

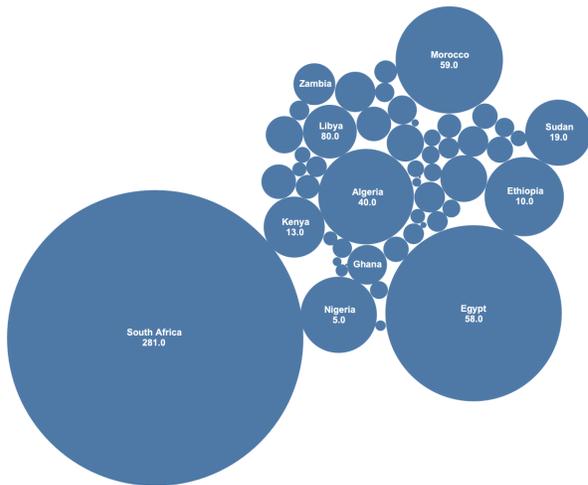
SUJETS D'ACTUALITÉ

Cumulative COVID-19 cases in Africa among 55 AU Member Countries, September 30, 2020



À la fin du mois de septembre 2020, sur les 34 millions de cas confirmés de COVID-19 dans le monde, l'Afrique en représentait 4 % (1,48 million de cas). Environ soixante-dix pour cent (70 %) de ces cas en Afrique étaient confirmés dans cinq pays : Afrique du Sud, Maroc, Égypte, Éthiopie et Nigeria. Ces mêmes cinq pays représentaient 75 % du nombre total de décès dus à la COVID-19 parmi les 55 États membres de l'UA.

Deaths per 1 million Population from COVID-19 Among 55 AU Member States, September 30, 2020



Le nombre de décès par million d'habitants était le plus élevé dans les sept pays suivants : Afrique du Sud (281 par million d'habitants), Libye (80), Maroc (59), Égypte (58) et Algérie (40). Comparé au nombre mondial moyen de 130,6 décès par million d'habitants, celui de l'Afrique du Sud est élevé, mais est bien inférieur à ceux des pays qui ont les nombres de cas confirmés les plus importants comme les États-Unis et le Brésil (respectivement, 676 et 639 décès par million d'habitants).

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

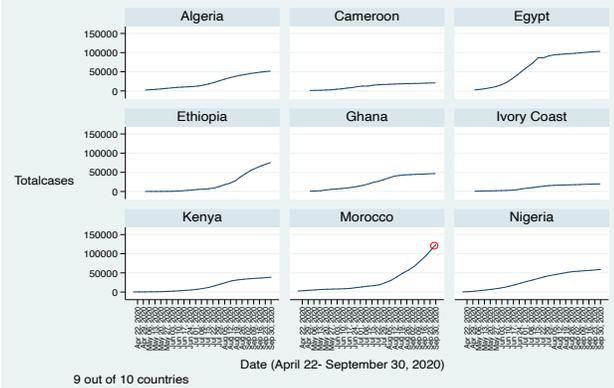
01
Statut épid. du continent

02
Sexe, âge et COVID-19

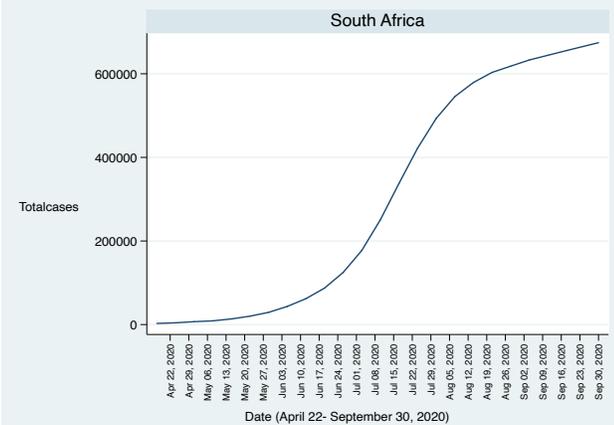
03
Comprendre le défi du vaccin en Afrique

04
Restrictions aux frontières : notre avenir pendant la pandémie

Trend of COVID-19 cases Among Top 10 Countries with Highest Number of Cases (April 22-Sept 30, 2020)



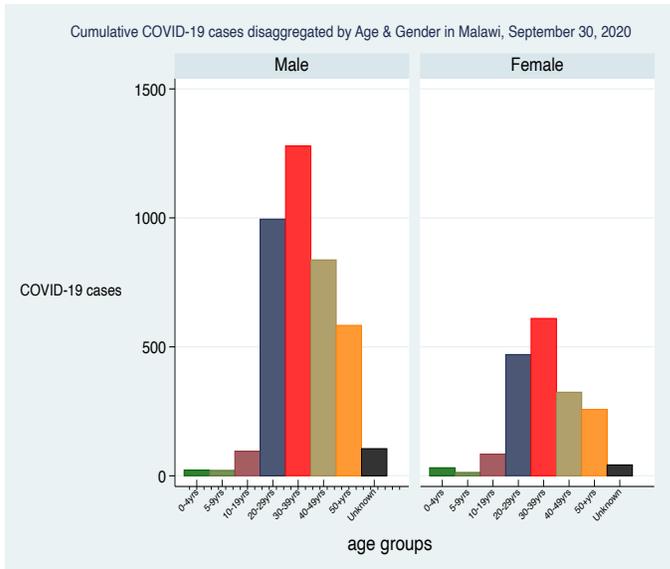
9 out of 10 countries



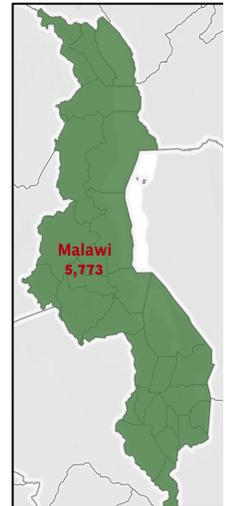
Au 30 septembre 2020, on observait des tendances à la hausse au Maroc et en Afrique du Sud, mais un plateau dans les huit autres pays.

Dans ce numéro de l'aperçu, si on étudie l'impact de COVID-19 sur l'âge et le sexe au Malawi et en Mauritanie, il est évident qu'il est « **temps de protéger notre population masculine** ».

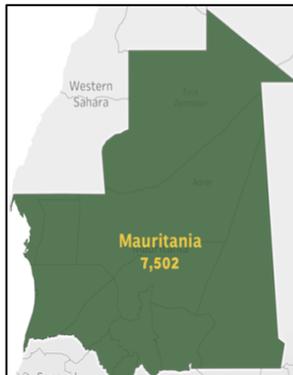
Malawi



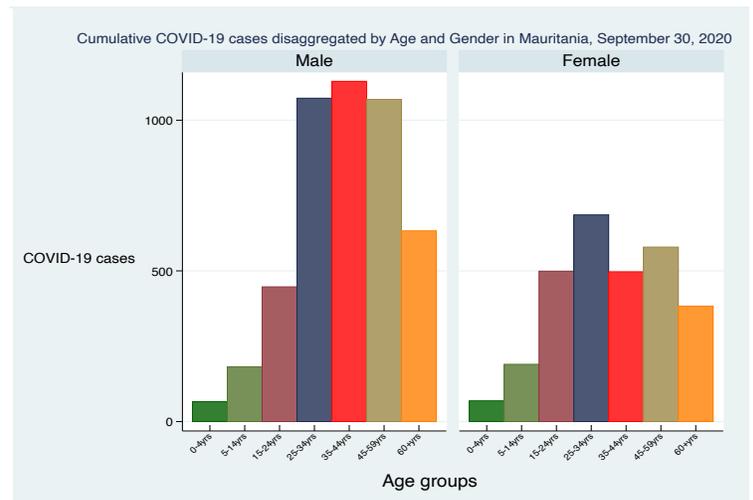
Tout comme les données mondiales, les cas cumulés de COVID-19 fin septembre 2020 étaient plus nombreux chez les hommes que chez les femmes, 67 % des cas étant observés chez les hommes et un ratio de 2 cas masculins pour chaque cas féminin surtout dans les tranches d'âge de 20 à 39 ans et \geq à 50 ans (barres bleu foncé, rouge et orange), et un ratio de 2,5-3 pour les hommes âgés de 40 à 49 ans. Ceci indique l'impact du virus sur la main d'œuvre productive masculine et son ampleur économique, mais également que le Malawi devrait axer ses stratégies et ses interventions sur ce groupe pour briser la chaîne de propagation.



Mauritanie



Sur les 7 502 cas confirmés au 30 septembre 2020, environ 61 % avaient été détectés chez des hommes. En moyenne, on observait des taux similaires entre 14,2 et 15 % pour les tranches d'âge 25-34 ans, 35-44 ans et 45-59 ans. En ce qui concerne les femmes, la prévalence de COVID-19 était la plus élevée chez la main d'œuvre en âge de procréer âgée de 25 à 34 ans, avec 9,1 % du nombre total de cas. Des stratégies sexospécifiques sont donc vivement recommandées.



Dans la plupart des pays africains, les données ventilées par sexe sont incomplètes. Il faut éviter toute conclusion hâtive sur la base de l'analyse des données par sexe présentée dans cette publication et de la manifeste prédominance de COVID-19 chez les hommes dans ces deux pays. Les États membres devraient incorporer une analyse sexospécifique dans leurs initiatives de préparation, de riposte et de surveillance afin d'améliorer l'efficacité de leurs interventions contre COVID et promouvoir l'égalité des genres. En outre, il faudrait standardiser les formats de communication des données ventilées par sexe et âge sur la vulnérabilité et la mortalité à COVID afin d'obtenir une analyse cohérente de l'impact de la pandémie de COVID-19 en fonction du sexe à l'échelle du continent.

Comprendre le défi du vaccin en Afrique

La vaccination est une mesure de prévention clé qui donne l'espoir d'accélérer la lutte contre la pandémie et la possibilité d'atteindre une immunité nationale. Étant donné la rapide propagation du virus de la COVID-19, les pays et continents ont adopté des politiques et directives de sécurité recommandées à l'échelle mondiale, telles que le port d'équipement de protection individuelle, le lavage fréquent des mains, la distanciation sociale et le confinement dans l'attente d'un vaccin sûr et efficace.

Typiquement, les essais cliniques de vaccin exigent plusieurs séries d'essais animaux et humains, généralement en quatre phases, ce qui prend des mois ou des années. Dans le cadre de la course menée par les chercheurs au développement d'un vaccin contre la COVID-19, en septembre 2020, plus de 169 vaccins étaient en cours d'essai clinique¹, mais aucun n'avait été officiellement approuvé pour usage public. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sur ces 169 essais cliniques de vaccin, 60 % sont en phase préclinique, 16 % en phase 1, 10 % en phase 2 et 4 % en phase 3, et aucun n'est en phase 4 (approuvé pour usage public)². Dans la région Afrique, un (1) seul pays africain, l'Afrique du Sud, participe actuellement aux essais. Ceci est un point de départ du défi pour le vaccin en Afrique : les faibles capacités, ressources et volontés politiques

pour la recherche et le développement aux fins de l'endigement de la COVID-19 en Afrique.

Pour encourager la communauté des chercheurs africains à se joindre à la course au développement d'un vaccin COVID-19 sûr, un nouveau processus d'examen accéléré des protocoles pour la recherche clinique COVID-19 en Afrique a été élaboré et présenté par le Forum africain de réglementation des vaccins (AVAREF), forum établi en 2006 pour assurer la surveillance réglementaire et éthique des essais cliniques interventionnels menés dans la région Afrique. Les États membres de l'Union africaine n'ont pas tiré parti de cette possibilité. Que devrait donc faire l'Afrique pendant que les chercheurs dans d'autres pays et continents développent un vaccin sûr et efficace ? Se préparer à l'utilisation ! Mais, sommes-nous prêts ?

En supposant qu'un vaccin COVID-19 sûr et efficace soit développé d'ici fin 2020 ou mi-2021, si quelques éléments clés ne sont pas réglés, ils présenteront des défis. Ces éléments suivent les mêmes principes que les piliers de la prestation de services de santé : (i) Coût, (ii) Accès et (iii) Qualité.

Coût : Le vaccin sera-t-il fourni gratuitement à la population ? Pour promouvoir l'adoption et l'utilisation du nouveau vaccin, l'Afrique doit

s'assurer de fournir le vaccin gratuitement. Par ailleurs, les pays devront déployer des stratégies d'engagement communautaire adaptées au contexte particulier afin de lutter contre les hésitations et de promouvoir l'acceptation du vaccin. Ces stratégies comprennent le plaidoyer, l'engagement des leaders communautaires, la sensibilisation des communautés, la mobilisation et des activités de proximité. Ces approches proposées d'engagement communautaire ne peuvent réellement réussir que si le vaccin est gratuit. La mobilisation de ressources pour l'achat d'un vaccin et la négociation d'accords pour l'accès au vaccin sont un excellent point de départ !

Accès : Les États membres sont-ils équipés d'un système et d'une stratégie robuste en ce qui concerne leur chaîne d'approvisionnement ? Qui aura droit au vaccin ? Qui administrera le vaccin ? Son administration sera-t-elle incorporée dans les programmes nationaux d'immunisation ?

L'approvisionnement et la distribution seront-ils maintenus ? Pour institutionnaliser la préparation des pays et assurer un accès équitable, les États membres doivent, entre autres, aborder ces questions, améliorer les systèmes de la chaîne d'approvisionnement, élaborer des critères d'éligibilité au vaccin contre COVID-19, et élaborer un plan de

1

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines>

2

<https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>

pérennisation de l'approvisionnement et de la distribution.

Qualité : Le contrôle de qualité couvre la production, l'approvisionnement, le stockage,

toute la chaîne de distribution et la gestion. Pendant que l'Afrique attend

le développement d'un vaccin de qualité, les pays doivent créer des systèmes de stockage efficaces et

rassembler des ressources pour former à la gestion du vaccin de

COVID afin d'éviter les gaspillages et d'assurer la qualité des vaccins achetés.

Restrictions aux frontières : notre avenir pendant la pandémie

D'après le Centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC) des États-Unis, les voyages augmentent le risque de propagation de COVID-19³. À l'arrivée de la pandémie, les États membres africains se sont empressés de fermer leurs frontières aux voyages internationaux et commerciaux et ont imposé des confinements à leurs habitants. Les États et collectivités locales au sein des pays ont également institué des restrictions aux voyages pour soutenir fermement les mesures et politiques nationales d'endiguement de la propagation de COVID-19. Lorsque la courbe épidémique de cas de COVID-19 s'est aplatie fin juillet 2020 pour la plupart des États membres, les pays africains ont commencé à réouvrir leurs frontières, mais avec des protocoles et conditions de déplacement.

Plus de 25 pays des 55 États membres de l'Union africaine ont levé à divers degrés leurs restrictions aux voyages aériens internationaux et internes, mis fin aux couvre-feux et lentement relancé le tourisme et le commerce⁴. Ces pays sont les Seychelles, la Tanzanie, le Rwanda, la Tunisie, l'Égypte, le Liberia, le Sénégal, le Mali, Djibouti, la Sierra Leone, le Tchad, le Kenya, le Togo, la République démocratique du Congo, le Burkina Faso, Sao Tomé-et-Principe, l'Éthiopie, la Zambie, le Ghana, la Namibie, le Nigeria, la Mauritanie, l'île Maurice, l'Ouganda, le Zimbabwe et l'Afrique du Sud.

COVID-19 a eu un impact important non seulement sur les économies des pays, mais aussi sur nos relations sociales et physiques. Les principales conditions de voyage exigées par les pays qui ont ouvert leurs frontières comprennent : (i) un test PCR COVID-19 négatif avant l'arrivée avec différentes durées de validité selon le pays, (ii) le port obligatoire du masque (iii) des prises de température corporelle, et (iv) l'auto-confinement ou une quarantaine.

La plupart des pays africains exigent un PCR négatif datant de 72 heures au plus, tandis que certains acceptent des résultats négatifs jusqu'à 7 jours avant l'arrivée dans le pays. Certains États membres imposent la rétention obligatoire du passeport jusqu'à la confirmation d'un test PCR négatif de COVID-19 et la réalisation d'un auto-confinement par le voyageur.

Ceci est dans l'ensemble la nouvelle normalité en Afrique : de nouvelles normes pour l'avenir à l'ère de la pandémie !

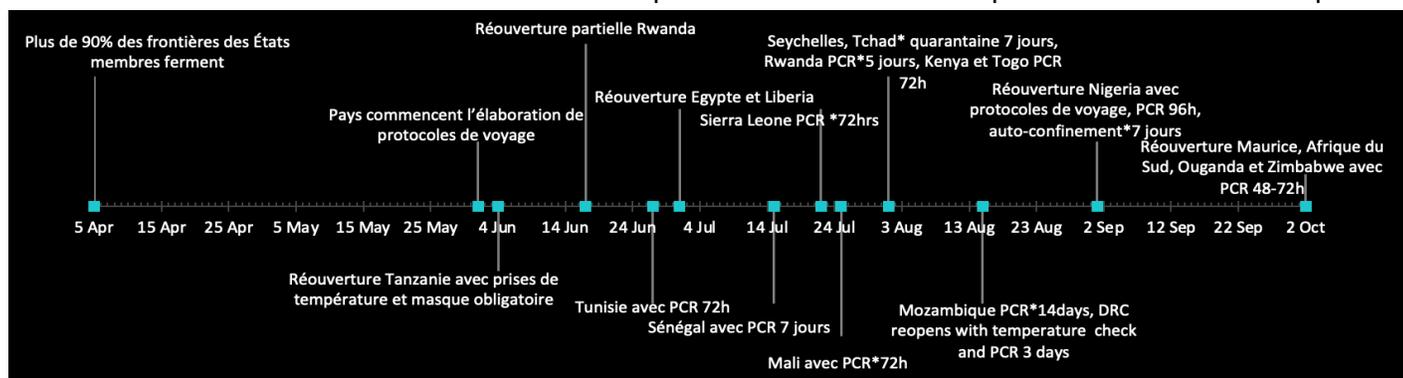


Figure 1: Chronologie des restrictions aux frontières et réouvertures des États membres de l'Union africaine

³ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/travel-during-covid19.html>

⁴ <https://www.traveloffpath.com/africa-reopening-for-tourism/>