



Aperçu COVID-19

Numero bimensuel 000-2020

Informer l'Afrique !

SUJETS D'ACTUALITÉ

- 01 [Situation des EPI COVID-19](#)
- 02 [Accès aux kits de tests diagnostiques](#)
- 02 [Synergies et partenariats](#)
- 03 [Équipement de protection individuelle](#)
- 03 [Recherche et développement](#)
 - o [Vaccin](#)
 - o [Soins cliniques et dépistage](#)
- 03 [Des indicateurs aux mécanismes](#)
 - o [L'épicentre en Afrique](#)
 - o [Tracage des contacts](#)
 - o [Confidentialité pendant la pandémie de COVID](#)
 - o [Rentrée scolaire](#)

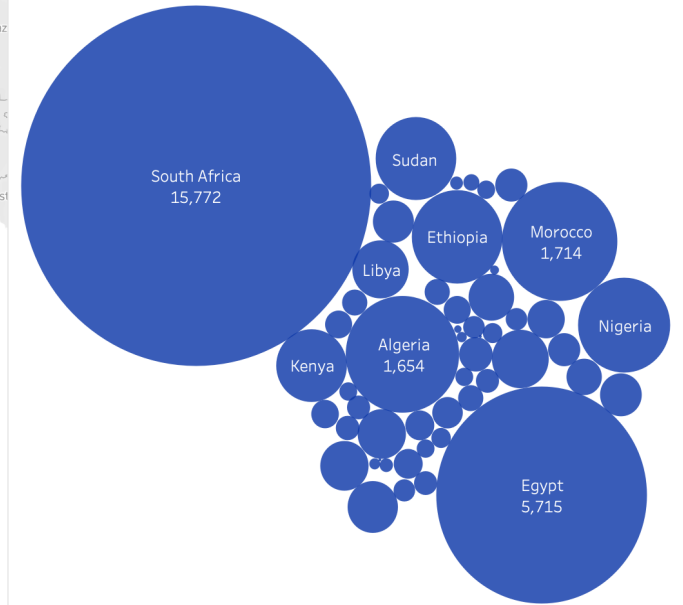
Cumulative Covid-19 cases Across 55 AU Member States Sept 13, 2020



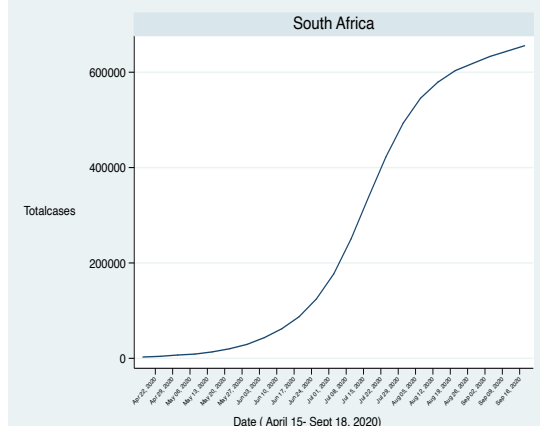
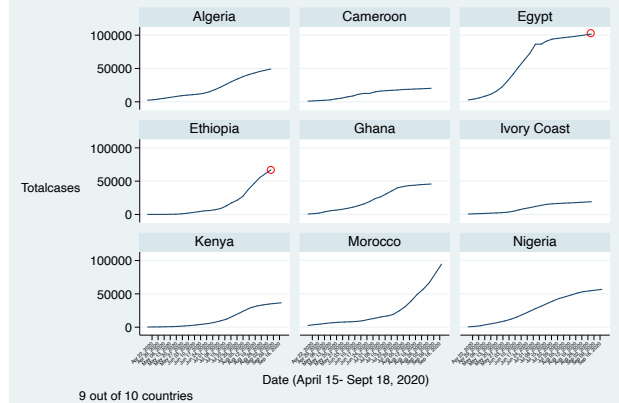
Confirmed cases



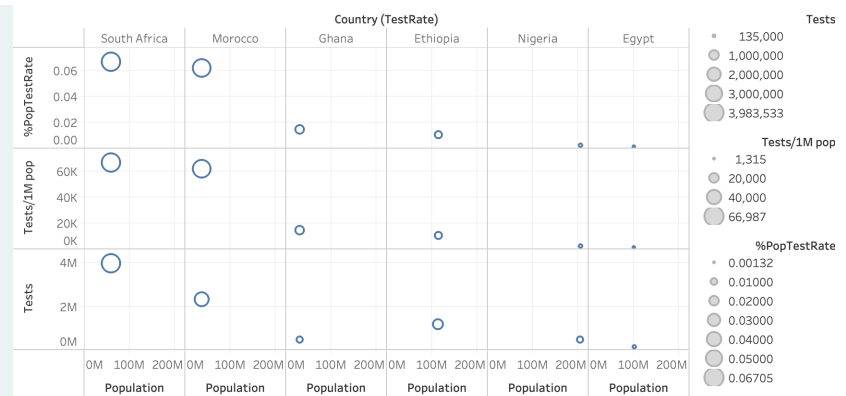
Cumulative Total Deaths from Covid-19 among 55 AU Member States



Trend Analysis of Covid-19 Among AU Member States with Highest Number of Cases (April 15-Sept 18, 2020)



Comparison of population, Number of Tests, Test rates and Test rates per 1 Million Population among Top 6 Populous AU countries, Sept 18, 2020



Sum of Population vs. sum of %PopTestRate, sum of Tests/1M pop and sum of Tests broken down by Country (TestRate). For pane Sum of %PopTestRate: Size shows sum of %PopTestRate. For pane Sum of Tests/1M pop: Size shows sum of Tests/1M pop. For pane Sum of Tests: Size shows sum of Tests.

Fig. 1 : Au 16 septembre, le nouveau coronavirus avait infecté plus de 30 millions de personnes dans le monde et tué plus de 950 000 d'entre elles. Le nombre de cas confirmés en Afrique dépasse 1,3 million dont plus de 33 000 décès. L'Afrique du Sud est en tête avec 655 572 cas et 15 772 décès, soit plus de 50 % des cas et des décès sur le continent africain. Bien que le virus ne tue qu'un petit pourcentage des personnes infectées (2,4 %), le nombre de décès est élevé. Les dix pays les plus touchés en termes de nombre cumulé de cas, en ordre décroissant, sont l'Afrique du Sud, l'Égypte, le Maroc, le Nigeria, l'Éthiopie, l'Algérie, le Ghana, le Kenya, le Cameroun et la Côte d'Ivoire. Les décès ont en même temps été plus nombreux dans ces pays, sauf que le Soudan apparaît en 7^e) place.

Fig. 2 : Parmi les 55 États membres de l'UA, les 8 pays ayant enregistré le plus grand nombre de décès sont, par ordre décroissant, l'Afrique du Sud, l'Égypte, l'Algérie, le Maroc, le Nigeria, l'Éthiopie, le Soudan et le Kenya.

Fig. 3 : Ce graphique de séries temporelles présente les tendances des cas dans les dix pays membres les plus touchés en termes de nombre de cas de COVID-19 entre le 15 avril et le 18 septembre 2020. Les principaux pics ont été observés au Maroc et en Éthiopie où, en trois semaines, le nombre total cumulé de cas de coronavirus a doublé, passant en moyenne de 24 000 à 48 000 cas au Maroc, et de 17 000 à plus de 35 000 cas en Éthiopie.

Fig. 4 : Une analyse de 5 pays à forte population indique des taux de dépistage non proportionnels à la population du pays, avec des taux de dépistage nettement plus élevés en Afrique du Sud et au Maroc (5 à 6 %, soit 54 000 à 63 000 tests par million d'habitants) qu'en Égypte, au Nigeria et en Éthiopie, qui ont une population 3 à 4 fois plus nombreuse que celle d'Afrique du Sud ou du Maroc, mais un taux de dépistage inférieur à 0,2 % de la population, soit 1 300 à 8 400 tests par million d'habitants. Il faut noter que le nombre de tests réalisés en Éthiopie a augmenté de 21 % entre le 3 et le 18 septembre 2020, passant de 970 000 à 1 176 252 tests en deux semaines.

© Tous les graphiques sont créés à l'aide de données officielles collectées par Worldometer et analysées par Health Maxima, LLC pour AUDA-NEPAD

Accès aux kits de tests diagnostiques

Le 30 juillet, la Food and Drug Administration des États-Unis a accordé une autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) pour un test RT-PCR salivaire de la COVID-19 qui peut être auto-prélevé à domicile¹. Le test est plus sensible et précis que le test rhinopharyngé par écouvillonnage habituel, selon la société qui le commercialise, Clinical Reference Laboratory. Elle a annoncé qu'elle va augmenter sa capacité de production de ce test, dénommé CRL Rapid Response. Accéder aux tests salivaires à domicile permettra aux États membres de l'Union Africaine de mieux suivre l'évolution de la pandémie.

AUDA-NEPAD continue de promouvoir l'African Medical Supplies Platform (AMSP), créée sous l'égide du CDC Afrique et gérée par le secteur privé, en tant que mesure de riposte d'urgence pour fournir aux gouvernements africains un accès équitable et efficace au matériel médical certifié (kits de diagnostic, EPI et dispositifs de prise en charge clinique). [Pour plus d'informations, voir le communiqué de presse de l'AMSP de juillet 2020](#) et le [Rapport du groupe de travail COVID-19 de l'Africa Medical Devices Forum](#). Des documents de référence, préparés par le comité de l'AMDF pour faciliter les devis, les autorisations réglementaires, les passations de marché, les dons et la production d'EPI

Synergies et partenariats

Pour renforcer les mesures d'endiguement adoptées par CDC Afrique et les gouvernements des États membres, AUDA-NEPAD crée une synergie avec des partenaires pour adapter et disséminer largement les stratégies, directives et protocoles du continent. Sous la direction du Partenariat pour accélérer les tests COVID-19 (PACT), le Groupe de travail africain de riposte COVID-19 (AFTCOR) et ses groupes de travail (TWG) sur la surveillance, la science, les normes et réglementations et sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement continuent d'élaborer ces documents de référence pour assurer la standardisation et le respect des directives mondiales recommandées.

Pour un accès rapide aux ressources développées par ces équipes de travail, consultez les publications et autres documents sur le site web d'AUDA-NEPAD https://www.nepad.org/publications?document_type=828&combine= . Une gamme complète de ressources sur le coronavirus sont disponibles sur www.africacdc.org

Équipement de protection individuelle

Séminaire continental

L'Afrique progresse notablement dans la création de portails permettant d'accéder à des fournitures d'accès à des stocks validés d'équipement de protection individuelle (EPI). Le 3 septembre 2020, la Commission de l'Union africaine, en collaboration avec le CDC Afrique, les Groupes de travail techniques COVID-19 et des conférenciers liminaires d'États membres, a organisé un atelier spécial en visioconférence intitulé « Promotion de la fabrication locale d'équipements de protection individuelle (EPI) en Afrique ». Son Excellence Otunba Adeniyi Adebayo, Ministre de l'Industrie, du Commerce et de l'Investissement du Nigeria, Dr John Nkengasong (Directeur des Centres pour le contrôle des maladies des maladies en Afrique, CDC Afrique), et Son Excellence Wamkele Mene, Secrétaire général de la Zone de libre-échange continentale africaine (ZLECA) ont présenté dans leurs discours liminaires les progrès réalisés en vue de combler les pénuries actuelles d'EPI et de fournitures. Pour des détails sur l'atelier et d'autres ressources sur la fabrication et la distribution d'EPI en Afrique, consultez le site <https://africacdc.org/event/promoting-local-manufacturing-of-personal-protective-equipment-in-africa/>

EPI : Peut-on réutiliser les masques chirurgicaux ?

La pénurie persistante de masques et l'établissement de chaînes d'approvisionnement alternatives pour les EPI restent un thème central pour le succès de l'endigement de la pandémie de COVID-19. Comme les cas continuent d'augmenter rapidement, l'approvisionnement en équipement de protection individuelle (EPI) reste préoccupant, surtout dans les pays africains où la réutilisation des masques chirurgicaux est parfois fortement envisagée et encouragée. Parmi 29 masques de protection ajustés testés en tant que solution de remplacement pour les masques N95 neufs, selon les données récentes publiées dans JAMA Internal Medicine, les masques N95 périmés avec des élastiques intacts et les masques de protection stérilisés par peroxyde d'hydrogène et oxyde d'éthylène ont des efficacités de filtration ajustée (FFE) similaires (>95 %). Les masques chirurgicaux avaient une FFE globale de 98,5 % (soit légèrement inférieure à celle des masques N95 réutilisés) tandis que les masques d'intervention avec boucles latérales avaient l'efficacité la plus faible (FFE globale de 38,1 %).

Qu'est-ce que cela signifie ? Si des masques N95 neufs ne sont pas disponibles, les masques N94 périmés ou déjà utilisés et stérilisés sont des solutions de remplacement acceptables. Sickbert-Bennett, E. E., Samet, J. M., Clapp, P. W., Chen, H., Berntsen, J., Zeman, K. L., ... Bennett, W. D. (2020). Filtration Efficiency of Hospital Face Mask Alternatives Available for Use During the COVID-19 Pandemic. JAMA Internal Medicine. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.4221>
Alternatives Available for Use During the COVID-19 Pandemic. JAMA Internal Medicine. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.4221>

Recherche et développement

Vaccin

Excellentes nouvelles ! Plus de 125 vaccins sont en cours de développement, selon l'OMS². Étant donné que le développement de vaccins passe normalement par plusieurs séries de tests chez les animaux et les humains qui durent des mois voire des années, très peu de vaccins survivront aux essais cliniques et seront suffisamment efficaces et sûrs pour être mis sur le marché. Il n'est guère probable qu'un vaccin soit disponible avant la fin de 2021. C'est pourquoi il est de plus en plus évident que le retour à la normale, sans distanciation sociale, masques, quarantaines et confinement – *est très lointain*.

Soins cliniques et dépistage

Test antigénique immédiat approuvé - Dépistage au point d'intervention

La FDA américaine a approuvé le premier test antigénique de dépistage du SARS-CoV-2 n'exigeant pas un analyseur distinct. Comme un test de grossesse urinaire, le nouveau biotest affiche une ligne pour un résultat négatif et deux lignes pour un résultat positif. Il peut détecter le virus en seulement 15 minutes. Ce test peut être utilisé aux points d'intervention, comme un cabinet médical, un service d'urgence ou par les infirmiers scolaires dans certaines écoles. La FDA a autorisé son usage par les professionnels de la santé pour les cas suspectés de COVID-19 dans les sept jours suivant l'apparition des symptômes. Étant donné sa simplicité, Abbott, son fabricant aux États-Unis, pourra probablement distribuer largement 50 millions de tests par mois à partir d'octobre 2020.

¹ https://www.medscape.com/viewarticle/934999?src=WNL_recln_200803_MSCPEDIT_publ&uac=323614CK&impID=2489317&faf=1

² www.jhsph.edu

Essai thérapeutique : AstraZeneca lance un essai thérapeutique d'anticorps à COVID-19 - 25 août 2020.

Après avoir reçu 23,7 millions USD de la part d'organismes publics américains en juin 2020, le laboratoire britannique AstraZeneca a développé l'AZD7442 qui combine deux anticorps monoclonaux pour la prévention et le traitement de la COVID-19. L'essai clinique a commencé avec 48 sujets sains âgés de 18 à 55 ans pour tester son innocuité et sa l'interopérabilité. En cas de succès, la molécule passera à son essai clinique en tant que traitement préventif ainsi que thérapeutique pour les patients atteints de COVID-19. Des chercheurs de renommée mondiale suggèrent que « ceci pourrait être un pari gagnant » contre la COVID-19.

<https://www.medscape.com/viewarticle/936286>

https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-astrazeneca-treatm/astrazeneca-starts-trial-of-covid-19-antibody-treatment-idUSKBN25L0KQ?utm_campaign=KHN%3A

Des indicateurs aux mécanismes

Une riposte efficace à la pandémie de COVID-19 exige une surveillance des données épidémiques, à savoir la dissémination d'une série d'indicateurs validés pour influencer les mesures de santé publique et la riposte sur le continent par les gouvernements et les organisations partenaires. Les indicateurs actuels, avec un nombre de cas en très forte hausse, suggèrent une abondance d'informations erronées, une faible capacité des intervenants de première ligne en matière de riposte sur le lieu de travail, et le besoin de renforcer la production locale et la disponibilité de diagnostics et de dispositifs médicaux, entre autres.

Contre-attaque contre « l'infodémie »

La mésinformation au sujet de COVID-19 est tout aussi contagieuse que le virus lui-même.

Les nombreux visages de la mésinformation au sujet de COVID-19 se classe souvent en (i) **faux traitements**, comme l'hydroxychloroquine,

antipaludique présenté comme « médicament miracle » en dépit de l'absence de données probantes fiables confirmant son efficacité contre le SARS-CoV2. (ii) les **théories du complot** au sujet d'une attaque par une arme biologique provenant d'un laboratoire militaire (iii) le **bouc émissaire** soutenant que la COVID-19 est un « virus chinois » (iv) une présomption que « **les Africain(e)s sont immunisé(e)s** » à COVID-19 malgré l'augmentation rapide chaque jour du nombre de cas. La lutte contre la mésinformation est tout aussi importante que les autres mesures prises pour aplatir la courbe. Pour combattre l'infodémie, nous devons comprendre à qui les populations font confiance ou pas, et veiller à ce que ces messages diffusent des informations claires et compréhensibles, et disent également ce qu'elles ne savent pas. Les messages des dirigeants politiques et sociaux en Afrique doivent toujours être cohérents et sans équivoque pour présenter la gravité de la situation concernant COVID et la nécessité de respecter et d'appliquer les directives.

Dépistage : La « fenêtre idéale » pour effectuer le test sérologique de COVID-19 est 3 à 4 semaines après l'exposition.

Le dépistage virologique repère l'infection de COVID-19, tandis que le dépistage sérologique indique une infection antérieure. La société américaine des maladies infectieuses (IDSA) suggère de ne pas tester les patients pour la présence d'anticorps de COVID-19 pendant 1 ou 2 semaines après l'exposition. On a constaté que de nombreux patients n'ont pas développé d'anticorps détectables pendant les 2 semaines qui suivent l'exposition. Par conséquent, si un(e) patient(e) a des symptômes pendant les 2 premières semaines suivant l'exposition, et que son test sérologique est négatif, on ne peut pas exclure la possibilité qu'il/elle puisse toujours être atteint de la COVID-19. Il est donc recommandé de tester 3 à 4 semaines après l'exposition pour maximiser la spécificité et la sensibilité afin de détecter une infection antérieure. Cette découverte exige que les États membres continuent de se tenir au fait des publications et d'émettre des mises à jour et des ajouts à leurs directives en place pour le dépistage sérologique en fonction de l'évolution de la littérature scientifique. <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-serology/>

Renforcement des capacités pour faire baisser la « courbe de COVID »

Plus de 2 000 professionnels de la santé à haut risque d'exposition et d'autres prestataires de services essentiels dans les 31 pays membres ont reçu une formation sur les directives concernant la riposte sur le lieu de travail et des orientations sur les [sept directives pour la santé clinique au travail ; la santé et le bien-être des professionnels de la santé ; les industries minières ; le secteur de l'alimentation et du commerce au détail ; l'évaluation générique des risques ; et les directives pour le secteur de l'éducation](#). Vous pouvez demander et consulter gratuitement ces directives sur le site <https://www.nepad.org/publications>

Par ailleurs, une liste complète de tests diagnostiques NAT de COVID-19, de fabricants nationaux agréés de dispositifs médicaux et d'EPI (pour plus de 374 dispositifs et EPI), ventilateurs et masques autorisés, et un formulaire de signalement de diagnostics in vitro et de dispositifs médicaux hors

normes et altérés se trouvent sur le site <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

L'épicentre en Afrique : examen de l'Afrique du Sud

Cinquante pour cent (50 %) des plus d'1,3 millions de cas confirmés sur le continent africain ont été détectés en Afrique du Sud (AS). Indépendamment de son taux élevé actuel de VIH et TB, cela indique que l'AS a une capacité relativement élevée de dépistage et des systèmes de surveillance plutôt robustes. L'AS a été la plus touchée, mais elle teste le plus intelligemment et collecte le mieux les données.

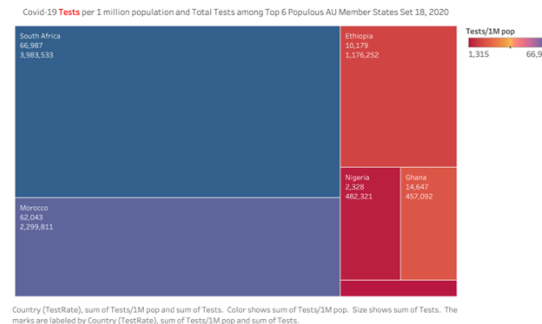
Afrique du Sud- La plus touchée, teste mieux, rend mieux compte



Testons-nous bien ?

Les données indiquent de plus en plus que les taux de dépistage varient grandement entre les États membres, allant de 0,01 % à 6 % de la population du pays. L'examen des six pays africains les plus peuplés révèle une relation inverse. Les taux de dépistage sont beaucoup plus faibles dans les 3 pays les plus peuplés, dont le Nigeria et l'Égypte (1 315 et 2 328 tests par million d'habitants), comparés au Maroc et à l'Afrique du Sud (54 105 et 63 044 tests par million d'habitants). En revanche, le nombre de test réalisés en Éthiopie a augmenté de

21 % en deux semaines. Voir le graphique ci-dessous.



Il est donc important de répéter l'importance extrême **d'atteindre un taux de dépistage stratégique minimum adapté au contexte, à savoir un taux donné de dépistage par million d'habitants** pour endiguer et refouler la propagation rapide de la COVID-19, tout en suivant les étapes nécessaires pour assurer le traçage des contacts de tous les cas confirmés.

3 étapes nécessaires pour le traçage des contacts

L'Afrique du Sud a de loin le nombre de cas le plus élevé de COVID-19 sur le continent, avec plus d'un demi-million d'infections confirmées et plus de 14 000 décès. Cette flambée du nombre de cas dépasse la capacité de traçage des contacts des personnes infectées, étape nécessaire pour endiguer le virus. Inévitablement, les traceurs sont débordés et le gouvernement devrait réaffecter des fonds pour recruter des traceurs supplémentaires. Rappelons les étapes nécessaires pour interrompre la propagation et limiter la flambée actuelle en Afrique. Le traçage des contacts doit se faire en trois étapes fondamentales :

(i) La personne chargée du traçage appelle au téléphone – les cas présumés ou confirmés de COVID-19 et recueille des informations sur leurs symptômes, problèmes de santé, antécédents d'exposition, et recommande un confinement

pendant au moins 10 jours après l'apparition des symptômes.

(ii) La personne chargée du traçage recueille les noms et coordonnées de toutes les personnes qui ont été en contact rapproché (moins de 1,8 m pendant plus de 15 minutes) avec le cas confirmé ou présumé.

(iii) La personne chargée du traçage contacte par téléphone, SMS ou courriel les contacts rapprochés tout en maintenant l'anonymat du cas index. Il est demandé à chaque contact rapproché de se confiner pendant 14 jours.

Pendant toutes ces étapes, il faut protéger la confidentialité du/de la patient(e).

C'est la rentrée scolaire ! Sommes-nous prêts ?

Nous sommes tous des héros et les enfants peuvent être héroïques lorsqu'ils retournent à l'école ! Avec la rentrée scolaire, un avertissement pour les dirigeants : n'ignorez pas les risques de propagation !

Les deux menaces dangereuses à éviter sont :

- I. La tendance à relâcher sa vigilance en laissant les élevés, camarades et amis se réunir.
- II. L'adhésion laxiste aux mesures recommandées.

4 mesures clés sont donc nécessaires **PLDA**

- o **P**ort du masque dans les zones communes
- o **L**avage des mains avec du gel hydroalcoolique ou à l'eau et au savon
- o **D**istanciation sociale
- o **A**uto-confinement en cas de maladie, d'exposition à un cas confirmé ou de symptôme de COVID-19

Ces mesures sont tout à fait à notre portée... Les enfants sont des héros et peuvent contribuer à endiguer la propagation en agissant de façon responsable.

Veillons les uns sur les autres.

La vie de chaque Africain compte !