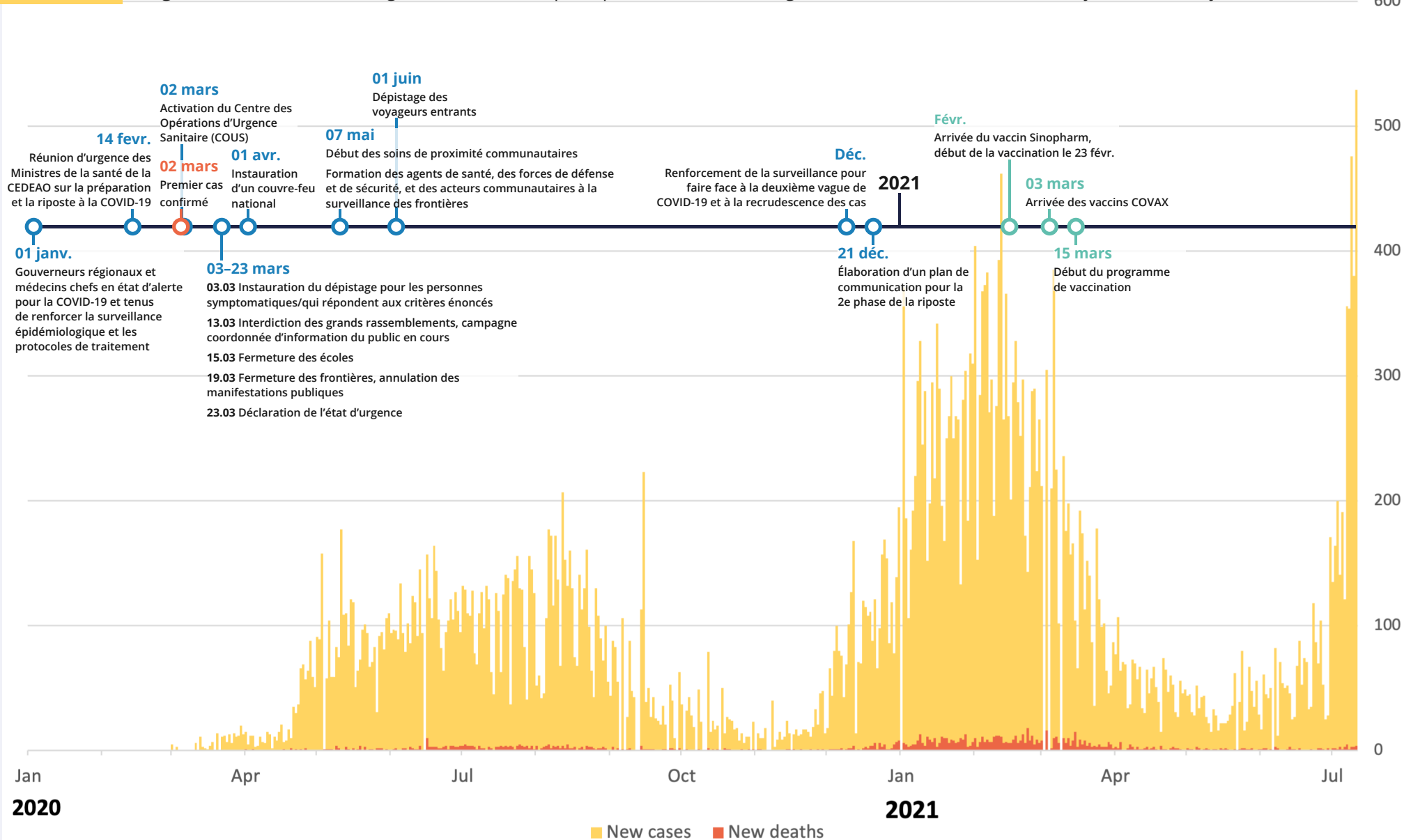
Sources : dates et principales mesures d'endiguement issues de nombreux documents gouvernementaux officiels et de la documentation informelle. Données sur les nouveaux cas et les nouveaux décès issues du tableau de bord de la Région africaine de l'OMS. Disponible à l'adresse <https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/0c9b3a8b68d0437a8cf28581e9c063a9> (consulté le 2 août 2021).

Figure 7. COVID-19 au Rwanda : calendrier des principales mesures d'endiguement, des cas et des décès (de janvier 2020 à juillet 2021)



Sources : dates et principales mesures d'endiguement issues de nombreux documents gouvernementaux officiels et de la documentation informelle. Données sur les nouveaux cas et les nouveaux décès issues du tableau de bord de la Région africaine de l'OMS. Disponible à l'adresse <https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/0c9b3a8b68d0437a8cf28581e9c063a9> (consulté le 2 août 2021).

Figure 8. COVID-19 au Sénégal : calendrier des principales mesures d'endiguement, des cas et des décès (de janvier 2020 à juillet 2021)



Sources : dates et principales mesures d'endiguement issues de nombreux documents gouvernementaux officiels et de la documentation informelle. Données sur les nouveaux cas et les nouveaux décès issues du tableau de bord de la Région africaine de l'OMS <https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/0c9b3a8b68d0437a8cf28581e9c063a9> (consulté le 2 août 2021).

Thèmes transversaux : que pouvons-nous apprendre des expériences de l'AHOP ?

1. Retour aux principes fondamentaux

Dans les cinq pays de l'AHOP, les principes de base de santé publique et de lutte contre la transmission ont été rapidement appliqués, et respectés, une tendance largement représentative des mesures mises en place dans la région lors de la première vague de la pandémie.

Intervention précoce

Les pays ont agi rapidement, la plupart ayant mis en œuvre des mesures avant l'enregistrement du cas indicateur ; fin février, le Kenya avait créé un Comité d'intervention d'urgence et un certain nombre de mesures d'endiguement avaient été prises avant que le premier cas ne soit notifié le 13 mars. Tous les pays de l'AHOP avaient mis en place des mesures de base d'hygiène des mains, de port du masque et de distanciation physique dans les deux semaines qui suivaient leur premier cas (à l'exception du Nigéria où les mesures d'endiguement ont été un peu plus longues à entrer en vigueur), en corrélation avec des actions régionales plus larges dans le cadre desquelles des mesures avaient été mises en place dans la quasi-totalité des pays africains dans le mois suivant le signalement du premier cas sur le continent.

Restriction des déplacements

Les voyages internationaux représentaient un important facteur de risques, en particulier pour le Nigéria, l'Éthiopie et le Kenya, en raison de leur rôle de plaque tournante du transport régional et de leurs nombreuses liaisons aériennes avec l'Europe et la Chine. La mise en œuvre précoce de limites de déplacement au sein d'un pays, parallèlement aux interdictions de déplacements transfrontaliers, s'est inscrite dans les efforts menés à l'échelle du continent pour limiter les déplacements, ce qui a largement contribué à contenir rapidement la première vague. Cette mise en œuvre n'a pas été un long fleuve tranquille, tant s'en faut, certaines données laissant entendre qu'une intervention plus rapide, au Nigéria notamment, aurait permis de limiter davantage la propagation du virus, dans la mesure où la majorité des cas constatés au début de la pandémie concernaient des personnes qui venaient de voyager. De la même façon, des collègues nigériens ont noté que l'incapacité à limiter plus tôt les déplacements entre les villes devrait servir d'enseignement, compte tenu du nombre de cas observé dans les centres urbains. Néanmoins, selon les expériences de l'AHOP, il semblerait que la restriction des déplacements a été plus rapidement et plus rigoureusement appliquée que dans d'autres régions.

Importance du dépistage

Les contraintes en matière de capacités ont inévitablement limité la mise en œuvre efficace des programmes de dépistage et de recherche des contacts dans les pays de l'AHOP et, plus généralement, dans la région. Les pays de l'AHOP ont toutefois reconnu son efficacité, et des effets bénéfiques importants associés aux mesures d'endiguement ont été observés dans les pays où des stratégies de dépistage novatrices et ciblées ont été appliquées. Ces effets bénéfiques étaient particulièrement remarquables au Sénégal, où la prise en charge efficace des patients atteints de COVID-19 et de leurs contacts a été considérée comme une réussite. Le dépistage ciblé était au cœur de la riposte au Rwanda, où une approche fondée sur la participation de différents partenaires, notamment les services de sécurité, avait été adoptée pour permettre la recherche systématique des contacts, l'isolement des cas

suspects et le traitement des cas positifs. Le Rwanda a aussi eu recours à des stratégies innovantes : essai de robots pour mener les activités de dépistage, cartographie géolocalisée des foyers pour la recherche des contacts, et approches ciblées du dépistage comme l'arrêt aléatoire de véhicules. Si les populations moins denses du Sénégal et du Rwanda ont facilité la mise en œuvre des interventions de dépistage, les approches innovantes de ces pays offrent peut-être des enseignements aux pays plus densément peuplés, comme le Nigéria, où le dépistage représente un défi constant, avec des problèmes en matière de capacités, de coûts et d'accès équitable.

2. Réponses intégrées

Le succès des efforts de mise en œuvre variait selon les pays, mais les rapports de l'AHOP montrent une prise de conscience commune de ce qu'apportent les approches intégrées de l'endiguement, qu'elles soient multisectorielles, infrarégionales ou communautaires.

Prise de décision décentralisée

Les expériences de l'AHOP soulignent à quel point les interventions infrarégionales sont importantes. Comme il a été indiqué au début, la volonté de trouver un équilibre entre les impératifs sanitaires et les pressions économiques a souvent poussé les décideurs régionaux à préférer des concepts d'endiguement plus localisés. Par exemple, au Nigéria, les états fédérés ont agi individuellement avant l'instauration de confinements nationaux, décidés par consensus. Les états fédérés ont ensuite continué à orchestrer les phases d'assouplissement et de rétablissement des restrictions, en fonction de l'évolution des infections. Le respect des mesures variait d'un état à l'autre. Au Kenya, les déplacements au départ et à destination des comtés où la transmission du virus était élevée ont été restreints afin de réduire les flambées localisées.

Il semblerait que l'autonomie régionale et sous-régionale en matière de prise de décision était un outil efficace qui a offert une certaine souplesse permettant de compenser des confinements nationaux coûteux d'un point de vue économique, politique et social.

Interventions à l'échelle communautaire

Un certain nombre de réflexions de l'AHOP mettent en lumière des exemples où le manque de participation de la communauté a nui à l'endiguement. Au Nigéria, des acteurs essentiels du secteur de la santé, comme le Centre nigérian de prévention et de contrôle des maladies, ont indiqué qu'à l'échelle infranationale, la faible mobilisation communautaire à l'égard de la sécurité sanitaire entravait l'efficacité des mesures.³³ Au Kenya, la coordination limitée des efforts nationaux et infranationaux, ainsi que la piètre gestion des activités de participation communautaire, sont citées comme des obstacles à l'acceptation du vaccin par la population. Plusieurs pays ont également indiqué qu'il serait nécessaire de remobiliser la communauté pour remédier à l'érosion croissante du respect des mesures barrières. Ce point central dans les réflexions de l'AHOP témoigne qu'à l'échelle régionale, on prend mieux conscience de l'importance de la participation communautaire. De récents commentaires sur la riposte africaine à la COVID-19 sont revenus sur de précédentes expériences de pandémies où la participation des communautés s'était avérée essentielle à la réussite des stratégies d'endiguement mises en œuvre dans la région.

Approches multisectorielles coordonnées

Les expériences de l'AHOP montrent que les pays ont largement et rapidement reconnu que la riposte à la pandémie doit aller au-delà du secteur de la santé. Au cours des premières semaines de la pandémie, l'Éthiopie a pris plusieurs décisions coordonnées englobant les secteurs de la santé, de l'éducation, du commerce et de la culture. La riposte de santé publique du Nigéria s'inscrivait dans une approche multisectorielle, qui tenait compte d'inquiétudes plus vastes comme la faim, l'éducation, l'accès à l'eau et à l'hygiène ou encore la sécurité au travail.³⁴ Il en était de même pour la riposte sénégalaise, où les stratégies sanitaires et économiques étaient considérées comme indissociables. En revanche, les ripostes rwandaise et kényane étaient au départ axées sur le secteur de la santé, les approches multisectorielles n'ayant été déployées que plus tard. D'une manière générale, les nombreuses références des pays de l'AHOP aux approches multisectorielles tendent à illustrer le pragmatisme exprimé par les acteurs régionaux depuis le début de la pandémie. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le CDC-Afrique, parmi d'autres, ont reconnu que l'application pendant des périodes prolongées de mesures d'endiguement strictes ne serait jamais possible dans une région où les salaires de subsistance et l'emploi informel sont largement répandus.

3. Défis communs

Les expériences de l'AHOP mettent en lumière des défis communs qui posent problème à tous les pays.

Impact sur les groupes vulnérables

Les réflexions de l'AHOP ont clairement souligné l'impact disproportionné de la pandémie sur les habitants des implantations sauvages au Kenya et au Nigéria. Le Kenya a noté des difficultés liées aux pénuries alimentaires et à l'impact de l'arrêt des activités économiques sur les salariés journaliers et les petits commerçants qui exercent dans les implantations sauvages de Nairobi. Le Nigéria, quant à lui, a souligné les inquiétudes du gouvernement fédéral et des gouvernements des états fédérés à l'égard des habitants des bidonvilles urbains incapables de respecter les mesures barrières.

Fardeau en matière de santé mentale

Dans la lignée de ce qui est observé dans le monde entier, les réflexions de l'AHOP soulignent l'impact de la pandémie sur la santé mentale et les difficultés courantes que les gouvernements doivent surmonter pour y faire face. Plus particulièrement, des collègues du Rwanda ont fait état de la nécessité de mettre en œuvre des interventions intensives visant à atténuer les répercussions sur les personnes, les familles et les communautés.

Désinformation et mauvaise information

Les difficultés posées par la mauvaise information représentent un autre point commun pour les pays de l'AHOP. Les stratégies de communication de messages de santé publique visant à combattre la diffusion à grande échelle de mythes à propos du virus ont fait l'objet d'une action coordonnée à l'échelle régionale, sous la houlette de l'OMS et d'autres acteurs régionaux. Les expériences des pays de l'AHOP en témoignent. L'Éthiopie a souligné que la communication de messages contradictoires et peu clairs par des médias de masse et des médias sociaux fiables et non fiables constituait un défi majeur au respect

des mesures d'endiguement.^{36, 37} Le Nigéria a aussi noté que la mauvaise information entravait les efforts d'endiguement, citant des données d'études qui montrent que les communautés sont très sceptiques quant à l'existence même de la COVID-19.³⁷ Les réflexions de l'AHOP illustrent la complexité du problème au regard des croyances contradictoires mais largement répandues.

Lassitude à l'égard du respect des mesures mises en place

Les données montrent que, dans les pays de l'AHOP, les mesures barrières ont été largement respectées lors de la première phase de la pandémie, surtout en Éthiopie et au Kenya. Cependant, tous les pays insistent sur le fait que la lassitude de la population à l'égard de ces mesures représente un problème sans cesse croissant. Trois facteurs affectant le respect des mesures barrières ressortent de leurs réflexions. Premièrement, selon les expériences de l'AHOP, la confiance des citoyens dans leur gouvernement pourrait jouer un rôle. Par exemple, au Nigéria, le faible degré de confiance de la population se traduit par un plus grand mépris du respect des mesures de santé publique. La situation est inversée dans d'autres pays, comme au Sénégal. Deuxièmement, comme plus haut, le degré de respect est également influencé par la mauvaise information ou, au contraire, des messages d'information publique efficaces qui parviennent à mobiliser les communautés. Troisièmement, l'application des mesures apparaît comme une variable essentielle. En Éthiopie, au Kenya et au Rwanda, l'application des restrictions était plus stricte. À l'inverse, au Nigéria, les manquements à l'application n'ont fait qu'éroder davantage le respect des mesures. Il y a peut-être des leçons à tirer de l'expérience du Sénégal, où l'application s'accompagnait de sanctions moins punitives et où les mesures d'endiguement ont été assouplies plus tôt, le tout dans une plus grande mesure que partout ailleurs, sans répercussion négative sur le nombre de cas.

Et maintenant ?

La compilation des expériences de l'AHOP inspire une réflexion sur certains enseignements communs, alors même que les stratégies d'endiguement continuent d'évoluer. Alors que la région connaît actuellement sa troisième vague, de nouvelles données émergent rapidement. L'exploitation de ces données aidera les chercheurs à dépasser le domaine de l'anecdotique et du descriptif, et à effectuer des analyses plus poussées. Le déploiement des vaccins, qui s'intensifie à mesure que les obstacles existants sont surmontés, sera un facteur essentiel de l'élaboration des futures approches en matière d'endiguement. Il sera intéressant de suivre les modifications apportées aux approches pour faire face aux problèmes attendus d'accès équitable aux vaccins, et d'observer comment les gouvernements relèveront les défis cruciaux que sont la lassitude à l'égard de la pandémie et le manque de respect des mesures. D'après les réflexions des pays de l'AHOP, des études supplémentaires seraient utiles pour mieux comprendre les variations en matière de respect des mesures d'un contexte national à un autre. Pourquoi le lavage des mains n'a pas été largement adopté en Éthiopie mais a été mis en pratique avec succès dans d'autres pays ? Les équipes de l'AHOP continuent d'analyser, de compiler et de comparer leurs expériences afin d'étoffer l'ensemble des connaissances de la région.

- 1 Dr Matshidiso Moeti, World Health Organization (WHO) Regional Director for Africa (2020). Stronger action needed as African countries see steady COVID-19 rise. WHO Regional Office for Africa, 17 December 2020. <https://www.afro.who.int/news/stronger-action-needed-african-countries-see-steady-covid-19-rise> (consulté le 11 août 2021).
- 2 Mboera L.E.G. et al. (2020). Mitigating lockdown challenges in response to COVID-19 in sub-Saharan Africa. *International Journal of Infectious Diseases*, 96:308-10. doi: 10.1016/j.ijid.2020.05.018
- 3 Bureau régional OMS de l'Afrique (2020). Les cas de COVID-19 dépassent les 10 000 en Afrique. <https://www.afro.who.int/fr/news/les-cas-de-covid-19-depassent-les-10-000-en-afrique> (consulté le 26 juillet 2021).
- 4 Endeshaw D. (2020). Refusing to wear a mask in Ethiopia could cost you two years in jail. Reuters, 22 October 2020. <https://www.reuters.com/article/health-coronavirus-ethiopia-int-idUSKBN277209> (consulté le 26 juillet 2021).
- 5 Kenya: COVID-19 Perceptions, Prevention Practices, and Impact. May 2020. Population Council. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2020PGY_CovidKenyaKAPStudyBriefRound3.pdf (consulté le 23 janvier 2021).
- 6 Pinchoff J. et al. (2021). Gendered economic, social and health effects of the COVID-19 pandemic and mitigation policies in Kenya: evidence from a prospective cohort survey in Nairobi informal settlements. *BMJ Open*, 11:e042749. doi: 10.1136/bmjopen-2020-042749 (consulté le 26 juillet 2021).
- 7 Ren H. et al. (2020). Population Density and Spatial Patterns of Informal Settlements in Nairobi, Kenya. *Sustainability*, 12(18):7,717.
- 8 Kibe P.M., Kisia L., Bakibinga P. (2020). COVID-19 and community health care: perspectives from Nairobi's informal settlements. *Pan African Medical Journal*, 35:106. doi:10.11604/pamj.sup.2020.35.24532.
- 9 Quaipe M. et al. (2020). The impact of COVID-19 control measures on social contacts and transmission in Kenyan informal settlements. medRxiv, 2020.2006.2006.20122689. doi:10.1101/2020.06.06.20122689.
- 10 Ibrahim R.L., Ajide KB, Olatunde JO (2020). Easing of lockdown measures in Nigeria: Implications for the health care system. *Health Policy and Technology*, 9(4):399-404. doi: 10.1016/j.hlpt.2020.09.004 (consulté le 26 juillet 2021).
- 11 Oyeyemi T. (2021). President Muhammadu Buhari signs Coronavirus disease (COVID19) Health Protection Regulations 2021. Nigeria: Federal Ministry of Information & Culture. <https://fmic.gov.ng/president-muhammadu-buhari-signs-coronavirus-disease-covid19-health-protection-regulations-2021/> (consulté le 26 juillet 2021).
- 12 Dubawa (2021). COVID-19: Nigerian universities pledged to keep students safe. Have they? Premium Times, 23 March 2021. <https://www.premiumtimesng.com/news/headlines/450536-covid-19-nigerian-universities-pledged-to-keep-students-safe-have-they.html> (consulté le 26 juillet 2021).
- 13 Awodipe T. et al. (2021). COVID-19 regulations: Most Nigerians unaware of existing law. *The Guardian Nigeria*, 30 January 2021. <https://guardian.ng/news/covid-19-regulations-most-nigerians-unaware-of-existing-law/> (consulté le 26 juillet 2021).
- 14 Statista (2021). Cumulative number of confirmed coronavirus cases (COVID-19) in Nigeria from February 28, 2020 to July 26, 2021. <https://www.statista.com/statistics/1110879/coronavirus-cumulative-cases-in-nigeria/> (consulté le 26 juillet 2021).
- 15 Premium Times agency report (2021). Nigeria hits 3.4m COVID-19 vaccine jabs in 2 rounds – NPHCDA. Premium Times, 29 June 2021. <https://www.premiumtimesng.com/news/headlines/470504-nigeria-hits-3-4m-covid-19-vaccine-jabs-in-2-rounds-nphda.html> (consulté le 26 juillet 2021).
- 16 Anyanwu M.U. et al. (2020). A Perspective on Nigeria's Preparedness, Response and Challenges to Mitigating the Spread of COVID-19. *Challenges*, 11(2):22. <https://doi.org/10.3390/challe11020022>.
- 17 Adesunkanmi A.O. et al. (2020). Impact of COVID-19 on the cost of surgical and obstetric care: experience from a Nigerian teaching hospital and a review of the Nigerian situation. *Pan African Medical Journal*, 37(Suppl 1):15. Publié le 22 septembre 2020. doi:10.11604/pamj.sup.2020.37.15.25935.
- 18 TVC News Nigeria (2020). [Exclusive] How Officials Issue COVID-19 Result without Test in Nigeria. 28 December 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=qNjoi7YzLZg> (consulté le 26 juillet 2021).
- 19 TVC News Nigeria (2020). [Exclusive] How Officials Issue COVID-19 Result without Test in Nigeria. 28 December 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=qNjoi7YzLZg> (consulté le 26 juillet 2021).
- 20 Ibukun E. (2020). COVID-19: Deploy taskforce to urban slums, UI Research Team urges Makinde, Sanwo-Olu. NNN, 29 April 2020. <https://nnn.ng/covid-19-deploy-taskforce-to-urban-slums-ui-research-team-urges-makinde-sanwo-olu> (consulté le 26 juillet 2021).
- 21 Adepoju P. (2020). Politics gets in the way of Nigeria's COVID-19 response. DEVEX, 17 July 2020. <https://www.devex.com/news/politics-gets-in-the-way-of-nigeria-s-covid-19-response-97720> (consulté le 26 juillet 2021).
- 22 Vanguard News Nigeria editorial (2021). Disregarding safety protocols in spite of COVID-19 spike. Vanguard News Nigeria, 2 February 2021. <https://www.vanguardngr.com/2021/02/disregarding-safety-protocols-in-spite-of-covid-19-spike> (consulté le 26 juillet 2021).

- 23** Measuring the Nigerian Community Experiences with the COVID-19 Pandemic – Pulse Survey (I). <https://medium.com/public-health-in-nigeria/measuring-the-nigerian-community-experiences-with-the-covid-19-pandemic-pulse-survey-i-7c4d7fd262f0> (consulté le 26 juillet 2021).
- 24** Cahan E.M. (2020). Rwanda's secret weapon against covid-19: trust. *BMJ* 2020;371:m4720. <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4720> (consulté le 26 juillet 2021).
- 25** Beaubien J. (2020). Why Rwanda Is Doing Better Than Ohio When It Comes To Controlling COVID-19. NPR Goats and Soda, 15 July 2020. <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/07/15/889802561/a-covid-19-success-story-in-rwanda-free-testing-robot-caregivers> (consulté le 26 juillet 2021).
- 26** Karim N. et al. (2021). Lessons Learned from Rwanda: Innovative Strategies for Prevention and Containment of COVID-19. *Annals of Global Health*, 87(1):23. doi: 10.5334/aogh.3172.
- 27** Wellcome Global Monitor (2018). <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor/2018> (consulté le 26 juillet 2021).
- 28** Matengo D. (2020). Rwandans sent to late night lectures for non-compliance of COVID-19 rules. *CGTN Africa*, 8 August 2020. <https://africa.cgtn.com/2020/08/08/rwandans-sent-to-late-night-lectures-for-non-compliance-of-covid-19-rules/> (consulté le 26 juillet 2021).
- 29** Rwanda National Police (2021). COVID-19: Public urged to adhere to new prevention directives. Rwanda National Police, 13 June 2021. <https://police.gov.rw/media-archives/news-detail/news/covid-19-public-urged-to-adhere-to-new-prevention-directives/> (consulté le 26 juillet 2021).
- 30** The socio-economic impact of COVID 19 in Rwanda: <https://www.greengrowthknowledge.org/sites/default/files/downloads/resource/UNDP-rba-COVID-assessment-Rwanda.pdf> (consulté le 26 juillet 2021).
- 31** IMF (2021). Policy Responses to Covid-19. Policy tracker. International Monetary Fund, updated 2 July 2021. <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19#S> (consulté le 26 juillet 2021).
- 32** COVID Sitrep, Ministry of Health and Welfare, 2021.
- 33** Nigeria Center for Disease Control (2021). [Twitter] 17 January 2021. <https://twitter.com/NCDCgov/status/1350849603386667013> (consulté le 10 août 2021).
- 34** Amzat J. et al. (2020). Coronavirus outbreak in Nigeria: Burden and socio-medical response during the first 100 days. *International Journal of Infectious Diseases*, 98:218–24. doi: 10.1016/j.ijid.2020.06.067.
- 35** Nigussie H. (2021). The Coronavirus Intervention in Ethiopia and the Challenges for Implementation. *Frontiers in Communication*, 21 May 2021. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.562512> (consulté le 26 juillet 2021).
- 36** Kebede Y. et al. (2020). Myths, beliefs, and perceptions about COVID-19 in Ethiopia: A need to address information gaps and enable combating efforts. *PLoS ONE*, 15(11):e0243024. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0243024>.
- 37** Adepoju P (2020). Who to trust and how to overcome COVID-19 misinformation in Nigeria, *Nigeria Health Watch*, 29 August 2020.