

Impératifs de capacités pour la riposte contre les pandémies : bâtir des systèmes de santé résilients et assurer la transformation socio-économique de l'Afrique



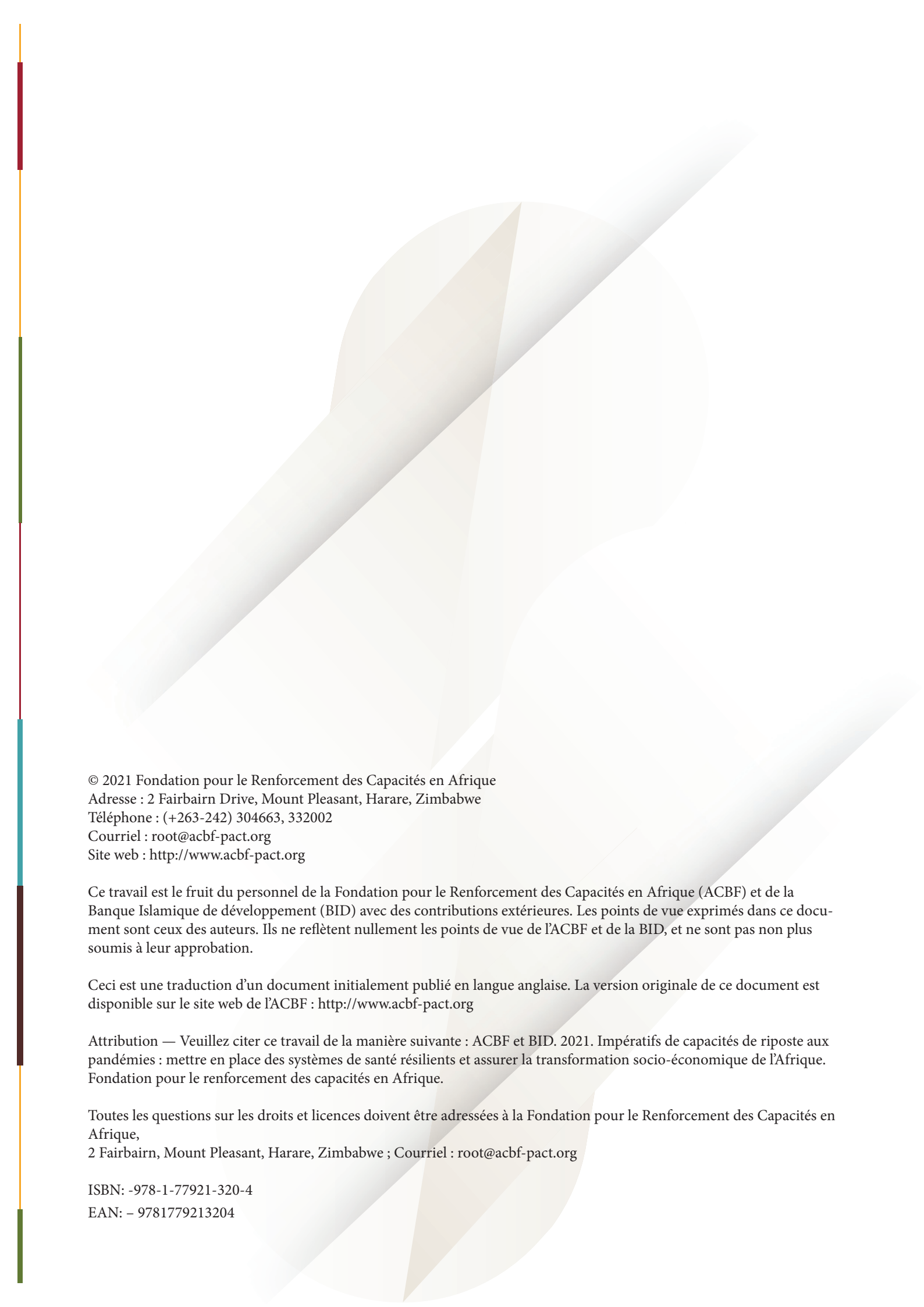
THE AFRICAN CAPACITY
BUILDING FOUNDATION | FONDATION POUR LE RENFORCEMENT
DES CAPACITÉS EN AFRIQUE

Securing Africa's future through capacity development

IsDB



البنك الإسلامي للتنمية
Islamic Development Bank



© 2021 Fondation pour le Renforcement des Capacités en Afrique
Adresse : 2 Fairbairn Drive, Mount Pleasant, Harare, Zimbabwe
Téléphone : (+263-242) 304663, 332002
Courriel : root@acbf-pact.org
Site web : <http://www.acbf-pact.org>

Ce travail est le fruit du personnel de la Fondation pour le Renforcement des Capacités en Afrique (ACBF) et de la Banque Islamique de développement (BID) avec des contributions extérieures. Les points de vue exprimés dans ce document sont ceux des auteurs. Ils ne reflètent nullement les points de vue de l'ACBF et de la BID, et ne sont pas non plus soumis à leur approbation.

Ceci est une traduction d'un document initialement publié en langue anglaise. La version originale de ce document est disponible sur le site web de l'ACBF : <http://www.acbf-pact.org>

Attribution — Veuillez citer ce travail de la manière suivante : ACBF et BID. 2021. Impératifs de capacités de riposte aux pandémies : mettre en place des systèmes de santé résilients et assurer la transformation socio-économique de l'Afrique. Fondation pour le renforcement des capacités en Afrique.

Toutes les questions sur les droits et licences doivent être adressées à la Fondation pour le Renforcement des Capacités en Afrique,
2 Fairbairn, Mount Pleasant, Harare, Zimbabwe ; Courriel : root@acbf-pact.org

ISBN: -978-1-77921-320-4

EAN: – 9781779213204

Sommaire

Avant-propos.....	4
Remerciements.....	5
Acronymes.....	6
Résumé exécutif.....	7
Contexte.....	7
Objectif et approche de l'étude.....	7
Principales conclusions.....	7
Conclusion et recommandations.....	8
Chapitre I - Introduction.....	10
1.1 Contexte.....	10
1.2 Impératifs et objectifs de l'étude.....	11
1.3 Partenariats pour cette étude.....	11
Chapitre II – Méthodologie.....	13
2.1 Approche et questions de recherche.....	13
2.2 Échantillonnage et sélection des pays cibles	14
2.3 Méthodes de collecte et d'analyse des données	14
Chapitre III – Impacts sanitaires et socio-économiques de la COVID-19 et ripostes des gouvernements en Afrique.....	16
3.1 Tendances générales des données sur la COVID-19 pour le continent africain.....	16
3.2 Tendances des cas d'infection à la COVID-19 dans un échantillon de pays africains.....	17
Chapitre IV - Disposition et préparation à la riposte aux pandémies et aux épidémies : analyse des capacités du secteur de la santé dans dix pays africains.....	25
4.1 Analyse du secteur de la santé avant la COVID-19 et préparation à la pandémie dans dix pays africain.....	25
4.2 Impacts de la COVID-19 sur la santé dans les dix pays de l'échantillon.....	27
4.3 Capacités institutionnelles pendant la pandémie de la COVID-19 en Afrique.....	27
4.4 Approches utilisées dans la prestation des services de santé pendant la pandémie COVID-19.....	27
4.5 Région de Afrique du Nord (Mauritanie et Égypte).....	28
4.6 Région Afrique de l'Ouest (Nigeria et Sénégal).....	29
4.7 Région Afrique centrale (République démocratique du Congo et Tchad).....	30
4.8 Région Afrique de l'Est (Kenya et Soudan).....	30
4.9 Région Afrique australe (Botswana et Mozambique).....	31
4.10 Analyse récapitulative du secteur de la santé (dix pays de l'étude).....	32
4.11 Compétences techniques/spécialisées essentielles requises pour combattre la COVID-19.....	37
4.12 Besoins essentiels en compétences techniques/spécialisées et études sur la COVID-19 et les pandémies passées.....	38
4.13 Compétences en leadership transformateur dans la gestion des pandémies.....	39
4.14 Gestion des établissements de santé, coordination et planification.....	40
Chapitre V - Préparation à la riposte aux pandémies et aux épidémies : analyse des capacités du secteur socio-économique dans dix pays africains.....	44
5.1 Aperçu macroéconomique des pays de l'échantillon	44
5.2 Évaluation de la préparation et de la vulnérabilité socioéconomiques à une pandémie des dix pays étudiés.....	46
5.3 Riposte à la COVID-19 à travers la politique fiscale dans les dix pays étudiés.....	48
5.4 Riposte en termes de politique fiscale à la COVID-19 dans les dix pays étudiés.....	49
5.5 Les principaux résultats des enquêtes socio-économiques.....	50
Chapitre VI - Défis, leçons apprises, recommandations de politiques et impératifs pour renforcer les capacités de riposte aux pandémies en Afrique.....	54
6.1 Défis.....	54
6.2 Se préparer aux pandémies et être prêt à les affronter : leçons apprises sur le cas des pays africains.....	55
6.3 Quelques bonnes pratiques sélectionnées hors du continent sur la préparation aux pandémies.....	56
6.4 Principales actions de renforcement des capacités nécessaires pour se préparer et se tenir prêt vis-à-vis des pandémies.....	59
6.5 Acteurs clés dans la mise en place et le renforcement des capacités de préparation aux pandémies.....	60
6.6 Rôle de la coopération Sud-Sud dans la préparation aux pandémies.....	65
Chapitre VII - Conclusion.....	67
Références bibliographiques.....	69
Annexes	73
Annexe A : Résumé de la riposte des gouvernements africains à la COVID-19.....	73
Annexe B : Instruments d'enquête.....	77
Annexe C : Corrélation de l'analyse pour le pourcentage de décès dans les cas confirmés, et l'indice global SSM et la mesure de l'indice SSM qui indique la solidité du secteur de la santé dans les pays sélectionnés pour l'étude.....	87

Avant-propos

En 2020, les pays africains, à l'instar de tous les autres pays du monde, ont subi la pire des récessions en plus de 50 ans, en raison de la COVID-19. La pandémie a provoqué une augmentation des besoins en financement public, car les gouvernements dépensent davantage pour atténuer les conséquences socio-économiques de cette crise. Les gouvernements africains ont eu besoin d'un financement brut supplémentaire d'environ 125 à 154 milliards de dollars USD en 2020 pour répondre à la crise. Sur tout le continent, la COVID-19 a bouleversé des millions de vies. Les personnes pauvres et les petites entreprises informelles sont les plus susceptibles d'être affectées de manière significative. Outre les défis sanitaires causés par la crise, les impacts économiques et sociaux sont importants. Alors que la pandémie de la COVID-19 a eu de lourdes répercussions socio-économiques, culturelles et sanitaires en Afrique et au-delà, l'une des principales leçons tirées de la pandémie est le fait que tous les pays (développés et moins développés) aient réalisé la nécessité d'une coopération et de partenariats stratégiques plus forts en vue de construire et reconstruire au mieux le monde post-COVID-19. C'est, entre autres raisons, dans cet esprit que cette étude sur les impératifs de capacités de riposte aux pandémies est réalisée conjointement par la Fondation pour le Renforcement des Capacités en Afrique (ACBF) et la Banque Islamique de Développement (BID). Le thème de l'étude est le suivant : Impératifs de capacités pour la riposte contre les pandémies : mettre en place des systèmes de santé résilients et assurer la transformation socio-économique de l'Afrique.

La découverte rapide de vaccins et leur distribution et utilisation ultérieures dans plusieurs pays pour freiner la propagation de la COVID-19 donne l'espoir aux pays africains d'un retour à la normale et d'une meilleure reconstruction de leurs économies. Un niveau de base en capacités humaines et institutionnelles pour les acteurs étatiques et non étatiques aux niveaux national, régional et continental est cependant nécessaire pour soutenir un tel optimisme renouvelé pour 2021. La bonne nouvelle que montre cette étude est que les pays africains ont déjà établi certaines bonnes pratiques pour mieux se préparer aux futures pandémies. Par exemple, les mesures prises rapidement par les gouvernements - y compris la formulation de nouvelles politiques, l'élaboration de nouvelles directives et procédures opérationnelles normalisées, et la création d'organismes d'urgence et de groupes de travail présidentiels pour répondre à la pandémie COVID-19 - se sont avérées salutaires pour limiter l'impact global de la maladie. L'étude souligne l'importance de mettre en place des systèmes sanitaires et socio-économiques réactifs, y compris des infrastructures de cyber-santé et des programmes de protection sociale. La COVID-19 ayant révélé la fragilité des systèmes sanitaires et socio-économiques en Afrique, le renforcement de la capacité des institutions compétentes en termes de résilience technique et financière pour répondre efficacement aux épidémies et pandémies émergentes et récurrentes devrait donc être une priorité. Avec la disponibilité progressive de nouveaux vaccins et thérapeutiques efficaces contre le virus, cette étude complète les efforts en cours en mettant en évidence les capacités essentielles nécessaires aux pays africains pour construire des systèmes de santé résilients et assurer la transformation socio-économique du continent en vue de futures pandémies. L'un des messages clés de cette étude est l'urgence d'investir dans des compétences techniques essentielles et les bonnes institutions. Il est nécessaire pour chaque pays de financer et d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé publique et socio-économiques engagés et dévoués, d'épidémiologistes, d'analystes de laboratoire, de chercheurs, d'experts en maladies infectieuses ainsi que d'instituts nationaux de lutte contre les maladies et de développement socio-économique. En outre, il est nécessaire de renforcer les départements de lutte anti vectorielle et de lutte contre les maladies, et d'améliorer les portefeuilles de recherche et de formation pour lutter contre les futures épidémies.

À l'avenir, l'ACBF et la BID inviteront les pays et les partenaires à travailler dans des domaines spécifiques, conformément aux recommandations de l'étude, pour le développement et la mise en œuvre de programmes de renforcement des capacités pour construire et reconstruire une meilleure Afrique post-COVID-19. Avec leurs nombreux partenaires dans toutes les régions de l'Afrique, l'ACBF et la BID continueront de mettre en œuvre des programmes et des interventions de renforcement des capacités sur les prémisses et les promesses de l'Agenda 2063 de l'Union africaine et de l'Agenda 2030. Nous espérons que les recommandations et les actions proposées dans ce document contribueront à « autonomiser les peuples pour un avenir durable » et à garantir que « l'Afrique soit capable de réaliser son propre développement ».

Prof. Emmanuel Nnadozie

Secrétaire Exécutif,
Fondation pour le Renforcement des Capacités
en Afrique

Dr. Mansur Muhtar

Vice-Président,
Chargé des Programmes Pays

Remerciements

L'étude sur les Impératifs de capacités pour la riposte contre les pandémies : bâtir des systèmes de santé résilients et assurer la transformation socio-économique de l'Afrique a été préparée par la Fondation pour le renforcement des capacités en Afrique (ACBF) sous la direction générale du Secrétaire exécutif de l'ACBF, le professeur Emmanuel Nnadozie, dont la vision et la perspicacité ont permis à ce produit de la connaissance de devenir réalité. Cette étude est le fruit d'un effort de collaboration avec l'appui technique et financier du Secrétariat de l'ACBF, du réseau de connaissances de la Fondation et de la Banque islamique de développement (BID). À l'ACBF, l'équipe a d'abord été dirigée par Herbert Robinson, puis par Bakary Koné, directeur du Département Connaissances et Apprentissage (K&L), avec Barassou Diawara, expert principal en gestion des connaissances comme point focal. L'équipe de l'ACBF a harmonisé les instruments d'enquête, dûment testés et traduits en français, et prêts pour l'étude sur le terrain. Pour ce faire, elle a utilisé des plates-formes en ligne créées par Fasil Yilma, expert principal en TIC à l'ACBF. Sans toutes ces facilitations, cette étude n'aurait pas été possible.

À la BID, le point focal était Sameh Hussein, Coordonnateur principal régional du Département de la coopération technique, de la coopération régionale et de l'intégration. L'étude a été revue par Dr Ammar Abdo Ahmed, Spécialiste principal de la santé mondiale, Département des infrastructures économiques et sociales. L'ACBF remercie la BID d'avoir mis à disposition les ressources financières pour mener cette étude.

L'ACBF tient à remercier le professeur Sylvain Boko et le Dr Godfrey Yikii, les deux consultants du réseau de connaissances/base de données des experts de l'ACBF pour la constance de leur appui et le travail d'équipe qu'ils ont accompli pendant tout le processus.

L'ACBF apprécie à leur juste valeur les efforts sans réserve déployés par les institutions et les personnes impliquées dans les dix pays sélectionnés qui ont participé à l'enquête en ligne. La Fondation exprime particulièrement sa gratitude aux personnes qui ont assuré la facilitation de l'étude dans les dix pays sélectionnés notamment le Botswana, le Tchad, la République démocratique du Congo, l'Égypte, le Kenya, la Mauritanie, le Mozambique, le Nigeria, le Soudan et le Sénégal. Elle remercie ces pays d'avoir choisi les équipes qui ont participé à l'enquête sur le terrain et à la validation du rapport d'étude.

Pour réaliser cette étude, un certain nombre de personnes, d'institutions et d'organisations ont été consultés et ont fourni des informations et des données sur les domaines de recherche prioritaires pour compléter les conclusions des sources secondaires et identifier les principaux impératifs de capacités de riposte aux pandémies.

Acronymes

ACBF	Fondation pour le renforcement des capacités en Afrique
ACDC	Centre de contrôle et de prévention des maladies en Afrique
AHS	Statistiques de santé en Afrique
BID	Banque islamique de développement
CDA	Analyse des données causales
CDC	Centres de contrôle et de prévention des maladies
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CER	Communauté économique régionale
COVID-19	Maladie du coronavirus de 2019
EDA	Analyse exploratoire (et descriptive) des données
EPI	Équipement de protection individuel
FGD	Discussion de groupe à thème dirigé
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IDA	Analyse des données inférentielles
KII	Entretiens avec les principaux informateurs
MHPSS	Santé mentale et soutien psycho-social
MSME	Micro, petites et moyennes entreprises
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAM	Programme alimentaire mondial
PIB	Produit intérieur brut
PME	Petites et moyennes entreprises
RCCE	Communication des risques et engagement communautaire
RDC	République démocratique du Congo
RNB	Revenu national brut
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
SSM	Indice de la sécurité sanitaire mondiale
TA	Assistance technique
TB	Tuberculose
TdR	Termes de référence
UA	Union africaine
UEMOA	Union monétaire et économique de l'Afrique de l'Ouest
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USI	Unité de soins intensifs
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de la maladie du virus de l'immunodéficience acquise
WISE	Base de données des indicateurs mondiaux pour l'emploi (WISE)
WDIO	Base de données en ligne des indicateurs du développement mondial
WHDP	Plate-forme des données de santé dans le monde

Résumé exécutif

Contexte

La maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), une maladie respiratoire transmissible causée par le nouveau coronavirus, a été déclarée pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) le 11 mars 2020. Le premier cas de la maladie sur le continent africain a été confirmé le 14 février 2020. Au 10 janvier 2021, les Centres Africains de Contrôle et de Prévention des Maladies (CDC Afrique) ont déclaré que l'Afrique avait franchi le seuil de 3 millions de cas de coronavirus, avec 72 000 décès. L'Afrique du Sud représente à elle seule plus de 30 % du total des cas du continent avec plus de 1,2 million de cas signalés et 32 824 décès. De nouvelles mutations du virus sont détectées chez des patients du monde entier, y compris une variante du Royaume-Uni, des variantes du Brésil et de New York, et même une variante sud-africaine. Les systèmes de santé déjà fragiles du continent étaient sur le point d'être submergés par les graves conséquences sanitaires de la maladie sur les populations, en plus des impacts socio-économiques dévastateurs de la maladie, y compris l'augmentation des taux de chômage, la pauvreté, les perturbations des services et des systèmes sociaux et les inégalités croissantes.

Le continent a pris des mesures rapides pour imposer des restrictions aux voyages et au commerce, ainsi que des fermetures de frontières, en riposte à l'épidémie mondiale de la COVID-19. À la fin du mois de mars 2020, la plupart des pays africains avaient déclaré l'état d'urgence, une urgence de santé publique ou un état de catastrophe. Ces déclarations d'urgence rapides et précoces, assorties de diverses formes de mesures restrictives, peuvent avoir été un facteur majeur de la limitation de la propagation de la maladie par rapport à d'autres régions et pays, qui ont attendu que le nombre de cas s'accumule avant de prendre de telles mesures. En outre, pratiquement tous les pays ont annoncé et promulgué des programmes budgétaires consistant généralement en des mesures de relance économique destinées à fournir des secours et une assistance à la population et aux entreprises pour surmonter les conséquences économiques de la COVID-19.

Objectif et approche de l'étude

Cette étude examine les défis de capacités rencontrés par les pays africains dans leur riposte à la pandémie COVID-19 et propose des actions prioritaires de renforcement des capacités visant à construire des systèmes de santé résilients et à soutenir les transformations socio-économiques pour faire face aux futures épidémies et pandémies. L'étude repose sur un examen approfondi de la littérature et des enquêtes en ligne ciblant des pays africains sélectionnés. La portée de l'étude est principalement centrée sur les pays d'intervention de la Fondation pour le Renforcement des Capacités en Afrique (ACBF) et de la Banque Islamique de Développement (BID) dans les cinq régions de l'Afrique. Plus précisément, l'étude couvre dix pays¹, deux de chaque région, et fournit des informations et des recommandations concernant les capacités qui sont nécessaires pour que les pays améliorent leur préparation et leur riposte à cette pandémie et à celles à venir.

Principales conclusions

Bien que les idées et les leçons de cet article soient principalement tirées de la pandémie COVID-19, les recommandations proposées sont toujours applicables à d'autres pandémies ou à toute crise sanitaire. À l'aide de l'indice de sécurité sanitaire mondiale (SSM Index), du ratio de couverture du Règlement sanitaire international (RSI), de l'indicateur de l'Assemblée mondiale de la santé (WHA) et de l'objectif de développement durable n°3 des Nations Unies (ODD 3) sur la santé, l'étude a analysé l'état des systèmes de santé dans les dix pays de l'échantillon et a constaté qu'ils présentent tous différents niveaux de vulnérabilité et de faiblesse qui doivent être traités alors que le continent se prépare à de futures pandémies. Plusieurs leçons ont été tirées, notamment la nécessité pour les ministères de la santé des pays africains de renforcer les capacités institutionnelles et humaines dans des domaines essentiels tels que : la bonne gouvernance, la responsabilité et le leadership transformationnel, en comblant les lacunes et la vision des politiques, en fixant des objectifs clairs pour améliorer le renforcement des capacités, le maintien des capacités et l'utilisation des capacités en Afrique. Ceci, en plus de solides capacités de leadership, de planification et de budgétisation, et l'établissement et le renforcement de partenariats et de relations de collaboration, y compris la collaboration Sud-Sud, permettra non seulement de combler les déficits nationaux, mais aussi d'augmenter le niveau de réactivité et de préparation à une pandémie.

L'étude a également révélé que l'action précoce des gouvernements - y compris la formulation de nouvelles politiques, l'élaboration de nouvelles lignes directrices et procédures opérationnelles normalisées, et la création d'organismes d'urgence et de groupes de travail présidentiels pour répondre à la pandémie COVID-19 - s'est avérée salutaire pour réduire l'impact global de la maladie. En outre, l'expérience d'épidémies antérieures, telles que la maladie à virus Ebola, a permis à des pays tels que la République démocratique du Congo et le Nigeria, d'activer rapidement les structures et mécanismes existants en riposte à la pandémie de COVID-19. Néanmoins, il est tout aussi évident qu'en créant et/ou en renforçant les institutions clés de développement pour assurer une efficacité, une mise en œuvre et une durabilité accrues, et en renforçant les capacités de leadership et en changeant les mentalités, les pays seront mieux placés pour améliorer leurs stratégies nationales de santé, améliorant ainsi la fonctionnalité, la robustesse et la réactivité de leurs systèmes de santé.

¹Mauritanie, Égypte, Nigeria, Sénégal, République démocratique du Congo, Tchad, Kenya, Soudan, Botswana, et Mozambique

L'étude a en outre mis en évidence la nécessité pour les ministères de la santé des pays africains de garantir l'état de disponibilité et la préparation aux futures pandémies en se dotant d'un personnel varié - y compris des techniciens, des infirmières des unités de soins intensifs (USI), des cardiologues et des experts en maladies infectieuses ; les installations - y compris les laboratoires, les hôpitaux pour maladies infectieuses, les centres d'isolement, les services et les installations de quarantaine ; et les fournitures, y compris les équipements de soins intensifs, les équipements de protection individuelle (EPI), les produits pharmaceutiques, les ventilateurs et les systèmes d'approvisionnement en oxygène. En raison de la capacité de dépistage limitée dans les pays africains, la détection et le diagnostic précoces restent un défi. Les stratégies de traitement étant principalement axées sur les personnes présentant des symptômes, cela implique que la transmission de cas asymptomatiques reste inconnue compte tenu des différences dans les épi-scénarios entre les pays de l'étude, indiquant la nécessité de s'équiper de manière adéquate et de renforcer les capacités institutionnelles et humaines pour répondre efficacement aux épidémies et pandémies émergentes et récurrentes. Cependant, dans de nombreux pays, les établissements de santé affichent de faibles niveaux de préparation pour fournir des services de santé de qualité. Au Tchad par exemple, seulement un établissement de santé sur trois avait accès à l'électricité et deux sur trois avaient accès à des sources d'eau améliorées. De plus, l'équipement médical essentiel - comme les balances, les thermomètres, les stéthoscopes - et la capacité des laboratoires étaient de qualité inférieure. Par conséquent, investir dans les connaissances, la recherche et le développement est essentiel non seulement pour la pandémie actuelle mais aussi pour d'autres épidémies futures.

Les gouvernements africains ont établi certaines bonnes pratiques pour améliorer la préparation aux futures pandémies. Par exemple, plusieurs gouvernements africains ont fait preuve de leadership et de techniques de gestion efficaces qui ont joué un rôle important dans la lutte contre la pandémie de la COVID-19. Ces actions comprennent la surveillance et le maintien de la sécurité aux frontières, la désinfection des routes et des bâtiments publics et l'exploitation des hôpitaux militaires. En outre, la police a apporté son soutien au maintien de l'ordre public, au renforcement de la distanciation sociale, à la préparation de stocks de nourriture d'urgence et à la production et à la fourniture de masques de protection gratuits à la population. Ce sont des décisions et des mesures positives qui peuvent être capitalisées pour de futures éclosions.

De même, l'étude a mené une analyse microéconomique des impacts de la pandémie COVID-19 sur les pays cibles, et une analyse globale des impacts socio-économiques de la maladie sur le développement humain, les vulnérabilités économiques et sociales dans les dix pays de l'étude. Les résultats montrent que la COVID-19 a été destructrice, en particulier sur les micros, petites et moyennes entreprises (MPME). La pandémie a également aggravé la position des segments les plus vulnérables de la société, y compris ceux qui étaient devenus nouvellement vulnérables en raison des effets de la COVID-19 sur leurs entreprises et leurs moyens de subsistance. En outre, étant donné que plus de 60 % de la population en Afrique subsaharienne sont des petits exploitants agricoles, et que l'agriculture contribue pour environ 23 % au PIB de la région, et que les femmes constituent près de 70 % de la main-d'œuvre agricole en Afrique, une politique économique clairement centrée sur les femmes dans le secteur agricole est impérative pour que les pays mettent en place une riposte efficace à la pandémie.

La COVID-19 a également exposé certains des défis et des vulnérabilités auxquels le continent est confronté, en particulier en ce qui concerne les positions budgétaires des pays ; ainsi, une autre constatation clé concerne la plupart des pays n'ayant pas encore développé de stratégies de gestion de la dette adéquates pour renforcer la résilience à la pandémie de la COVID-19. Pourtant, renforcer la résilience financière pour faire face à la COVID-19 est rapidement devenu une nécessité cruciale pour les pays. Les méthodes traditionnelles de mobilisation des ressources ne sont peut-être pas à elles seules le moyen le plus efficace de parvenir à la résilience financière de l'Afrique. Une attention considérable doit être accordée aux sources nouvelles et innovantes de mobilisation des ressources, mais aussi à développer une utilisation meilleure et plus efficace des ressources existantes.

Les résultats indiqués ci-dessus soulignent la nécessité de renforcer la capacité de gestion macroéconomique des pays, en particulier en ce qui concerne la gestion de la dette et la mobilisation des ressources. Il s'agit de garantir la préparation macroéconomique, car la stabilité budgétaire et macroéconomique est un environnement nécessaire pour affronter efficacement les futures pandémies. De même, les pays africains doivent continuellement renforcer leurs capacités d'innovation et soutenir tous les secteurs économiques, avec un accent particulier sur l'agriculture et l'économie rurale, et l'économie informelle dans les environnements vulnérables suburbains, tels que les bidonvilles de Kibera à Nairobi et les bidonvilles de Kinshasa ou Lagos, où opèrent la plupart des micros, petites et moyennes entreprises (MPME) et des entreprises dirigées par des femmes et des jeunes. L'analyse suggère en outre la nécessité de renforcer considérablement les capacités de protection sociale en Afrique. En fin de compte, rien de ce qui précède ne serait possible sans un leadership transformateur fort.

Conclusion et recommandations

Compétences techniques transformatrices et critiques et besoins en capacités. L'étude a identifié plusieurs besoins essentiels en matière de renforcement des capacités humaines et institutionnelles qui doivent être satisfaits pour garantir que le continent est prêt à faire face à de futures pandémies. Le leadership transformateur et l'engagement politique requis des gouvernements africains pour améliorer, réviser et préparer leurs systèmes sanitaires et socio-économiques pour de futures pandémies sont essentiels. Sans engagement politique, la faiblesse et la fragilité observées dans les pays africains ne seront probablement pas corrigées, laissant les pays vulnérables aux épidémies futures.

Défis des capacités institutionnelles et humaines de la santé. Un leadership transformateur pour stimuler une augmentation significative des investissements de l'État et des bailleurs de fonds est nécessaire pour fournir aux agents de santé publique des compétences techniques essentielles telles que des capacités de surveillance et d'analyse de données, et le renouvellement institutionnel comme des laboratoires à la pointe de la technologie en tant qu'ingrédients essentiels de la promptitude et de la préparation à une pandémie. Donner la priorité à l'augmentation des budgets de la santé et à l'accélération des réformes du secteur de la santé qui étaient en cours avant que la pandémie de coronavirus ne frappe, permettra également aux pays africains d'être bien équipés pour la prochaine pandémie.

Défis socio-économiques des capacités institutionnelles et humaines. Un leadership transformateur est nécessaire pour les mesures et politiques de riposte socio-économique, y compris les mesures fiscales et monétaires/financières. Les programmes de socio-protection et les compétences techniques essentielles doivent également être renforcés à tous les niveaux pour réduire la gravité des impacts économiques des pandémies sur les entreprises et les individus. Les gouvernements devraient développer, étendre et renforcer les programmes de soutien aux MPME et aux jeunes et aux femmes entrepreneurs pour limiter la perturbation de leurs activités commerciales pendant les épidémies. Les plans pour faire face aux ajustements dans le secteur de l'éducation qui seront nécessaires pour les futures pandémies doivent être prédéveloppés afin qu'ils soient prêts à être déployés sans délai en cas de besoin.

Renforcer les capacités opérationnelles et composites grâce à la mobilisation des ressources et aux partenariats. Compte tenu des conditions financières et économiques peu satisfaisantes dans lesquelles plusieurs pays africains se sont trouvés au début de la pandémie de la COVID-19, il incombera aux gouvernements de mettre en place des arrangements organisationnels, des systèmes de gestion axés sur les résultats et des processus de planification stratégique pour développer les voies et moyens de mobilisation des ressources, en partenariat avec le secteur privé et les partenaires au développement, afin de renforcer leurs capacités à élaborer et à financer rapidement des plans de riposte aux futures pandémies. Ces mesures de mobilisation des ressources devraient explorer davantage les sources nationales et innovantes pour maximiser le potentiel de mobilisation des ressources. Les partenariats - y compris avec les organisations non gouvernementales, les partenaires multilatéraux et bilatéraux, la coopération Sud-Sud et le secteur privé - sont essentiels et doivent donc être renforcés sur la base des leçons tirées de la pandémie COVID-19 pour mieux préparer les pays à réagir rapidement et efficacement aux futures épidémies et pandémies.

Utiliser l'indice de sécurité sanitaire mondiale (SSM) pour améliorer les systèmes de santé. L'indice SSM s'avère prometteur en tant qu'outil valide pour guider l'action sur la biosécurité, la biosécurité et la préparation des systèmes indiquant les systèmes de santé, en particulier en Afrique, où les systèmes de santé ne sont toujours pas bien préparés à riposter aux pandémies. Cependant, les pays doivent regarder au-delà des mesures existantes de l'indice SSM pour explorer d'autres facteurs atténuant l'impact des futures pandémies et autres traitements biologiques. La prise en compte des scénarios anthropiques et catastrophiques de grande ampleur est nécessaire en Afrique pour que l'innovation et les nouvelles approches fondées sur des données probantes réussissent, en particulier pendant la préparation, la riposte et le rétablissement des flambées de maladies et de pandémies. La préparation exigera à nouveau un leadership, une responsabilisation, un partenariat et une collaboration solides entre les gouvernements, le secteur privé et les partenaires internationaux pour combler efficacement les insuffisances en matière de politique, de recherche et de gouvernance.

1.1 Contexte

L'épidémie de coronavirus a été déclarée pandémie mondiale par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le 11 mars 2020, en raison de sa propagation rapide à travers le monde, y compris en Afrique. La pandémie de la COVID-19 s'est avérée désastreuse pour la santé et l'économie du monde. Au 24 février 2021, à 4h 06 GMT, 112 754 519 cas de COVID-19 ont été confirmés, avec 2 498 675 décès et 88 323 208 malades guéris dans le monde (Worldometers, 2021).

En Afrique, le Centre de contrôle et de prévention des maladies en Afrique (CDC Afrique ou ACDC) a joué un rôle de premier plan dans la lutte contre la pandémie et dans la conduite des recherches dans la région, en collaboration avec l'Union africaine (UA). La surveillance en temps réel des cas de COVID-19 par le CDC Afrique et les analyses des données de surveillance ont permis de mettre en place de bonnes politiques de santé publique, et des stratégies adaptées de communication en ce qui concerne les comportements susceptibles de protéger chaque personne et les conseils aux prestataires de soins de santé publique aux communautés, aux entreprises et aux écoles (ACDC, 2020). Le 27 novembre 2020, le CDC Afrique a officiellement déclaré que l'Afrique était entrée dans la deuxième vague de l'infection au coronavirus. De plus, le virus a maintenant muté en de nouvelles variantes, y compris les variantes du Royaume-Uni, de l'Afrique du Sud et du Brésil, et celles-ci peuvent être plus infectieuses et plus mortelles que la souche d'origine. Contrairement au déclin rapide des cas signalés aux mois de juillet et août 2020, le continent a commencé à connaître une tendance inverse en octobre 2020, ce qui a poussé l'ACDC à recommander aux pays de continuer à renforcer leurs systèmes de surveillance et leurs systèmes de santé en général. Au 24 février 2021, les données de l'Afrique étaient les suivantes : 3 874 338 cas d'infection au total, avec 102 333 décès et 3 423 783 guérisons (Worldometer, 2020).

Les pandémies ont le potentiel de provoquer trois vagues de morbidité et de mortalité : la première vague est due à la maladie elle-même ; la deuxième à l'incapacité des systèmes de santé à maintenir des services de santé adéquats et proportionnés ; la troisième vague est nourrie par les problèmes sociaux et économiques qui peuvent être une conséquence de l'épidémie. Ces problèmes sociaux et économiques se traduisent par des niveaux accrus de chômage et de pauvreté, des perturbations des services sociaux et des systèmes sociaux, ainsi que par des inégalités croissantes. Les stratégies de riposte doivent accorder la priorité au renforcement des capacités humaines et institutionnelles et à la création de systèmes résilients et capables de résister à de tels chocs à l'avenir. D'autres maladies infectieuses - tels que la tuberculose, le paludisme, Ebola, le virus de l'immunodéficience humaine / syndrome d'immunodéficience acquise (VIH / SIDA) - sont encore répandues sur le continent. En conséquence, le défi pour l'Afrique consiste toujours à chercher comment renforcer les capacités de ses systèmes de santé afin qu'ils puissent détecter, traiter et arrêter la propagation de futures pandémies. Sinon, du fait de leur faiblesse, ces systèmes de santé risquent d'être submergés par la prochaine épidémie.

Les dirigeants du continent ont pris des mesures rapides pour imposer des fermetures de frontières, ainsi que des restrictions aux voyages et au commerce en riposte à l'épidémie mondiale de la COVID-19. Mais, alors que les représentants des gouvernements étaient confrontés à de graves conséquences économiques, ils ont progressivement assoupli les restrictions, y compris celles liées aux voyages. Par conséquent, on estime que pendant les 30 jours qui se sont écoulés entre le 20 novembre 2020 et le 20 décembre 2020, l'Afrique a enregistré 454 000 nouveaux cas d'infections au coronavirus, ce qui représente 18% des 2,5 millions de cas que le monde a connus pendant cette période (Reuters, 2020). En réaction à cette flambée, plusieurs pays de la région sont revenus à des confinements, des couvre-feux et des restrictions sur les rassemblements, en particulier à l'approche des festivités de Noël et du Nouvel An 2020². Au Nigeria, des fermetures d'écoles pour une durée indéterminée ont été ordonnées et des concerts, carnivals et fêtes de rue ont été interdits dans l'État de Lagos à partir du 18 décembre 2020, en réaction à l'augmentation des nouveaux cas de COVID-19 dans le pays.

De nombreux pays africains viennent de subir la pandémie de la COVID-19. C'est pourquoi ils se posent plusieurs questions urgentes concernant les impacts sanitaires et socio-économiques de toute future pandémie. En voici quelques-unes :

- Quel a été l'impact de la COVID-19 sur le secteur de la santé ?
- Quelles capacités sont nécessaires pour mettre en place un système de santé solide, y compris la mise à niveau et la révision des infrastructures de santé ?
- Quelles capacités sont nécessaires pour améliorer le contrôle, la prévention et la surveillance des maladies, accélérer les tests de laboratoire et renforcer l'analyse des données afin d'améliorer les ripostes rapides ?
- Quel sera l'impact de la COVID-19 sur les principaux secteurs économiques et les MPME (micro, petites et moyennes entreprises) ?
- Quels sont les impacts des pandémies sur les opportunités d'emploi aux niveaux infranationaux ?

²Reuters (20 décembre 2020)

- Quelles pressions supplémentaires seront exercées sur les services et programmes de protection sociale, en particulier en ce qui concerne les personnes les plus vulnérables, celles qui le sont nouvellement devenues, les gens pauvres et les personnes âgées ?
- Quelles pressions budgétaires supplémentaires seront exercées sur les budgets des gouvernements qui, d'une part, sont confrontés à des marges budgétaires raides et d'autre part, doivent faire face à des besoins de dépenses supplémentaires importants ?

Dans ce contexte, il est essentiel de rechercher des preuves comparables dans plusieurs pays africains et dans des circonstances programmatiques similaires. Ceci permettra de mieux comprendre les effets de la pandémie, le processus de rétablissement en ce qui concerne la santé et les opportunités socio-économiques, et la nécessité de tirer tous les enseignements possibles afin de bien mettre au point la riposte aux futures pandémies. Alors que les cas de COVID-19 dans la région Afrique restent faibles, en comparaison à d'autres régions, le continent demeure exposé au risque d'épidémies durables qui pourraient rapidement submerger ses systèmes de santé et précipiter les pays touchés dans la crise (OMS, 2020). Même si d'autres grandes épidémies ne surviennent pas, la COVID-19 a le potentiel d'anéantir une décennie de croissance économique. Un ralentissement économique durable aurait des conséquences profondes sur la cohésion sociale et le développement humain dans la région (BAD, 2020).

Pour soutenir les impératifs de capacités de riposte, l'ACBF, en partenariat avec la BID, a développé ce produit de la connaissance afin d'identifier les capacités requises pour la préparation aux pandémies et les ripostes qui s'imposent dans les secteurs sanitaire, social et économique en Afrique. L'étude vise à aider à mettre en place des systèmes de santé résilients et des systèmes socio-économiques résilients en tant que pierres angulaires de la transformation socio-économique de l'Afrique. Les résultats de l'étude devraient servir de modèle pour les décideurs africains en ce qui concerne la préparation et la résilience du continent face à la COVID-19 et aux pandémies à venir. La mise en œuvre de l'étude s'est appuyée sur des stratégies à plusieurs volets et des partenariats à plusieurs niveaux avec les pays sélectionnés, à l'effet de : (a) dégager les enseignements tirés des actions de riposte à la COVID-19 ; et (b) adopter les documents relatifs aux procédures opérationnelles normalisées (PON) et les outils utilisés par l'OMS et le Centre de contrôle et de prévention des maladies en Afrique (CDC Afrique) pour les ripostes aux épidémies afin d'évaluer les impératifs de capacités.

1.2 Impératifs et objectifs de l'étude

Cette étude examine les défis de capacités rencontrés par les pays africains dans leur riposte à la pandémie de la COVID-19, aborde les défis qui vont se poser pendant la période post-COVID-19 et propose des actions prioritaires de renforcement des capacités visant à mettre en place des systèmes de santé résilients et à soutenir les transformations socio-économiques. La portée de cette étude est principalement centrée sur certains des pays choisis pour la mise en œuvre par l'ACBF et la BID dans les cinq régions d'Afrique (telles que définies par l'Union africaine). Plus précisément, l'étude couvre dix pays³, et fournit des informations et des recommandations concernant les capacités dont les pays ont besoin pour améliorer leur préparation et leur riposte à cette pandémie et à celles à venir.

Les objectifs spécifiques de cette étude sont les suivants :

- (1) Explorer les impacts de la COVID-19 sur les systèmes de santé et les activités socio-économiques telles que la chaîne d'approvisionnement alimentaire, l'éducation, les PME, etc. en Afrique et les implications pour le renforcement des capacités dans les pays africains ;
- (2) Évaluer les priorités de renforcement des capacités humaines et institutionnelles des pays africains (acteurs du secteur public et non étatiques) dans la lutte contre les pandémies sanitaires telles que la COVID-19, tout en gardant à l'esprit les directives pertinentes de l'OMS et en les exploitant ;
- (3) Identifier et documenter les enseignements tirés du renforcement des capacités pour lutter contre les pandémies telles que la COVID-19 en Afrique en s'inspirant des meilleures pratiques identifiées à l'extérieur du continent (Chili, Bolivie, Brésil, Afghanistan, etc.) ; et
- (4) Proposer des recommandations en matière de politiques, ainsi que des actions de renforcement des capacités pour combler les déficits en matière de capacités prioritaires identifiées. Ce faisant, on doit indiquer les rôles qui doivent incomber aux gouvernements et aux acteurs non étatiques, aux communautés économiques régionales, aux organismes continentaux et aux partenaires de développement impliqués dans la lutte contre les pandémies telles que la COVID-19. En outre, l'étude met en évidence le rôle de la coopération Sud-Sud pour combler les déficits en matière de capacités.

³Mauritanie, Égypte, Nigeria, Sénégal, République démocratique du Congo, Tchad, Kenya, Soudan, Botswana, et Mozambique.

1.3 Partenariats pour cette étude

LACBF est l'agence spécialisée de l'Union africaine pour le renforcement des capacités en Afrique. Depuis plus de trois décennies, elle a dirigé et coordonné de fort belle manière des programmes de renforcement des capacités d'une valeur de plus de 700 millions de dollars EU dans 48 pays et huit communautés économiques régionales (CER) en Afrique. Depuis sa création en 1991, l'ACBF a accumulé l'expérience requise qui en fait l'institution incontournable pour l'expertise et les ressources humaines en matière de renforcement des capacités, nécessaires pour faciliter la mise en œuvre en temps opportun des programmes de développement continentiels et nationaux⁴. La Fondation met l'accent sur la nécessité de renforcer les capacités du secteur public central afin que ce dernier : mette en œuvre des politiques ; exécute les programmes de manière efficace, transparente et responsable ; et habilite les acteurs non étatiques à plaider pour que les institutions du service public aient l'obligation des résultats et réagissent de manière prompte pour y parvenir.

La BID est une banque multilatérale de développement qui œuvre pour améliorer la vie des personnes qu'elle sert. Elle le fait en promouvant le développement social et économique dans 26 pays membres et communautés musulmanes du monde entier, en produisant un impact à grande échelle. La BID permet aux pays membres de développer leurs économies et leurs sociétés, afin qu'ils puissent relever les défis et les opportunités de notre monde moderne en se concentrant sur la science, la technologie et des solutions fondées sur l'innovation. Ce faisant, ces pays relèvent les plus grands défis de développement du monde, grâce à une connectivité et un financement accrus, et à une concentration sur les objectifs de développement durable des Nations Unies.

Cette étude a été conçue dans le cadre d'une grande collaboration, impliquant des partenariats à divers niveaux avec les dix pays sélectionnés dans les cinq régions d'Afrique. Elle a été menée avec des gouvernements nationaux, des partenaires de la société civile et d'autres acteurs clés dans le secteur de la santé et le domaine socio-économique. Ces parties prenantes ont été impliquées dans l'élaboration de l'étude, en particulier dans la collecte des données spécifiques à chaque pays.

⁴<https://www.acbf-pact.org/media/video/how-africa-can-build-capacity-against-covid-19-shocks> (visité le 27 novembre 2020)

2.1 Approche et questions de recherche

L'étude est basée sur un examen approfondi de la littérature/recherche documentaire pour collecter des données secondaires et des enquêtes en ligne pour collecter des données primaires ciblées sur un échantillon de pays africains dans les cinq régions géographiques (telles que définies par l'Union africaine). Les questions spécifiques à explorer au cours de l'étude s'inscrivent dans le sens des deux dimensions et des quatre ensembles de capacités tels que définis par l'ACBF (ACBF et CUA, 2016).

La dimension du capital humain comprend :

- (1) Les compétences techniques essentielles requises pour faire face aux futures pandémies dans les secteurs public et privé ainsi que pour les acteurs non étatiques ; et
- (2) Le leadership transformateur nécessaire pour changer les mentalités et pour construire une coalition de champions et d'agents du changement.

La dimension institutionnelle se concentre sur :

- (1) Les capacités opérationnelles de renforcer les institutions, les politiques et les systèmes aux niveaux national, régional et continental ; et
- (2) Les capacités composites pour renforcer la planification stratégique, la planification de projets, la communication, la coordination et le développement de partenariats.

Les principales questions explorées qui sont liées aux objectifs de l'étude sont présentées dans l'encadré 1.

Encadré 1 : Questions clés de l'étude

En ce qui concerne les compétences critiques/techniques, certaines des questions à explorer dans l'étude comprennent :

- Quelles compétences techniques/spécialisées essentielles sont actuellement disponibles pour répondre aux défis sanitaires et socio-économiques liés à la lutte contre les pandémies dans les pays africains ?
- Quelles compétences techniques/spécialisées essentielles sont nécessaires dans les pays africains en vue de répondre efficacement aux crises sanitaires et socio-économiques émergentes afin de lutter contre les pandémies en utilisant des comparateurs/références de pays ayant les meilleures pratiques ?
- Quelles sont les déficits en matière de compétences techniques/spécialisées essentielles dans les pays africains pour répondre aux crises sanitaires et socio-économiques émergentes pour lutter efficacement contre les pandémies ?

Dans le domaine du leadership transformateur, les questions à explorer comprennent :

- Les pays africains ont-ils mis en place des structures de leadership au plus haut niveau du gouvernement pour lutter contre les pandémies ?
- Les pays africains ont-ils des spécialistes dédiés (par exemple, des planificateurs de scénarios, des spécialistes des urgences sanitaires, etc.) pour soutenir le leadership au plus haut niveau du gouvernement pour lutter contre les pandémies ?
- Quelle capacité de leadership transformateur est nécessaire pour lutter efficacement contre les pandémies ?
- Les chefs de communautés/traditionnels ont-ils la capacité de soutenir la lutte contre les pandémies ?
- Les chefs d'entreprise contribuent-ils efficacement à la lutte contre les pandémies ?

En ce qui concerne les capacités opérationnelles, certaines des questions à explorer dans cette étude comprennent :

- Quelles institutions/structures institutionnelles existent pour lutter contre les pandémies ? Où sont les déficits ?
- Quels mécanismes de coordination institutionnelle existent pour garantir une lutte efficace contre les pandémies ? Où sont les déficits ?
- Quelles structures institutionnelles sont nécessaires pour lutter efficacement contre les pandémies ?
- Quels sont les politiques, systèmes et processus en place pour soutenir la lutte contre les pandémies ?
- Les politiques, systèmes et processus existants sont-ils adéquats ? Quels changements sont nécessaires ?

En ce qui concerne les capacités composites, les questions peuvent inclure, sans s'y limiter, les éléments suivants :

- Quelles capacités composites existent pour lutter contre les pandémies ? (Par exemple, planification stratégique, surveillance électronique - systèmes de traçabilité et de suivi, systèmes de test, systèmes de communication, etc.).
- Quelle capacité composite est nécessaire pour lutter efficacement contre les pandémies ?

Source : Compilation des auteurs

2.2 Échantillonnage et sélection des pays cibles

La sélection des pays étudiés a été effectuée selon la méthode des quotas. Un échantillon de quota est un type d'échantillon non probabiliste dans lequel le chercheur sélectionne des unités d'échantillonnage selon une norme fixe. L'implication est que les unités sont sélectionnées dans un échantillon en fonction de caractéristiques pré-spécifiées de sorte que l'échantillon total ait la même distribution des caractéristiques supposées exister dans la population étudiée.

Dans cette étude, plusieurs caractéristiques distinctives du continent ont été prises en compte, notamment la diversité régionale/géographique, la diversité linguistique, la taille du pays (petit ou grand), en plus de l'appartenance institutionnelle des pays à l'ACBF et à la BID. Concernant le dernier critère, l'étude a cherché à trouver un équilibre entre les pays membres qui sont communs aux deux institutions (à savoir, l'ACBF et la BID).

Sur la base de ces caractéristiques, deux pays ont été sélectionnés dans chacune des cinq régions de l'Union africaine (Afrique du Nord, Afrique de l'Ouest, Afrique centrale, Afrique de l'Est et Afrique australe) pour une représentation totale de dix pays, dont francophones, anglophones et arabophones, et les pays lusophones. En outre, l'échantillon comprend un mélange de grands et de petits pays, car des pays comme le Nigeria, l'Égypte, le Soudan et la République démocratique du Congo sont relativement grands, tandis que d'autres comme le Botswana, le Mozambique, le Tchad et le Sénégal sont relativement petits. Le tableau 1 présente les pays sélectionnés pour l'étude.

Tableau 1 : Échantillon des pays étudiés

Région	Pays cibles sélectionnés
Afrique du Nord	1. Mauritanie 2. Égypte
Afrique de l'Ouest	1. Nigeria 2. Sénégal
Afrique centrale	1. République démocratique du Congo 2. Tchad
Afrique de l'Est	1. Kenya 2. Soudan
Afrique australe	1. Botswana 2. Mozambique

Source : Sur la base des pays opérationnels de l'ACBF / BID en Afrique.

2.3 Méthodes de collecte et d'analyse des données

2.3.1 Pré-planification

Plusieurs activités ont permis l'élaboration d'une prévision initiale du temps/des tâches pour couvrir les questions d'évaluation (Annexe B : Instruments d'enquête - à savoir, composantes sanitaires et socio-économiques), y compris l'examen de la liste de la documentation initiale fournie par l'équipe de l'ACBF, les commentaires de la BID, le questionnaire initial et les commentaires lors de la réunion de lancement avec les membres de l'équipe de l'ACBF, recherche documentaire et revue de la littérature.

2.3.2 Collecte des données

Les données primaires ont été obtenues en consultant divers experts nationaux, enquêtés principalement à l'aide de la plate-forme en ligne et de l'outil de collecte de données, SurveyMonkey, ainsi qu'en envoyant directement l'instrument de collecte aux personnes-ressources⁵. L'accent a été mis sur le personnel qui est directement responsable (ou devrait être) de l'incorporation des ripostes COVID-19 dans leurs sphères respectives de programmation dans les contextes national et infranational, y compris la mise en œuvre et le suivi. Cette portée prend en compte et s'appuie sur le cadre de renforcement des capacités de l'ACBF.

Outre les données primaires, des données secondaires ont été collectées principalement auprès de sources réputées telles que la Commission de l'Union africaine (CUA), la Banque africaine de développement (BAD), les Nations Unies (ONU) et les portails de données de la Banque mondiale. Des informations supplémentaires ont également été obtenues à partir de la littérature publiée et de l'examen des rapports techniques pertinents, y compris des nouvelles sources d'information.

2.3.3 Analyse des données

Les données et informations recueillies à partir de l'enquête et des sources secondaires ont été analysées selon les méthodes d'analyse internationales normalisées relatives à chaque composante de l'étude. Des méthodes d'analyse des données quantitatives et qualitatives ont été utilisées. En ce qui concerne l'analyse quantitative, dans la mesure du possible, la visualisation des données a été utilisée pour extraire des informations utiles sur la signification potentielle des données présentées pour les pays à mesure qu'ils préparent des ripostes à la pandémie COVID-19. Ce type d'analyse exploratoire et descriptive (AED), mené au moyen de méthodes visuelles et d'analyse de données, est également une tentative d'établir des relations et des connexions potentielles entre diverses variables.

⁵Les instruments d'enquête se trouvent en annexe de ce rapport.

La méthode AED n'a pas de pouvoir prédictif et ne peut pas être utilisée pour établir des relations causales. Elle a donc été renforcée par une approche d'analyse de cohorte. Il s'agit d'une méthode analytique qui permet à chaque sujet (dans ce cas, chaque pays) d'être analysé comme une unité au sein d'un groupe lié au lieu d'examiner le pays comme une unité isolée. En utilisant cette méthodologie analytique, il est possible d'avoir un aperçu de l'impact de la pandémie sur, par exemple, un pays spécifique, tout en acquérant également une compréhension d'un groupe cible plus large, comme les groupements régionaux. Par conséquent, l'analyse examinera dans de nombreux cas les pays au sein de leurs groupements régionaux/géographiques, tels que l'Afrique du Nord, l'Afrique de l'Ouest, l'Afrique de l'Est, l'Afrique centrale et l'Afrique australe, permettant à l'analyse de prendre connaissance et de tirer parti des traits communs qui peuvent caractériser chaque cohorte.

Les méthodes décrites ci-dessus ont permis l'application de l'analyse prédictive à l'étude. Plus précisément, sur la base des modèles et des tendances des données, établis, par exemple, au moyen d'indicateurs de vulnérabilité sanitaire, économique et sociale présents dans les pays avant la pandémie, l'étude peut développer des projections éclairées sur la façon dont les choses pourraient se dérouler en ce qui concerne les pandémies futures si aucune mesure corrective n'est prise aujourd'hui. Avec cette compréhension, les pays sont mieux placés pour prendre des mesures préventives et adopter dès maintenant des politiques susceptibles de réduire leur vulnérabilité et de renforcer leur résilience face à de futures pandémies.

Les méthodes décrites ci-dessus ont permis l'application de l'analyse prédictive à l'étude. Plus précisément, sur la base des modèles et des tendances des données, établis, par exemple, au moyen d'indicateurs de vulnérabilité sanitaire, économique et sociale présents dans les pays avant la pandémie, l'étude peut développer des projections éclairées sur la façon dont les choses pourraient se dérouler en ce qui concerne les pandémies futures si aucune mesure corrective n'est prise aujourd'hui. Avec cette compréhension, les pays sont mieux placés pour prendre des mesures préventives et adopter dès maintenant des politiques susceptibles de réduire leur vulnérabilité et de renforcer leur résilience face à de futures pandémies.

En ce qui concerne l'analyse qualitative, l'expérience et la connaissance des experts du continent africain, ainsi que les vastes réseaux institutionnels mis à disposition par l'ACBF et la BID, ont souvent constitué une force motrice dans l'analyse et la compréhension des données.

L'étude se révélera utile aux décideurs. Sur la base des principales conclusions, des stratégies réactives et pratiques ont été développées et recommandées pour examen par les pays alors qu'ils combattent la COVID-19, planifient la reconstruction et le relèvement post-COVID-19 et accélèrent la préparation à d'éventuelles futures pandémies.

2.3.4 Limites de l'étude

La principale limite qui peut être identifiée dans la conduite de cette étude concerne l'incapacité de l'équipe à administrer des parties importantes de l'enquête en personne en raison des risques associés à la COVID-19 et des restrictions de voyage continues et des protocoles de sécurité sanitaire en place sur tout le continent. Par exemple, les entretiens avec les groupes de discussion sont mieux tenus en personne. De plus, certains informateurs clés tels que les ministres et les hauts fonctionnaires peuvent manquer de temps pour répondre à un sondage, mais peuvent avoir été capables et désireux de prendre du temps pour une entrevue en personne. L'équipe n'a donc pas d'autre choix que de s'appuyer entièrement sur des approches d'enquête en ligne, l'envoi direct de questionnaires par courrier électronique, des entretiens en ligne et des recherches documentaires pour sa collecte de données.

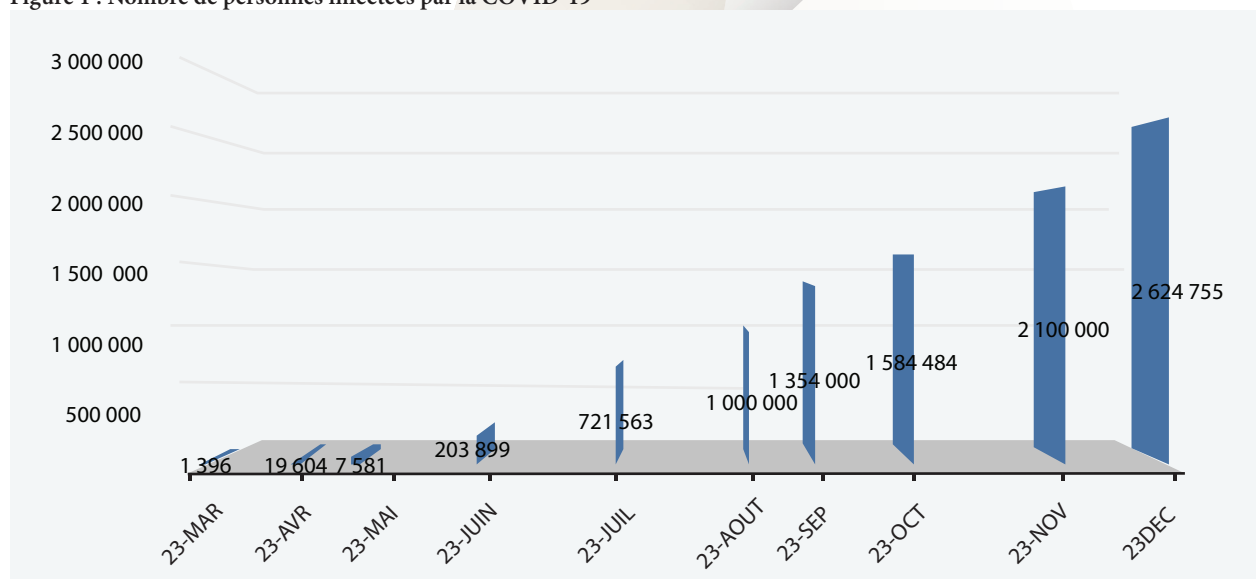
Cependant, l'enquête en ligne a été grandement affectée par les problèmes de connectivité Internet, les coûts des données Internet, l'absence de réponse de bon nombre de ceux qui ont rempli le questionnaire et un manque d'orientation physique de la personne interrogée par opposition à l'administration directe du questionnaire. En conséquence, on s'attendait à ce que cela ait pu affecter le taux de réponse à l'enquête. L'équipe a néanmoins utilisé ses propres expériences et connaissances du continent africain, ainsi que la vaste base de connaissances accumulées par l'ACBF et la BID sur les besoins en capacités en Afrique, pour atténuer certains des effets négatifs de la pandémie de coronavirus sur la conduite de l'étude.

Chapitre III – Impacts sanitaires et socio-économiques de la COVID-19 et ripostes des gouvernements en Afrique

3.1 Tendances générales des données sur la COVID-19 pour le continent africain

Depuis son premier cas de COVID-19 confirmé en février 2020, l'Afrique a connu une augmentation généralisée des taux d'infection et de mortalité causés par la maladie. La figure 1 montre une croissance exponentielle du total des cas de COVID-19 en Afrique d'un nombre total d'infections « bas » de 1 396 le 23 mars 2020 au nombre considérablement élevé d'infections de 2 624 755 le 26 décembre 2020 (voir figure 1). Comme indiqué plus haut dans le rapport, il est important de souligner ici que le nombre d'infections à la COVID-19 en Afrique augmente chaque jour, ce qui a poussé CDC Afrique à déclarer l'émergence d'une seconde vague de la pandémie, et les gouvernements des pays les plus affectés à prendre de nouvelles mesures restrictives.

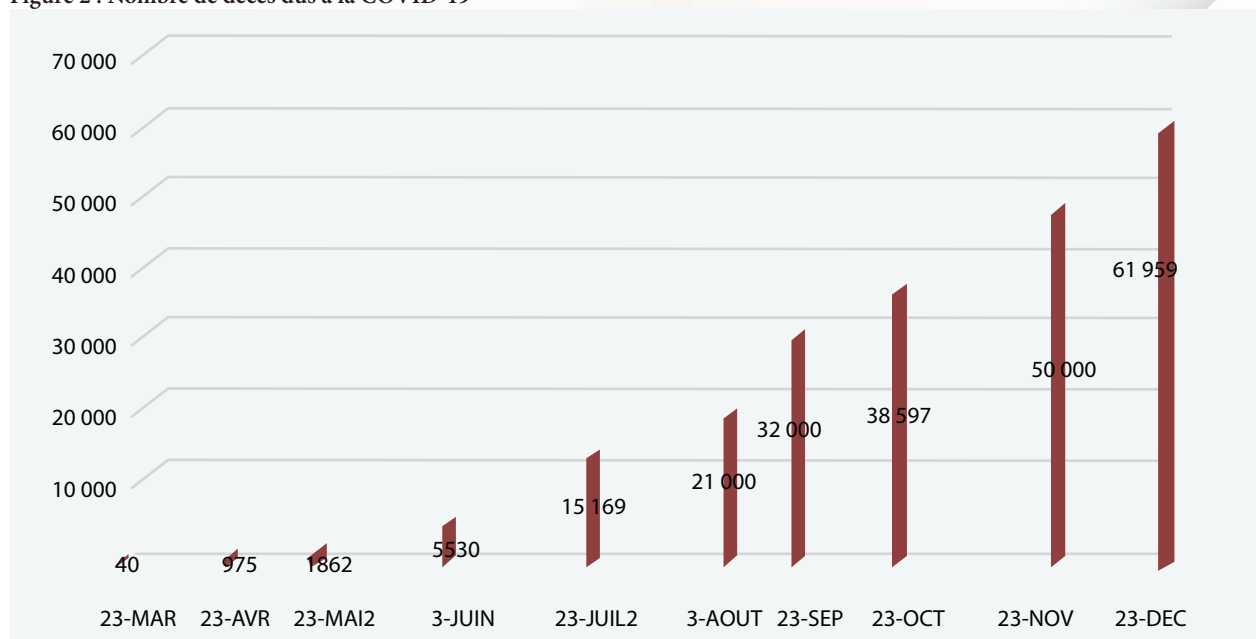
Figure 1 : Nombre de personnes infectées par la COVID-19



Source : Les auteurs, compilé d'après les données de CDC Afrique et de l'OMS (du 23 mars au 23 décembre 2020)

De la même façon, les morts dues à la COVID-19 ont connu une croissance exponentielle depuis le début de la pandémie dans le continent (voir figure 2). Le 23 mars 2020 par exemple, le nombre total des décès dus à la COVID-19 en Afrique était de 40 ; mais juste quelques mois plus tard, le 28 janvier 2021, le nombre total de décès dus au coronavirus sur le continent avait cru à 88 993, selon CDC Afrique, et ce nombre continue de croître chaque jour (ACDC, 2020).

Figure 2 : Nombre de décès dus à la COVID-19



Sources : Les auteurs, compilé d'après les données de CDC Afrique et de l'OMS (du 23 mars 2020 au 23 décembre 2020)

3.2 Tendances des cas d'infection à la COVID-19 dans un échantillon de pays africains

Le tableau 2 montre les cas d'infection et de décès liés à la COVID-19 dans un échantillon de 10 pays africains sélectionnés pour une analyse approfondie dans cette étude. Le tableau montre quelques-unes des différences régionales dans les taux d'infection au coronavirus en Afrique. Dans l'échantillon de l'étude, le plus grand nombre de cas d'infections et de décès dus à la COVID-19 a été noté en Égypte⁶, suivi du Nigeria, du Kenya, du Sénégal et du Soudan. Le Tchad enregistrait le plus petit nombre d'infections et de décès dans cet échantillon.

Selon les résultats présentés dans le tableau 2, le Soudan n'avait enregistré aucun cas actif ni décès des suites de COVID-19 pendant les dernières 24 heures au 4 janvier 2021. Cependant, l'Égypte a enregistré le plus grand nombre de cas actifs (1 309) et de décès cumulés (10 353) pendant les dernières 24 heures au 4 janvier 2021. Le nombre de cas actifs des autres pays se présente comme suit : Botswana (780) ; Mauritanie (722) ; République démocratique du Congo (474) ; Mozambique (326) ; Nigeria (1 653) ; Sénégal (371) ; et Kenya (220). Pendant ce temps, le Tchad et la République démocratique du Congo n'avaient enregistré aucun décès dû à la COVID-19 dans les dernières 24 heures au 4 janvier 2021. Pendant la même période, la Mauritanie a enregistré 434 décès cumulés, le Kenya 1 817, le Nigeria 1.831, la Mozambique 587, et le Botswana 254.

Tableau 2 : Tendance des cas d'infection à la COVID-19 dans un échantillon de dix pays en Afrique

Pays	Nombre total de cas confirmés	Cas actifs confirmés	Guérison	Cas actifs dans les dernières 24 heures	Décès confirmés
Région de l'Afrique du Nord					
Égypte	178 151	1 309	131 211	608	10 353
Mauritanie	17 083	722	7 011	12	434
Région Afrique de l'Ouest					
Nigeria	151 553	1 653	48 836	645	1 831
Sénégal	32,630	371	11,718	252	795
Région Afrique Centrale					
Tchad	3 794	56	967	18	133
République Démocratique du Congo	25 079	474	16 135	116	700
Région Afrique de l'Est					
Kenya	103 993	220	24 147	152	1,817
Soudan	30 128	00	6 760	00	1,864
Région Afrique Australe					
Botswana	26 524	780	624	00	254
Mozambique	54 968	326	4 064	764	587

Source : OMS (2020)

3.2.1 Pourcentage de décès par rapport aux cas confirmés dans un échantillon de pays

Le Soudan, le Tchad et l'Égypte ont le plus grand pourcentage de décès par rapport aux cas confirmés, allant de 3,5 % à 6,19% (voir tableau 3). Ceci signifie que la probabilité pour une personne infectée de mourir dans ces trois pays est élevée, très probablement à cause des problèmes de prise en charge, des capacités de test, de la gestion et du contrôle, contrairement au Botswana, au Sénégal, au Nigeria, à la Mozambique et au Kenya qui ont les pourcentages de décès les plus bas par rapport aux cas confirmés, allant de 0,96 % à 1,75% de décès par rapport aux cas confirmés. Ceci est probablement dû aux capacités humaines et techniques relativement fortes en matière de dépistage et de prise en charge des cas, de contrôle des infections et de surveillance.

⁶Pour l'Afrique en général, l'Afrique du Sud enregistre le plus grand nombre de cas d'infection et de décès, puisqu'elle a franchi la barre d'un million de cas d'infection.

Tableau 3 : Nombre de décès par habitant et pourcentage de décès par rapport aux cas confirmés de COVID-19 dans les dix pays de l'échantillon

Pays	Taille de la population	Cas confirmés de COVID-19	Décès	Décès en fonction de la population totale (100.000)	Pourcentage de décès par rapport aux cas confirmés	Indice général SSM	Indice SSM de mesure de la robustesse du secteur sanitaire
Égypte	104 258 327	178 774	10 404	10	5 82	39 9	15,7
Soudan	43 849 000	30 205	1 871	4	6 19	26 2	14 3
Kenya	102 334 000	104 306	1 827	2	1 75	47 1	20 7
Nigeria	206 140 000	152 616	1 862	1	1 22	37 8	19 9
RDC	92 377 993	25 079	700	1	2 79	26 5	11 8
Sénégal	16 744 000	33 099	172	1	0 52	37 9	18 5
Mozambique	31 255 000	56 160	599	2	1 07	28 1	17
Tchad	16 426 000	3 868	135	1	3 49	28 8	6 6
Mauritanie	4 775 119	17 110	435	9	2 54	27 5	17
Botswana	2 351 627	26 524	254	11	0 96	31 1	13 33

Source : Compilé par les auteurs sur la base des données de l'Indice SSM (2020) et de l'OMS (2020)

En plus, il a été établi qu'il existe une corrélation entre les variables du pourcentage en fonction des cas confirmés par l'Index de Sécurité Sanitaire Mondial (SSM) et la mesure de l'Index SSM de la robustesse du secteur sanitaire tel que détaillé dans le Tableau 3.

3.2.2 Nombre de décès par habitant dans l'échantillon de pays

Tel qu'indiqué par le tableau 3, le nombre de décès dus à la COVID-19 par habitant va de 1 à 10 pour 100 000, le Botswana ayant le plus grand nombre de décès par habitant (11), suivi de l'Égypte (10), et de la Mauritanie (9). Ceci signifie que les populations des pays ci-dessus sont plus vulnérables à une infection et un décès dus à la COVID-19. Cependant, des pays comme le Tchad, la République démocratique du Congo, le Nigeria et le Sénégal ont le plus petit taux de décès par habitant, ce qui signifie que pour la plupart des travailleurs, les risques d'infection et de décès liés à la COVID sont relativement plus faibles que ceux des autres pays de l'échantillon.

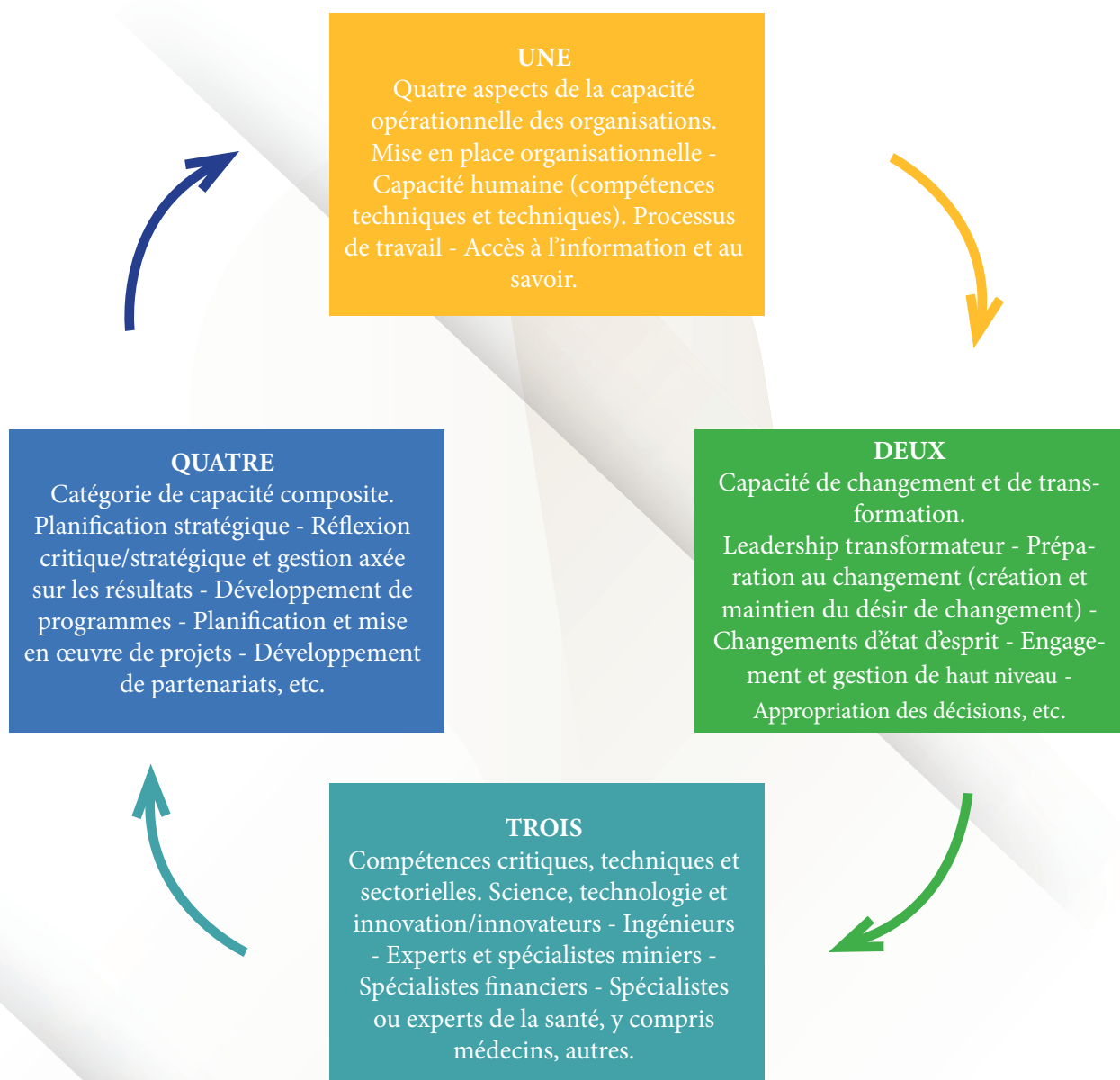
3.2.3 Analyse des corrélations

En utilisant les données du nombre de décès par habitant, l'étude a recherché la corrélation entre les trois variables : le pourcentage des décès par rapport aux cas confirmés de COVID-19 ; l'Indice SSM général des pays mentionnés ; et la mesure de l'Indice SSM de la robustesse du secteur de la santé (voir Annexe 3). L'analyse montre que le pourcentage des décès, des cas confirmés, et l'indice SSM général sont négativement corrélés ; cela indique l'importance d'un bon score de l'indice de santé si les pays doivent enregistrer des taux de mortalité plus faibles.

Compte tenu des disparités entre les dix pays de l'échantillon en matière d'indice SSM, de l'indice des capacités de base du Règlement Sanitaire International (RSI) et du nombre de décès par rapport aux cas confirmés, les pays africains doivent permanemment scruter leurs données épidémiologiques en fonction de différents indices, s'assurer de leur cohérence et renforcer leurs capacités s spécifiques en matière de santé et de compétences techniques vitales.

Le renforcement des capacités du secteur de la santé et les compétences techniques vitales sont nécessaires à un contrôle réussi d'une pandémie, au développement socio-économique, et à l'atteinte de l'ODD 3 sur la santé. Par conséquent, le Cadre Conceptuel pour le Renforcement des Capacités de l'ACBF dans l'Encadré 2 peut être efficacement utilisé pour évaluer, renforcer et pérenniser les capacités à l'ère de la COVID-19 en Afrique.

Encadre 2 : Cadre conceptuel des catégories de capacités pour un développement durable en Afrique



Source : ACBF (2019)

Les questionnaires et les réponses aux entretiens des informateurs clés (KI) dans certains pays ont réitéré des faits tirés du Cadre conceptuel sur les impératifs de capacités pour les ODD en Afrique, avec un intérêt particulier pour l'objectif 3 (ACBF, 2019).

3.3 Les ripostes des gouvernements à la pandémie de la COVID-19 en Afrique

3.3.1 La riposte urgente initiale

L'un des points saillants des ripostes des gouvernements africains à la pandémie du coronavirus est que presque tous les pays l'ont rapidement reconnue et déclarée comme une grave urgence sanitaire. En plus, beaucoup de pays n'ont pas attendu l'augmentation du nombre de cas pour faire cette déclaration d'urgence. En mars 2020, la plupart des pays africains, y compris un qui n'avait officiellement aucun cas (Sierra Leone) et plusieurs qui n'avaient qu'un à trois cas, ont déclaré un état d'urgence, une urgence de santé publique, ou un état de catastrophe, à cause de la survenue de la COVID-19. Ces mesures de déclaration rapide d'urgence, avec des programmes de restriction divers, ont peut-être été un facteur déterminant de l'ampleur relativement limitée de la maladie en comparaison avec les autres régions et pays qui ont attendu que le nombre de cas s'accumule avant de prendre ces mesures (voir tableau 3).

Conscients des faiblesses de leur système de santé et se basant sur les expériences antérieures avec les pandémies telles qu'Ebola et la fièvre Lassa, les pays africains n'ont pas attendu que la situation soit hors de contrôle pour réagir de façon contraignante à la menace du coronavirus. En fin de compte, cette réponse rapide a peut-être sauvé des millions de vies par rapport aux prédictions initiales de plusieurs institutions internationales et continentales. Les pays africains feraient mieux de transposer cette capacité de perception du déclenchement d'une maladie au futur quand le continent fera face à d'autres pandémies. Bien que la plupart des pays africains avaient de faibles nombres de cas confirmés de COVID-19 au début de la pandémie, ils ont néanmoins adopté des mesures rapides et contraignantes, telles que la déclaration de l'état d'urgence en accord avec le règlement sanitaire mondial (voir tableau 4).

3.3.2 Les défis rencontrés par les pays africains dans leurs réponses sanitaires initiales à la COVID-19

Capacités de test, de recherche des contacts, et de diagnostic précoce

Bien que les capacités de test se soient considérablement améliorées à travers le continent, au début de la pandémie beaucoup de pays africains faisaient face à une capacité de test et de recherche de contacts très limitée. Par conséquent, il était devenu très difficile pour plusieurs pays de déployer une stratégie efficace contre cette pandémie sans une évaluation exacte du nombre de personnes infectées. Le premier cas de COVID-19 sur le sol africain a été confirmé le 14 février 2020. Pourtant, au 20 juin 2020, 3,4 millions de tests avaient été faits de par l'Afrique, pour un continent de 1,3 milliard d'habitants, ce qui était très inférieur à l'objectif de CDC Afrique qui visait 10 000 tests par million d'habitant. A ce moment-là, seulement 1 700 tests étaient effectués par million d'habitant en Afrique, contre 37 000 par million d'habitant en Italie et 30 000 par million d'habitant au Royaume Uni⁷. Les capacités de test variaient d'un pays à un autre. Malgré le fait que les pays africains avaient de faibles nombres de cas confirmés de COVID-19, ils ont cependant adopté des mesures rapides et efficaces telles que la déclaration de l'état d'urgence en accord avec le règlement sanitaire mondial (voir tableau 4).

⁷<https://news.yahoo.com/south-africas-hotspot-limits-most-135642307.html> (consulté le 21 octobre 2020)

Tableau 4 : Pays africains : déclarations d'état d'urgence en réaction à la COVID-19

Pays	Type de déclaration d'urgence	Date d'annonce	Nombre de cas confirmés
Angola	État d'urgence	25-mars-20	2
Botswana	Urgence de Santé Publique [*le 10 April (13 cas confirmés) Le Président a déclaré l'État d'urgence nationale	31-mars-20	13
Burkina Faso	État d'alerte de santé publique	26-mars-20	114
Cabo Verde	État d'urgence	28-mars-20	5
Côte d'Ivoire	État d'urgence	23-mars-20	25
Tchad	État d'urgence	19-mars-20	1
République démocratique du Congo	État d'urgence	24-mars-20	26
Égypte	État d'urgence (prolongation)	19-avr-20	3,032
Guinée équatoriale	État d'urgence	22-mars-20	6
Eswatini	État de catastrophe	27-mars-20	6
Éthiopie	État d'urgence	08-avr-20	82
Gabon	État d'urgence	10-avr-20	57
Gambie	État d'urgence	21-mars-20	1
Guinée	État d'urgence	27-mars-20	5
Guinée-Bissau	État d'urgence	27-mars-20	2
Kenya	État d'urgence	13-mars-20	1
Lesotho	État d'urgence	18-mars-20	0
Liberia	Urgence de santé publique [*le 8 April (14 cas confirmés) Le Président a déclaré l'État d'urgence nationale	21-mars-20	3
Madagascar	Urgence de santé publique	21-mars-20	3
Mauritanie	Urgence de santé publique	14-mars-20	1
Malawi	État de catastrophe	20-mars-20	0
Maroc	Urgence de santé publique	23-mars-20	115
Mozambique	État d'urgence	27-mars-20	7
Nigeria	État d'urgence	27-mars-20	1
Namibie	État d'urgence	18-mars-20	2
Niger	État d'urgence	27-mars-20	10
République démocratique du Congo	Urgence de santé publique	28-mars-20	19
Sénégal	État d'urgence	24-mars-20	79
Sierra Leone	État d'urgence	25-mars-20	0
Afrique du Sud	État de catastrophe	15-mars-20	24
Soudan	État d'urgence	16-mars-20	1
Togo	Urgence de santé publique	01-avr-20	34
Zimbabwe	État de catastrophe	23-mars-20	2

Source : Milken Institute (2021).

Parmi les principaux défis auxquels les pays africains font face pendant la pandémie de COVID-19, on peut noter des systèmes de santé fragiles et poussés à l'extrême, couplés aux ressources de santé inadéquates et les nombres insuffisants d'infirmiers, de sages-femmes, de médecins, de lits d'hôpital, de lits dans les urgences, et de respirateurs artificiels. En plus, la plupart des pays africains dépendent énormément d'autres nations pour les produits pharmaceutiques, 94 % du stock de produits pharmaceutiques étant importés. Pire encore, la majorité des systèmes de santé africains manquent d'infrastructures de santé vitales, ce qui a eu un impact négatif sur la préparation du continent pour la pandémie de la COVID-19. Par exemple, seuls l'Égypte, le Soudan du Sud et le Cameroun avaient de meilleures infrastructures de santé en comparaison avec celles des autres pays africains (Mishra, 2020). En plus, les capacités de test sont limitées et le taux de test du continent est le plus bas au monde. CDC Afrique prévoit que l'Afrique a besoin de 15 millions de kits de test.

Des tests non analysés parce que la majorité des laboratoires en Afrique sont en sous-effectif ont provoqué des goulots d'étranglement dans l'analyse des prélèvements. Par conséquent, le nombre de tests reçus excédait la capacité des laboratoires de donner les résultats rapidement, et le temps d'attente était d'environ deux semaines. Ce délai a provoqué la possibilité que les cas actuels de COVID-19 puissent être inférieurs au nombre réel des infections (Mishra, 2020). Les défis des systèmes de santé étaient aussi dus au fait que la majorité des pays africains ne fabriquent pas les outils de diagnostic localement. En plus, les pays africains ne produisent pas les vaccins, d'où des diagnostics clairsemés et une grande dépendance aux importations, ce qui rend le système de santé africain extrêmement vulnérable.

L'insuffisance des laboratoires de test au début de la pandémie était endémique. Le continent africain n'avait que deux laboratoires de test – l'Institut Pasteur (Sénégal) et l'Institut National des Maladies Infectieuses (Afrique du Sud) – et ils étaient utilisés prioritairement pour la formation et le test pour les pays non africains. Les pays africains ont donc le plus faible taux de test pour 1 000 habitants. En général, les pays africains avaient fait 13 millions de tests de COVID-19 pour un ratio de test par rapport aux cas rapportés de 9,7 % et un taux de positivité de 10,3 % (Mishra, 2020).

Par exemple, au 22 février 2021, le Kenya avait fait 1 269 346 tests – le nombre le plus élevé du continent – suivi du Botswana avec 778 246 tests, du Sénégal avec 375 425 tests, de l'Égypte avec 25 000 tests, et du Tchad avec 3 743 tests. Néanmoins, avec une population de presque 200 millions, le Nigeria n'avait fait que 50 000 tests au 30 avril 2020 (voir tableau 5).

Tableau 5 : Capacités de test/ tests de COVID-19 effectués dans l'échantillon de dix pays

Pays	Nombre de tests effectués	Date
Botswana	778 246	22 février 2021
Tchad	3 743	29 septembre 2020
République démocratique du Congo	10 937	28 septembre 2020
Égypte	25 000	10 Avril 2020
Kenya	1 269 346	22 février 2021
Mauritanie	165 635	24 janvier 2021
Mozambique	406 550	22 février 2021
Nigeria	50 000	30 avril 2020
Sénégal	375 452	22 février 2021
Soudan	300 958	31 janvier 2021

Sources : Compilé par les auteurs sur la base des données de Alhas (2020) ; Pathologists Overseas (2020) ; OMS (2021) ; et Worldometers (2021)

La capacité de test est importante et pertinente pour les futures pandémies parce que l'une des caractéristiques d'un contrôle de maladie efficace reste le dépistage précoce. Trois mois après le déclenchement de la COVID-19, CDC Afrique estimait que le continent aurait besoin de faire 15 millions de tests pour renforcer ses capacités à estimer efficacement le nombre de cas d'infections dans le continent. Ceci pourrait servir de repère pour les capacités de diagnostic précoce quand le continent fera face aux futures pandémies.

Le personnel de santé responsable de l'administration des tests de coronavirus a aussi besoin d'être correctement équipé de bons moyens de protection – appelés équipement de protection individuelle (EPI) – nécessaires pour qu'ils travaillent en toute sûreté et ne tombent pas malades eux-mêmes. Les EPI incluent les blouses cliniques, les masques chirurgicaux ou les respirateurs, les gants, les lunettes masques, et d'autres équipements nécessaires à la protection du personnel médical lorsqu'ils interagissent avec des patients potentiellement infectés. En avril 2020, trois mois après la détection du coronavirus en Afrique, une enquête de l'OMS dans 34 pays africains a révélé que seulement la moitié des pays de l'échantillon avaient des EPI disponibles et accessibles au personnel de santé (Modern Ghana, 2020).

La recherche des contacts est aussi un aspect important de la capacité des pays à détecter et arrêter la propagation de l'infection. Les épidémiologistes utilisent R_0 pour traduire le nombre de personnes qu'un porteur de virus peut infecter dans une population. Si $R_0=1$, alors le virus est en train de se propager à un taux stable et ne provoquera pas une flambée ; mais si $R_0>1$, on dit que le virus se propage de façon exponentielle dans la population. Le but dans l'arrêt de la propagation d'un virus est de réduire R_0 à moins de 1, ce qui signifie que le virus finira par disparaître. C'est ici que la recherche des contacts devient cruciale. En effet, rechercher rapidement et isoler tous ceux avec qui une personne infectée pourrait avoir été en contact est fondamental pour stopper et éventuellement tuer un virus. Au début de la pandémie, les capacités de recherche de contacts étaient très limitées dans beaucoup de pays africains et ont peut-être contribué à la propagation de la maladie observée dans plusieurs pays.

Traitement et soins intensifs

La prise en charge des patients en pleine pandémie était un autre défi critique de capacité sanitaire auquel les pays africains devaient rapidement faire face au moment où la pandémie s'intensifiait dans le continent. La prise en charge

des patients consiste à la fois au traitement et aux conditions dans lesquelles ce traitement est fourni. Un aspect important de la manifestation de la COVID-19 est la démonstration par le patient de difficultés respiratoires aiguës ; les respirateurs et les lits aux soins intensifs sont donc rapidement devenus des outils de soins vitaux pour les patients souffrant de la maladie. En avril 2020, par exemple, le Kenya n'avait que 200 lits de soins intensifs pour toute sa population de 50 millions. Les soins de santé de haut niveau manquaient dans presque tous les pays ; du Mali au Liberia, les pays avaient peu de respirateurs, et leur capacité à offrir de bons soins était réduite par le fait que les structures sanitaires étaient surpeuplées, peu fournies en personnel dans les zones rurales et desservies par de mauvaises routes et un système de transport non fiable (El-Sadr et Justman, 2020). D'autres systèmes de soutien aux soins de santé tels que les unités de soins ambulatoires et les systèmes de référence sont d'une importance critique et manquent dans les pays africains.

Cependant, étant donné la sévérité de la pandémie du coronavirus, l'insuffisance des médicaments de soins intensifs a presque provoqué une situation catastrophique dans beaucoup de pays parmi les plus touchés tels que l'Afrique du Sud, l'Égypte, et le Nigeria alors que le virus continuait de se propager de façon constante partout dans le continent. En effet, au début de la pandémie, l'OMS estimait qu'il n'y avait que cinq lits de soins intensifs pour un million d'habitants en Afrique. Alors que le Kenya pouvait se targuer d'avoir 500 lits de soins intensifs selon le Journal Standard, et le Nigeria 120 lits de soins intensifs selon le cabinet de consulting McKinsey, beaucoup de pays africains n'avaient aucun lit de soins intensifs du tout. En effet, une enquête menée par l'OMS a révélé que plusieurs pays, dont l'Angola, le Burkina Faso, le Burundi, la République centrafricaine, la Côte d'Ivoire, la Guinée Bissau, le Lesotho, le Malawi, le Mali, la Mozambique, le Niger, la République du Congo, São Tomé-et-Príncipe, les Seychelles, le Soudan du Sud et le Zimbabwe n'avaient aucun lit de soins intensifs disponible pour soigner la COVID-19 quand la pandémie a commencé (Modern Ghana, 2020).

En ce qui concerne les respirateurs, en général, l'OMS estimait qu'il n'y en avait que 2 000 en état de fonctionnement dans 41 pays africains, pour une population de 1,3 milliard dans le continent. Plus inquiétant encore, selon le Comité International de Secours (IRC, 2020), au 19 avril 2020, le nombre de respirateurs disponibles dans les pays africains sélectionnés était comme suit : République centrafricaine (3) ; Soudan du Sud ; Burkina Faso (11) ; et Sierra Leone (13) (voir tableau 6).

Le traitement des patients de COVID-19 gravement malades a mis au grand jour le déficit mondial en ressources liées à l'oxygène et aux respirateurs. Les respirateurs sont considérés comme des équipements vitaux dont on a besoin pour prendre en charge ces patients, qui représentent 3 % à 5 % des patients souffrant de COVID-19. La plupart des patients ont besoin d'oxygène et de thérapie de soutien. En Afrique, le déficit d'oxygène est encore plus sévère et a besoin d'équipements plus simples à utiliser que les respirateurs. Différentes façons de produire de l'oxygène localement dans les hôpitaux, y compris aux niveaux des provinces et des districts, sont nécessaires. Dans certains pays, les hôpitaux ont mis sur pied de petites unités de production d'oxygène pour leurs besoins et ceux des hôpitaux environnants. Les concentrateurs d'oxygène ont aussi été explorés mais nécessitent une fourniture d'énergie fiable et sont influencés par des facteurs locaux tels que la température ambiante et l'humidité.

Tableau 6 : Nombre de respirateurs disponibles pour lutter contre la COVID-19 dans les dix pays de l'échantillon

Respirateur par pays			
Pays	Fréquence	Pourcentage (%)	Taille de la population
Botswana	70	1,0	2 351 627
Tchad	22	0,3	16 426 000
RDC	60	0,9	92 377 993
Égypte	3000 à 6000	89,5	104 258 327
Kenya	259	3,8	102 334 000
Mauritanie	1	0,0	4 775 119
Mozambique	34	0,5	31 255 000
Nigeria	169	2,5	206 140 000
Sénégal	20	0,3	16 744 000
Soudan	74	1,1	43 849 000
Total	6 728	100,0	

Source : Compilé par les auteurs sur la base de données de Craig, Kalanxhi et Hauck (2020).

La plupart des pays étudiés avaient un nombre insuffisant de respirateurs pour prendre en charge les cas de COVID-19, bien que l'Égypte fût un cas particulier (voir tableau 6). L'Égypte avait près de 3 000 à 6 000 respirateurs pour une population de 104 258 327 habitants. Par ailleurs, la Mauritanie avait un seul respirateur disponible pour prendre en charge tous les cas de COVID-19 du pays pour une population de 4 775 119 habitants. Le Sénégal n'avait que 20 respirateurs pour une population de 16 744 000 ; le Soudan avait 74 respirateurs pour une population de 43 849 000 ; le Mozambique avait 34 respirateurs pour 31 255 000 habitants. En conclusion, même si les pays sélectionnés avaient quelques respirateurs disponibles pour prendre en charge les cas de COVID-19, des manquements persistaient, le ratio respirateur-population étant presque nul. Ceci montre aussi un faible niveau de préparation alors que de nouvelles vagues de COVID-19 apparaissent.

Selon les résultats, le Mozambique faisait partie des pays les plus touchés par la pandémie de la COVID-19. L'un des traitements du COVID-19 consiste à administrer l'oxygène aux patients dans un lit de soins intensifs, alors que le pays n'en a que sept pour une population de 31 225 000 (voir tableau 7). En général, les autres pays indiqués dans le tableau avaient une capacité de prise en charge des cas de COVID-19 insuffisante vu le nombre de lits d'hôpital pour 10 000 habitants. Malgré le fait que l'Égypte et le Kenya avaient un plus grand nombre de lits de soins intensifs par rapport aux autres pays de l'étude, leur ratio population pour 100 000 habitants est extrêmement élevé en comparaison avec les ressources disponibles pour prendre en charge les patients de COVID-19 dans leurs pays.

Tableau 7 : Nombre d'unités de soins intensifs et de lits dans les dix pays de l'échantillon

Pays	Nombre de lits d'hôpital	Nombre de lits de soins intensifs	
	Par pays pour 10 000 habitants	Année des données /estimation	Taille de la population
	2010 -2019	2020	
Botswana	18	150	2 351 627
Tchad	4	60	16 426 000
RDC	8	60	92 377 993
Égypte	14	11,000	104 258 327
Kenya	14	518	102 334 000
Mauritanie	4	10	4 775 119
Mozambique	7	Non disponible	31 255 000
Nigeria	5	169	206 140 000
Sénégal	3	20	16 744 000
Soudan	7	74	43 849 000

Source : Compilé par les auteurs à partir des données du Rapport sur le Développement du PNUD (2020) et de Craig, Kalanxhi et Hauck (2020).

L'état de préparation et la capacité de l'Afrique à offrir des services de soins intensifs aux victimes de la pandémie étaient très limités au début. L'état de préparation pour les futures pandémies doit être éclairé par la fragilité et les faiblesses des systèmes de santé africains tels que révélées par la survenance de la COVID-19.

3.3.3 Aperçu général des réponses fiscales africaines à la COVID-19 par pays

La COVID-19 a mis à nu les défis et les vulnérabilités auxquels le continent fait face, en particulier par rapport aux positions budgétaires des pays. Les pays africains font face à des failles de financement significatives, aux obligations du service de la dette, aux déficits d'échange extérieur et au resserrement du crédit. La pandémie n'a pas seulement affecté la production, le transport et les marchés, mais aussi le commerce et les chaînes d'approvisionnement. En effet, les restrictions commerciales liées à la COVID-19 ont sévèrement perturbé les routes commerciales, y compris le commerce transfrontalier, et les routes utilisées par les micro, petites et moyennes entreprises. Ces restrictions ont eu un impact direct sur les revenus et les moyens de subsistance. En perturbant les chaînes d'approvisionnement, les restrictions commerciales liées à la COVID-19 ont aussi poussé les PME en particulier à faire face à une faible demande en matières premières et en produits intermédiaires; beaucoup de PME dépendant énormément du commerce, elles sont donc obligées de fonctionner au seuil de la pauvreté.

En conséquence, pratiquement tous les pays ont annoncé et mis en place des programmes budgétaires consistant en des mesures de stimulation économiques dont le but était d'apporter allègement et assistance aux personnes et aux entreprises pour surmonter les conséquences économiques de la COVID-19. Les mesures fiscales incluaient souvent les programmes de dépenses directes, l'augmentation des dépenses de santé, le report ou l'exonération de l'impôt sur les sociétés, les transferts d'argent aux citoyens (y compris les allocations chômage), et même l'aide alimentaire. En plus, les mesures fiscales étaient souvent accompagnées de mesures de politique monétaire, qui consistaient en la baisse des taux directeurs pour la plupart des pays.

En outre, beaucoup de pays ont adopté des mesures de réduction du capital de solvabilité et d'appui pour les trésoreries, des cadres de report du remboursement des dettes ou de leur refinancement, ainsi que des mesures de taux de change. Beaucoup de pays ont adopté des mesures de taux de change, et beaucoup de banques centrales ont annoncé des subventions et divers cadres de refinancement des crédits. L'impact général de ces mesures sur les individus et les entreprises reste à évaluer. La façon dont les dépenses annoncées vont être mobilisées vu l'espace fiscal très sévèrement limité dans lequel beaucoup de pays fonctionnaient n'est pas clair, d'autant plus qu'ils faisaient déjà face au remboursement des dettes et au service de la dette pendant la pandémie. Cependant, les mesures fiscales et monétaires qui ont été tentées pourraient, à la fin, s'avérer efficaces à adoucir ce qui aurait pu être des conséquences catastrophiques de la pandémie⁸.

⁸Voir les annexes A1 et A2 pour l'intégralité des mesures fiscales et monétaires adoptées par les pays africains.

Chapitre IV - Disposition et préparation à la riposte aux pandémies et aux épidémies : analyse des capacités du secteur de la santé dans dix pays africains

Le chapitre III a analysé l'impact global de la COVID-19 sur le continent africain, avec un aperçu des ripostes des gouvernements à la pandémie. En revanche, le chapitre IV cherche à cristalliser l'analyse pour les dix pays africains sélectionnés inclus dans l'échantillon de l'étude, en mettant l'accent sur les impacts sur la santé. Le chapitre commence par évaluer l'état de préparation et les capacités en cas de pandémie dans les dix pays sélectionnés. L'évaluation était basée sur l'indice OMS RSI 2005, l'indice SSM et les cibles de l'ODD-3 (indicateurs WHA 2005), etc.

4.1 Analyse du secteur de la santé avant la COVID-19 et préparation à la pandémie dans dix pays africains

Une étude pionnière menée par l'ACBF sur les compétences techniques essentielles requises pour la mise en œuvre du Premier Plan décennal de Mise en œuvre de l'Agenda 2063 montre que l'Afrique manque de capacités dans le secteur de la santé avec un ratio moyen estimé de médecins d'environ 0,307 pour 1 000 habitants (ACBF et CUA, 2016). Le ratio estimé au Brésil de médecins et de spécialistes est de 1,89 pour 1 000 habitants, et le ratio estimé de médecins et de spécialistes au Royaume-Uni est de 2,79 pour 1 000 habitants. Pour une population africaine d'un peu plus d'un milliard (1 166 239 000), le nombre cible de médecins et de spécialistes en Afrique devrait être d'environ 2 915 598 sur la base du nombre internationalement accepté de médecins et de spécialistes pour un pays, qui est de 2,5 pour 1 000. L'Afrique compte actuellement environ 358 035 médecins et spécialistes.

Tableau 8 : Disponibilité des médecins et des infirmières dans les pays étudiés

Pays	Nombre de médecins pour 10 000 habitants	Nombre d'infirmières pour 10 000 habitants	Date
Botswana	5,27	41,15	2016
Tchad	0,43	2,32	2017
RDC	0,74	0,23	2016
Égypte	4,52	19,26	2018
Kenya	1,57	11,66	2018
Mauritanie	1,87	9,25	2018
Mozambique	0,84	6,85	2018
Nigeria	3,81	11,79	2018
Sénégal	0,69	3,13	2017

Source : Compilé par les auteurs à partir des données de l'OMS (2020) et du PNUD (2020).

L'évaluation des capacités de préparation des pays aux pandémies a été réalisée sur la base des scores et des classements de l'indice SSM 2019. Développé par la Nuclear Threat Initiative et le Johns Hopkins Center for Health Security, avec l'Economist's Intelligence Unit, l'indice SSM est la première évaluation complète et référence de la sécurité sanitaire et des capacités connexes dans 195 pays. Il est conçu pour évaluer les capacités techniques, financières, socio-économiques et politiques d'un pays à prévenir, détecter et réagir rapidement aux menaces épidémiques ayant des implications internationales (Global Health Security Index, 2019).

Le tableau 9 montre les scores et les classements de l'indice SSM des dix pays de cette étude. L'indice SSM est déterminé en fonction de six dimensions de capacités : Prévention ; Détection précoce et signalement ; Riposte rapide ; Robustesse du secteur de la santé ; Engagement à améliorer les capacités nationales, le financement et le respect des normes ; et Environnement de risque et vulnérabilité. Le tableau évalue la capacité globale de préparation des pays à partir de 2019, ainsi que la capacité sur les six dimensions. Chaque score est sur 100 points possibles, et 195 pays sont classés. Dans l'échantillon de pays actuel, le Kenya affiche le niveau le plus élevé de préparation globale à une pandémie avec un score de 47,1/100 et un classement de 155/195. Le Soudan affiche le niveau le plus bas de préparation à une pandémie avec un score de 26,2/100 et un classement de 163/195.

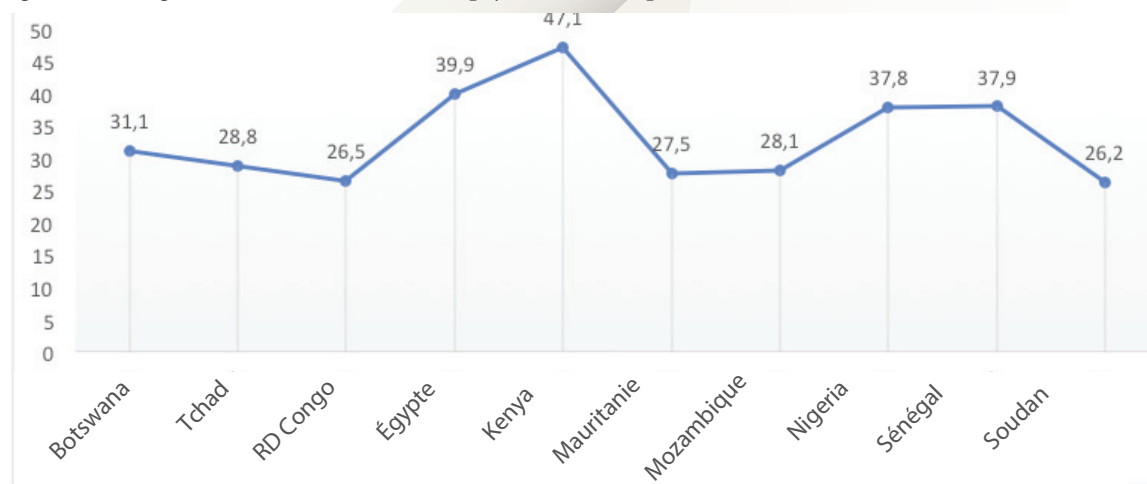
La figure 3, qui montre l'indice global du SSM, présente une image visuelle de la variabilité de la préparation globale à une pandémie des pays de l'échantillon. De même, la robustesse des systèmes de santé des pays est illustrée dans le tableau 9. La figure montre que les pays de l'échantillon affichent des scores très faibles sur la dimension concernant la solidité du système de la santé. Sur ce point, le Kenya affiche le score le plus élevé à 20,7/100 et un classement de 103/195, et le Tchad le score le plus bas à 6,6/100 et un classement de 186/195. Les scores généralement faibles sur la dimension de la robustesse du système de santé affectent grandement la préparation des pays de l'échantillon à la pandémie de la COVID-19. Il s'en suit que si des mesures appropriées ne sont pas mises en place maintenant, les systèmes de santé africains peuvent rapidement être submergés si la pandémie actuelle continue de se propager ou dans le cas où des pandémies surviennent à l'avenir.

Tableau 9. Préparation aux pandémies et aux épidémies dans une sélection de pays africains étudiés à l'aide de l'indice SSM, de l'OMS-RSI et de la préparation à la riposte de l'OMS-ASPAR⁹

Country	Indice SSM global (sur 100)	Classement global (sur 195 pays)	Capacité en matière de prévention	Rang en matière de prévention	Détection et rapports	Rang en matière de détection	Capacité de riposte rapide	Rang en matière de capacité de riposte rapide	Robustesse du secteur de la santé	Rang en matière de robustesse du secteur de la santé	Améliorer les capacités nationales, le financement et les normes	Rang en matière de normes	Risque environnemental et vulnérabilité	Rang en matière de risque
Botswana	31,1	139	22	152	28,2	133	23,9	160	13,3	138	46,3	107	62,4	62
Tchad	28,8	150	23,2	145	36,5	109	34,5	103	6,6	186	46,2	110	23,7	189
RD Congo	26,5	161	24	137	25,1	141	31,3	119	11,8	150	113	45,9	20,1	194
Égypte	39,9	87	36,5	79	41,5	96	45	63	15,7	128	46,4	104	57,5	86
Kenya	47,1	55	45,9	48	68,6	36	37,1	92	20,7	103	67,1	16	40,7	155
Mauritanie	27,5	157	9,9	186	39,5	100	24,2	159	17	120	36,3	157	39,5	156
Mozambique	28,1	153	26,5	122	29,3	130	18,2	188	17	120	43,8	125	38,4	163
Nigeria	37,8	96	26,3	123	44,6	78	43,8	68	19,9	107	56,7	50	33,7	174
Sénégal	37,9	95	25,4	126	35,1	114	45,4	61	18,5	116	57	47	48,2	128
Soudan	26,2	163	31,8	97	7	185	37,3	91	14,3	135	37,6	153	33	178
Moyenne	33,09	125	27,15	122	35,54	112,2	34,07	110	15,48	130,3	55,04	91,5	39,72	149

Source : SSM Index (2020)

Figure 3 : Score global de l'indice SSM dans les pays sélectionnés pour l'étude



Source : SSM Index (2020).

Dans l'ensemble, les scores de l'indice SSM de la figure 3 indiquent que les scores les plus élevés sont pour le Kenya à 47,1 et l'Égypte à 39,9. Le Tchad et le Soudan ont les scores les plus bas à 28,8 et 26,2, respectivement.

Figure 4 : Mesure de la solidité des secteurs de la santé africains dans les pays d'étude sélectionnés



Source : SSM Index (2020).

9Le tableau examine l'état de préparation aux pandémies et aux épidémies dans dix pays africains sélectionnés à l'aide de l'indice SSM, de l'OMS-RSI et de la préparation à la riposte de l'OMS-ASPAR, etc..

L'indice SSM de mesure de la robustesse du secteur de la santé indique que le Kenya et le Nigeria ont les scores les plus élevés à 20,7 et 19,9 respectivement, tandis que le Tchad et la République démocratique du Congo ont les scores les plus bas à 6,6 et 11,8, respectivement. Cela montre la disparité entre les dix pays étudiés par l'indice SSM, l'indice de capacité de base de la réglementation sanitaire internationale (RSI).

Cela nécessite donc un suivi et un contrôle croisés continus des données épidémiologiques et des variables sous chacun des indices par les pays africains afin d'assurer des efforts coordonnés dans la mise en place des systèmes de santé.

4.2 Impacts de la COVID-19 sur la santé dans les dix pays de l'échantillon

La pandémie de la COVID-19 a eu un impact remarquablement négatif sur les soins de santé et les structures socio-économiques des pays du monde entier. En Afrique, par exemple, la pandémie de la COVID-19 a eu un impact significatif sur une gamme d'activités sanitaires et socio-économiques. Selon la Commission de l'Union africaine (CUA, 2020), les domaines touchés comprennent les secteurs de la santé, de l'économie, du social et de la technologie. En outre, de faibles dépenses dans le secteur de la santé ont entraîné un taux de rotation élevé du personnel de santé en raison de faibles rémunérations et de longues heures de travail ont été enregistrées. L'impact de la COVID-19 sur le secteur de la santé dans les dix pays sélectionnés en Afrique est détaillé dans les sections suivantes.

4.3 Capacités institutionnelles pendant la pandémie de la COVID-19 en Afrique

En Afrique, la plupart des pays avaient des capacités de surveillance et de laboratoire insuffisantes pour effectuer des tests en raison d'un soutien financier limité pour acquérir des kits de test et renforcer la capacité de diagnostic nécessaire à la décentralisation des systèmes de test. En conséquence, le nombre de cas de COVID-19 a été gravement sous-signalé et une proportion importante de cas n'est toujours pas détectée. En effet, les systèmes de santé africains ont une capacité insuffisante pour effectuer des tests et un suivi, ce qui a entravé l'identification des cas, la quarantaine et les efforts de recherche des contacts (Dzinamarira, Dzobo et Chitungo, 2020).

En outre, la majorité des systèmes de santé africains dépendent de l'aide des donateurs pour compléter les budgets de la santé publique ; certains ont pu commencer le test COVID-19 après avoir reçu des kits de test de la Fondation Jack Ma. L'accessibilité aux établissements de santé fait encore défaut en Afrique. Par exemple, l'Afrique du Sud a le meilleur système de santé, mais elle compte moins de 1 000 lits en unité de soins intensifs pour une population de 56 millions d'habitants, tandis que le Kenya comptait environ 200 lits en unité de soins intensifs pour une population de 50 millions de personnes (Dzinamarira, Dzobo et Chitungo, 2020).

Outre l'accessibilité, la plupart des pays africains avaient de faibles capacités de fabrication de matériel médical et de faibles capacités de fabrication de médicaments. Par conséquent, plus de 70 % de leurs médicaments totaux sont importés d'Inde, d'Europe et des États-Unis ; Alors que les pays producteurs de médicaments font face à des interdictions d'exportation de médicaments, les pays africains ont été confrontés à des pénuries de médicaments de base et essentiels qui ont entravé les efforts de contrôle du COVID-19 (Dzinamarira, Dzobo et Chitungo, 2020).

4.4 Approches utilisées dans la prestation des services de santé pendant la pandémie COVID-19

Soins de santé communautaires

Dans ce contexte, la formation du personnel de santé communautaire a été organisée pour renforcer leurs capacités et englober une gamme d'agents de santé - non professionnels et professionnels, formels et informels. Ces professionnels de la santé ont fourni un soutien et une supervision pendant les services et les campagnes de sensibilisation communautaire.

Autonomisation des patients

Grâce à l'amélioration des connaissances en matière de santé et à la télémédecine, les patients ont pu prendre en charge par eux-mêmes les maladies chroniques pendant des périodes inhabituelles où ils ne pouvaient pas accéder aux centres médicaux aussi souvent que nécessaire.

Engagement communautaire et communication

L'engagement et la communication systématiques avec les individus et les communautés ont été encouragés pour maintenir la confiance dans la fourniture de services essentiels de haute qualité qui encouragent un comportement approprié de recherche de soins et adhèrent aux conseils de santé publique (Organisation mondiale de la Santé, 2020).

4.5 Région de Afrique du Nord (Mauritanie et Égypte)

4.5.1 Mauritanie

Réactions et mesures initiales

La Mauritanie a signalé 5 564 cas (avec 149 décès et 2 830 guérisons) au 15 juillet 2020. Le gouvernement a pris des mesures de confinement strictes pour limiter la propagation du virus, y compris la suspension de tous les vols commerciaux à destination et en provenance du pays; fermeture de toutes les frontières terrestres à l'exception du transport de marchandises; fermeture d'écoles et d'universités, ainsi que de toutes les entreprises non essentielles, y compris les restaurants et les cafés; suspension des mouvements interrégionaux non essentiels de personnes; à 21 heures dans tout le pays - 6 heures de couvre-feu; et suspension de la prière du vendredi. Les autorités ont intensifié les importations de matériel médical et de médicaments (OMS, 2020). En Mauritanie, la pandémie COVID-19 a eu un impact négatif sur le secteur socio-économique. Par exemple, le taux de pauvreté est passé de 5,5 % en 2019 à 6 % en 2020, poussant environ 42 000 personnes dans l'extrême pauvreté (UNICEF Mauritanie, 2020). Cependant, en raison d'une augmentation du taux de pauvreté, certaines filles se sont retirées de l'école (éducation) pour s'occuper des membres de leur famille à la maison. De plus, les déplacements étant limités en raison de la COVID-19, les services de soins de santé de base tels que la vaccination et le traitement des enfants deviennent impossibles dans la plupart des localités.

Réouverture de l'économie

Le 7 mai 2020, le gouvernement a pris les mesures suivantes pour relâcher l'endiguement et relancer l'économie : (i) Ouverture de la plupart des commerces, mais les restaurants ne fonctionneront que pour les repas à emporter ; (ii) Assouplissement du couvre-feu qui aura désormais lieu à partir de 23 heures. - 6h00 au lieu de 21h00 - 6 heures du matin ; (iii) Autorisation de la prière collective du vendredi, mais avec des directives claires sur la distanciation sociale, le port de masques et le lavage des mains. Cependant, suite à la flambée des nouvelles infections, la prière collective du vendredi a été de nouveau suspendue du 14 mai 2020 au 24 juin 2020. À compter du 10 septembre 2020, toutes les restrictions restantes ont été supprimées.

Le couvre-feu a été complètement levé dans tout le pays ; les restaurants et cafés ont été rouverts ; les mouvements interrégionaux de personnes et les vols intérieurs ont également repris. Cependant, suite à l'augmentation progressive des nouveaux cas de COVID-19 depuis début novembre, le ministre de la Santé a publié le 18 novembre 2020 un communiqué alertant la population sur une éventuelle deuxième vague en cours, et recommandant vivement le port de masques dans tous les espaces publics également, de même que la distanciation sociale.

Pour contenir la résurgence du virus, le 2 décembre 2020, le gouvernement a ordonné (i) la fermeture de toutes les écoles et universités pendant deux semaines, à compter du 4 décembre 2020 ; (ii) une présence minimale stricte de fonctionnaires dans les bureaux ; et (iii) la suspension des cérémonies publiques. En conséquence, le nombre de nouveaux cas d'infections et de décès est en baisse depuis la mi-décembre et certaines des mesures de restriction sont levées (IMF, 2020).

4.5.2 Égypte

Retard dans la prestation des services de soins de santé.

En Égypte, de nombreuses réunions multidisciplinaires sur la santé et d'autres activités importantes ont été réduites ou suspendues. Par exemple, en raison de la rareté des lits de soins intensifs, les patients atteints de cancer qui auraient pu avoir besoin de traitements non invasifs, tels que la radiothérapie et la chimiothérapie, ont été confrontés à des retards dus à la pandémie COVID-19 (den Bakker, Anema, Huirne, Twisk, Bonjer, Schaafsma, 2020). En effet, la plupart des systèmes de soins de santé se concentrent sur les soins réactifs dans les hôpitaux, détectant et traitant les maladies tout en accordant une attention limitée à la prévention et au contrôle des maladies non transmissibles (World Economic Forum, 2020a).

La santé dans les médias de masse et la communication avec la population

Le manque de ressources, en particulier pour acheter des masques faciaux, a entravé l'efficacité des campagnes médiatiques de masse pour limiter la propagation de la COVID-19. Ceci est attribué à un manque de ressources, en particulier pour les achats de masques faciaux. (Abdelhafiz, Mohammed, Ibrahim, Ziady, Alorabi, Ayyad et Sultan, 2020).

Dépenses insuffisantes

L'épidémie de la pandémie COVID-19 a mis à rude épreuve le système de santé égyptien et a eu des implications importantes pour l'économie. Par exemple, les dépenses publiques dans le secteur des soins de santé sont faibles et ne représentent que 5,6 % des dépenses publiques totales. Cependant, comme les dépenses médicales élevées constituent un obstacle à l'accès aux soins de santé, le gouvernement a déclaré que toutes les activités associées à la prévention, au dépistage, aux soins et au traitement de la COVID-19 étaient fournies gratuitement à tous les citoyens et aux autres résidents. Cela a encore pesé sur le budget du gouvernement pour la santé, et la recherche de financement pour d'autres programmes de santé publique essentiels et l'assurance maladie universelle reste essentielle (Banque mondiale, 2020).

Rotation des travailleurs de la santé

Il existe une forte disparité dans la répartition des agents de santé publics et privés en Égypte. Au cours de la riposte à la COVID-19, il incombait au secteur de la santé publique de traiter la plupart des cas de COVID-19 - en plus de toutes leurs autres responsabilités - obligeant les médecins de la santé publique, les infirmières et le personnel de soutien à travailler de longues heures (Banque mondiale, 2020). Travaillant dans des services de maladies infectieuses où les besoins médicaux étaient aigus, ils faisaient face à un risque élevé d'infection et à une pression psychologique intense. Motiver les agents de santé publique à servir dans les points chauds et les installations COVID-19 désignées reste un défi de taille (Banque mondiale, 2020). En outre, la fourniture d'autres services essentiels a été interrompue en raison d'obstacles à l'offre et à la demande de services. Ces importantes interruptions de service ont laissé 3 140 900 enfants sans vaccination contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DTC) ; 5 522 000 femmes sans accès à un centre d'accouchement ; et de nombreux enfants sans antibiotiques oraux pour la pneumonie. Le maintien d'autres services de santé essentiels pendant toute pandémie est essentiel dans la prévention des conséquences graves pour d'autres problèmes de santé (OMS, 2020b).

Côté offre des services de soins de santé

Du côté de l'offre, un nombre important de personnel médical qui fournit normalement des services de soins de santé essentiels a été détourné pour répondre à la COVID-19, et de nombreux agents de santé sont tombés malades ou sont décédés. De même, les chaînes d'approvisionnement mondiales pour les fournitures et équipements médicaux essentiels ont été perturbées en raison du déplacement de la production vers les fournitures liées à la COVID-19, avec une baisse de la production en raison du manque de disponibilité des matières premières. En outre, les problèmes de transport et les restrictions de mouvement ont entraîné des retards importants dans les délais de livraison.

Côté demande des services de soins de santé

Du côté de la demande, très peu de personnes ont utilisé les services essentiels pendant la pandémie de la COVID-19 en raison des verrouillages et des restrictions de mobilité. La perte de revenus limite la capacité des gens à payer pour les services de santé, limitant ainsi l'utilisation des services de santé. De plus, la peur d'être exposé à la COVID-19 dans les établissements de santé conduit moins de personnes à se faire soigner pour d'autres problèmes médicaux.

4.6 Région Afrique de l'Ouest (Nigeria et Sénégal)

4.6.1 Nigeria

Accès limité aux soins de santé

L'accès aux médicaments est un élément clé de bons systèmes de santé. L'accès aux soins de santé, combiné à un accès ininterrompu aux médicaments, améliore les résultats globaux de santé de la population. Dans ce contexte, le Nigeria a été confronté à plusieurs contraintes dans sa riposte à la COVID-19, notamment un nombre limité de centres d'isolement appropriés, l'insuffisance des diagnostics, les violations des ordonnances de séjour à domicile, les limitations de la capacité hospitalière, la congestion dans les villes, ainsi que le regroupement familial, qui ont tous facilité une propagation plus large de la maladie (Lucero-Prisno, Adebisi et Lin, 2020).

En outre, le Nigeria importe environ 70 % de ses médicaments de Chine et d'Inde. Le Nigeria dépend également fortement d'autres pays pour les ingrédients pharmaceutiques actifs, l'équipement et les autres ressources nécessaires à la fabrication de médicaments (Akande-Sholabi, 2020), plaçant le pays dans une position vulnérable face à la pandémie de coronavirus.

Financement insuffisant de la santé

Dans le contexte de contraintes budgétaires plus générales, le pays a été confronté à de sérieuses réductions du financement de la santé, ce qui a provoqué des déficits importants dans le système de santé nigérian, et en particulier dans les soins de santé primaires. La plupart des établissements de santé ont besoin d'une mise à niveau importante et les agents de santé sont principalement concentrés dans les capitales des États et des collectivités locales, ce qui laisse beaucoup de ceux des zones rurales gravement vulnérables à l'augmentation des cas de COVID-19. En outre, les services de santé de routine n'étaient pas rendus efficacement et certains hôpitaux étaient réticents à accepter des patients souffrant de maladies non liées à la COVID-19. La plupart des communautés se sont retrouvées sans accès à des soins de santé abordables, et les établissements de santé tertiaires et secondaires étaient surpeuplés de patients qui auraient dû être traités dans leur communauté ou à proximité.

4.6.2 Sénégal

Au Sénégal, la pandémie COVID-19 a eu un impact significatif sur le système de santé, en particulier au niveau communautaire. Selon l'OMS, le Sénégal avait une offre insuffisante de kits de prélèvement d'échantillons et d'équipements de protection individuelle en raison de la demande mondiale accrue. En ce qui concerne la chaîne d'approvisionnement, le personnel et la logistique nécessaires pour des tests efficaces étaient rares (OMS, 2020g). En raison de la taille relativement importante de la population et de la faible capacité du système de santé à traiter un grand nombre de patients souffrant d'autres conditions telles que la tuberculose, cela a encore compromis les ripostes à la COVID-19. De plus, le Sénégal est confronté à une pénurie de matériel médical en raison de la panne du matériel nécessaire pour des conditions graves nécessitant une

assistance respiratoire. Le Sénégal ne disposait que de 56 lits de réanimation, mais on estime que 40 lits supplémentaires sont nécessaires pour une gestion appropriée de la pandémie de COVID-19 (Yabi, 2020)

4.7 Région Afrique centrale (République démocratique du Congo et Tchad)

4.7.1 République démocratique du Congo

La pandémie de COVID-19 a menacé l'accès aux soins de santé et a indûment affecté les groupes vulnérables tels que les survivants de violences sexuelles et sexistes, les personnes vivant avec le VIH, les femmes ayant des besoins en matière de santé sexuelle et reproductive et les enfants qui avaient besoin d'être vaccinés (Human Rights Watch, 2020). À mesure que les cas de COVID-19 augmentaient et se propageaient, les établissements de santé mal équipés sont devenus des sources d'infection et de transmission (McMahon, Peters, Ivers et Freeman, 2020).

La quantité limitée de données cumulatives disponibles par secteur a rendu difficile le suivi et la communication de la riposte collective à la COVID-19 (Appel coordonné des Nations Unies, 2020). Un autre défi directement lié aux capacités médicales était la désinformation qui a conduit à l'incrédulité et à la méfiance à l'égard de l'existence du COVID-19. De même, le système de soins de santé ne dispose pas de lits de soins intensifs, de fournitures d'oxygène, de ventilateurs et de personnel qualifié pour gérer les cas de COVID-19 (OMS, 2020a). En outre, la République démocratique du Congo a lutté contre d'autres pandémies telles qu'Ebola, le paludisme et la rougeole. Les obstacles à l'accès aux services de santé ont augmenté lorsque les établissements de santé ont commencé à facturer des services pour compenser la perte de revenu. Le comportement de recherche de soins de santé a diminué en raison d'une diminution de la notification des cas de maladies multiples, ce qui a réduit la capacité du pays à détecter les nouvelles flambées et à y répondre à temps.

En ce qui concerne les ressources humaines pour la santé, les ressources disponibles pour le secteur de la santé étaient limitées, ainsi que la stigmatisation accrue envers les agents de santé en raison de la peur que ces derniers soient infectés lors du traitement des patients COVID-19. En outre, des changements fréquents ont été apportés aux procédures de prévention et de contrôle des infections, aux politiques de soins de santé et à la prestation de services aux patients COVID-19 (McMahon, Peters, Ivers et Freeman, 2020). En outre, la couverture des soins de santé a été réduite de 30 % à 27 %, ce qui signifie que des milliers d'enfants n'ont pas reçu de vaccins vitaux, en particulier contre la rougeole, car les parents restaient réticents à se rendre dans les établissements de santé (UNICEF RDC, 2020)

4.7.2 Tchad

Au Tchad, la pandémie de COVID-19 a eu un impact considérable sur le système de santé (Appel coordonné des Nations Unies, 2020). Il y avait une pression accrue sur le système de santé en raison de la réorientation des ressources vers des mesures préventives en riposte aux cas de COVID-19. En outre, on craignait une transmission potentielle au sein des structures du système de soins de santé qui affectait la volonté des patients de rechercher des services médicaux.

En outre, les campagnes de vaccination contre la rougeole et la polio ont été interrompues en raison de la restriction des déplacements et des rassemblements publics, ainsi que de l'insuffisance des équipements de protection individuelle pour les agents de santé. De même, l'impact socio-économique des mesures d'endiguement de la COVID-19 a conduit environ 1,9 million d'enfants à souffrir de malnutrition aiguë en 2020, dont environ 627 000 devraient nécessiter un traitement contre la malnutrition aiguë sévère (Appel coordonné des Nations Unies, 2020).

Enfin, le pays est confronté à une offre insuffisante d'équipements techniques et de protection individuelle. De même, les points d'entrée pour la surveillance et la fourniture de services de santé le long des frontières restent faibles et les migrants vulnérables, tels que les victimes de la traite, n'ont pas été autorisés à entrer dans le pays en raison de la fermeture des aéroports pour contenir la propagation de la COVID-19.

4.8 Région Afrique de l'Est (Kenya et Soudan)

4.8.1 Kenya

Au Kenya, la majorité de la population n'a pas accès aux services d'assurance maladie, ce qui a accru sa vulnérabilité pendant la pandémie COVID-19 (Ouma, Masai et Nyadera, 2020). En outre, le coût du dépistage de la COVID-19 au Kenya n'avait pas été inclus dans le financement de l'assurance maladie nationale, et peu de personnes résidant dans les zones sensibles bénéficiaient d'un test gratuit de COVID-19. Cela suggère que l'allocation de ressources déjà limitée pour la santé a été détournée pour la prévention, le dépistage et la gestion des cas de COVID-19, conduisant à une crise imminente dans le système de soins de santé.

En outre, certaines infirmières au Kenya ont refusé de soigner les patients atteints de COVID-19 en raison du manque d'équipement de protection individuelle (Ouma, Masai et Nyadera, 2020). De même, le coût du traitement du COVID-19 est de plusieurs milliers de dollars au Kenya, ce qui implique que le système de santé est sous-financé, en sous-effectif et peut-être inefficace avec son utilisation des ressources ; il risque de s'effondrer si la pandémie entraîne des infections massives.

Cela est dû au fait que le gouvernement n'a pas réussi à restructurer le secteur de la santé d'une manière qui résisterait à toutes les menaces graves telles que la pandémie de COVID-19 et d'autres crises sanitaires futures (Ouma, Masai et Nyadera, 2020).

Le Kenya avait une capacité limitée pour les tests de masse, en particulier dans les zones plus densément peuplées avec des cas confirmés. De plus, des tests de masse étaient auparavant effectués pour les travailleurs de la santé de première ligne dans certains établissements de traitement et d'isolement, négligeant ceux qui ne traitaient pas les cas suspects. Il y avait un manque de coordination adéquate entre les niveaux de gouvernement du comté et du pays au Kenya dans l'acquisition d'équipements critiques tels que les ventilateurs pour l'assistance respiratoire et le recrutement de personnel de santé supplémentaire. Le Kenya compte sur les dons des partenaires de développement et des organisations internationales telles que l'OMS pour aider à acquérir des kits de test. En conséquence, un nombre insuffisant de kits de test a entravé la lutte contre la COVID-19. Le taux de participation aux tests a été faible et les résultats retardés, associés à la fourniture de coordonnées inexactes ou de mauvais numéros de téléphone, ce qui a rendu difficile l'accès aux personnes testées positives à la COVID-19 (Limboro, 2020).

4.8.2 Soudan

Au Soudan, le nombre officiel de cas confirmés de COVID-19 reste inexactement faible en raison de la capacité de dépistage limitée et du manque de détection rapide de la transmission des cas. Les restrictions de mouvement pour contenir la propagation du COVID-19 ont également ralenti la distribution de fournitures médicales critiques du fonds national d'approvisionnement médical, et seulement 15 % des médicaments et fournitures essentiels sont disponibles sur le marché libre (Appel coordonné des Nations Unies, 2020).

Le nombre de travailleurs de la santé disponibles était insuffisant en raison de la migration, car de grandes familles élargies sont restées en groupes, et la gestion des patients COVID-19 à domicile et la présentation de la maladie ont stressé le système de santé. Parce qu'un cinquième de la population soudanaise vit en dessous du seuil de pauvreté international, l'épidémie de COVID-19 a eu un impact négatif sur la sécurité alimentaire, la nutrition et les moyens de subsistance de millions de personnes.

En outre, divers États et villes ont fermé les cabinets de santé privés pour empêcher la propagation de la COVID-19, limitant davantage l'accès aux soins médicaux et aux soins de santé pour les maladies non transmissibles. Le système de surveillance des maladies a été débordé en raison de sa riposte à la COVID-19, négligeant d'autres maladies émergentes et récurrentes. Les impacts indirects sur le système de santé comprenaient la suspension des activités de vaccination supplémentaire contre la poliomyélite tout au long de l'année, la restriction des mouvements pendant le verrouillage aggravant la crise économique en cours au Soudan (Appel coordonné des Nations Unies, 2020).

4.9 Région Afrique australe (Botswana et Mozambique)

4.9.1 Botswana

Au Botswana, les services de soins de santé primaires ont été restructurés pour réduire la surpopulation des établissements de santé. Par exemple, le ministère de la santé a recommandé des prolongations pour les patients stables atteints de maladies chroniques et a autorisé les renouvellements de médicaments à la pharmacie sans avoir besoin de consulter un médecin. De plus, des établissements de santé dirigés par un médecin de famille ont aidé les patients souffrant de maladies chroniques à obtenir des renouvellements prolongés de médicaments pendant la pandémie (Motlathledi, Bogatsu, Maotwe et Tsimba, 2020).

Les services de soins de santé maternelle et infantile ont été limités à la vaccination et à la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition. De plus, les intervalles entre les consultations prénatales ont été augmentés et, dans certains cas, les réservations ont été bloquées, sauf pour celles au troisième trimestre ou avec des grossesses à haut risque. Pendant ce temps, en raison de la pandémie de COVID-19, certains agents de santé ont été redéployés dans des centres d'isolement COVID-19. En outre, le nombre limité d'établissements de santé a conduit à l'introduction de quarts de travail pour éviter la surpopulation (Motlathledi, Bogatsu, Maotwe et Tsimba, 2020). De plus, les ressources humaines disponibles pour répondre à d'autres besoins en matière de santé étaient limitées et la plupart du personnel de santé a été réorienté vers des zones touchées par la COVID-19 (OMS Botswana, 2020a).

4.9.2 Mozambique

Au Mozambique, la pandémie de COVID-19 a accru les risques auxquels sont confrontés les personnes vivant avec des comorbidités et celles vivant avec des conditions de santé difficiles. Par exemple, les personnes dont le système immunitaire est affaibli avaient un accès limité aux services de santé en raison de la limitation des mouvements, et 50 % d'entre elles vivent à plus de 20 kilomètres de l'établissement de santé le plus proche (OMS, 2020a). Au fur et à mesure que les ressources étaient affectées à la riposte à la COVID-19, des perturbations se sont produites dans la fourniture des services de soins de santé primaires - y compris ceux pour la vaccination ; continuité des soins pour le VIH, la tuberculose et le paludisme ; et pour

la santé sexuelle et reproductive. Une des conséquences a été une augmentation des décès maternels et infantiles. Indirectement, en raison de la restriction des déplacements, les personnes âgées et les personnes handicapées étaient confrontées à un risque accru de COVID-19 et à des obstacles à l'accès aux services vitaux (Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, 2020).

Les ressources financières sont limitées et ont dû être sollicitées pour acheter des kits de diagnostic et d'autres fournitures liées à la COVID-19 ; les infrastructures de laboratoire sont inadéquates pour le traitement des échantillons ; et le nombre de techniciens de laboratoire disponibles pour traiter les échantillons est insuffisant. L'équipement de protection individuelle pour les travailleurs de la santé au sein du Service national de santé est rare, et la peur et l'anxiété d'être exposé à la COVID-19 ont posé un défi important dans le traitement des cas de COVID-19 (Nachega et al., 2020). En outre, les moyens habituels de diffusion d'informations, tels que des brochures, des chemises représentant des photos et des slogans de santé, et des ateliers, ont été interdits dans les circonstances de la pandémie de COVID-19, aggravant la propagation de la maladie à la communauté (Morris, 2020).

4.10 Analyse récapitulative du secteur de la santé (dix pays de l'étude)

Cette section commence par mettre en évidence les résultats des composantes clés du secteur de la santé des pays de l'échantillon afin de mieux comprendre leur niveau de préparation et d'intervention. La section se poursuit en détaillant les capacités des professionnels de la santé à entreprendre des interventions regroupées par sexe, par âge et par établissement hospitalier et par l'impact de la COVID-19 sur le système de santé.

4.10.1 Données primaires

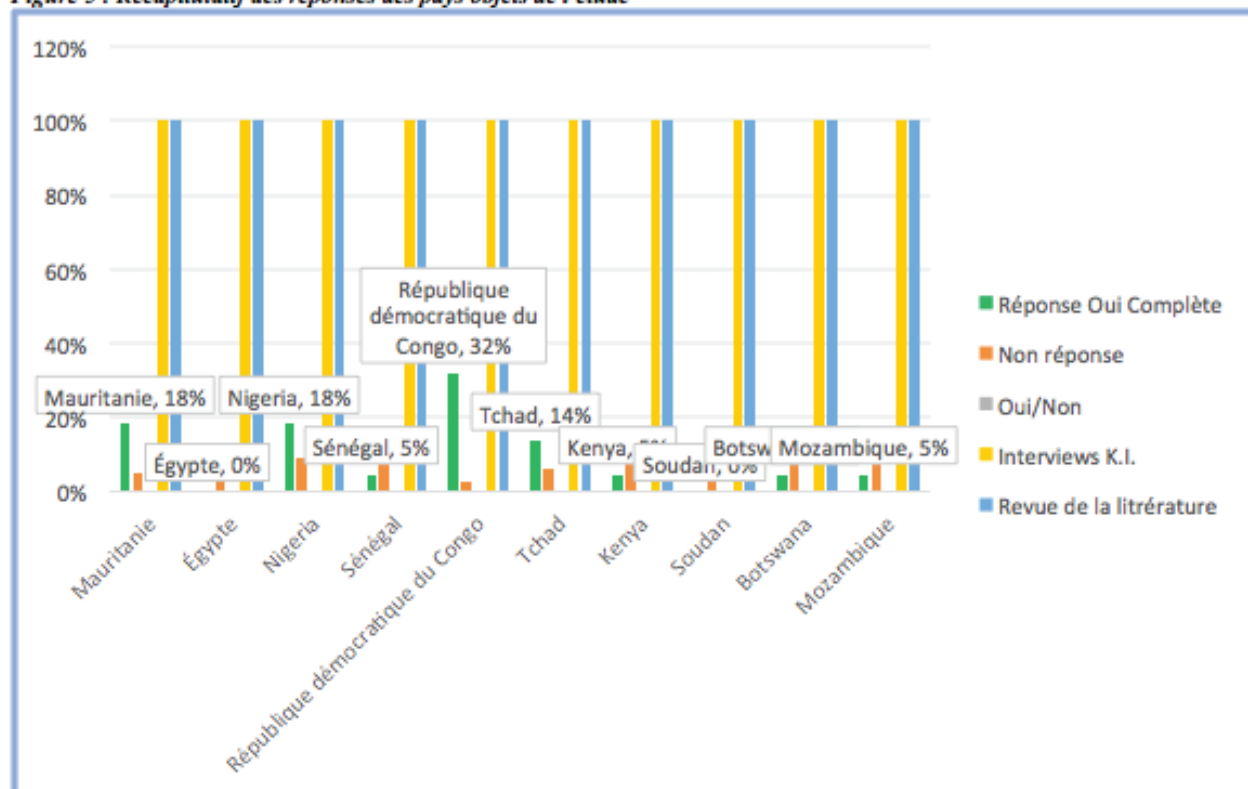
Les principales constatations et résultats sont uniquement basés sur les résultats de l'enquête par questionnaire en ligne envoyé aux points focaux nationaux. Plus d'une centaine de questionnaires ont été envoyés par courrier électronique aux catégories désignées de personnes dans les cinq régions d'Afrique impliquées dans la gestion de la COVID-19. Au total, 22 réponses complètes ont été reçues (Figure 5), 17 hommes et 5 femmes ayant répondu dans huit pays. Deux pays, le Soudan et l'Égypte, n'ont pas répondu au questionnaire de l'étude de pays. Les détails des réponses spécifiques des pays sont présentés dans le tableau 10.

Tableau 10 : Récapitulatif des outils de recherche utilisés pour obtenir les données secondaires et primaires.

Pays	Entretiens téléphoniques / Zoom / Skype avec les informateurs clés	Revue de la littérature sur les pays	Questionnaire en ligne envoyé par e-mail	Réponses au questionnaire rempli en ligne
Mauritanie	Oui	Oui	10	4
Égypte	Oui	Oui	14	0
Nigeria	Oui	Oui	15	4
Sénégal	Oui	Oui	10	1
RDC	Oui	Oui	10	7
Tchad	Oui	Oui	10	3
Kenya	Oui	Oui	16	1
Soudan	Oui	Oui	15	0
Botswana,	Oui	Oui	10	1
Mozambique	Oui	Oui	10	1
			120	22

Source : Données primaires du questionnaire 2020.

Figure 5 : Récapitulatif des réponses des pays objets de l'étude



Source : Données primaires du questionnaire 2020.

4.10.2 Équilibre entre les sexes, composition par âge et prise en compte des établissements hospitaliers dans les réponses

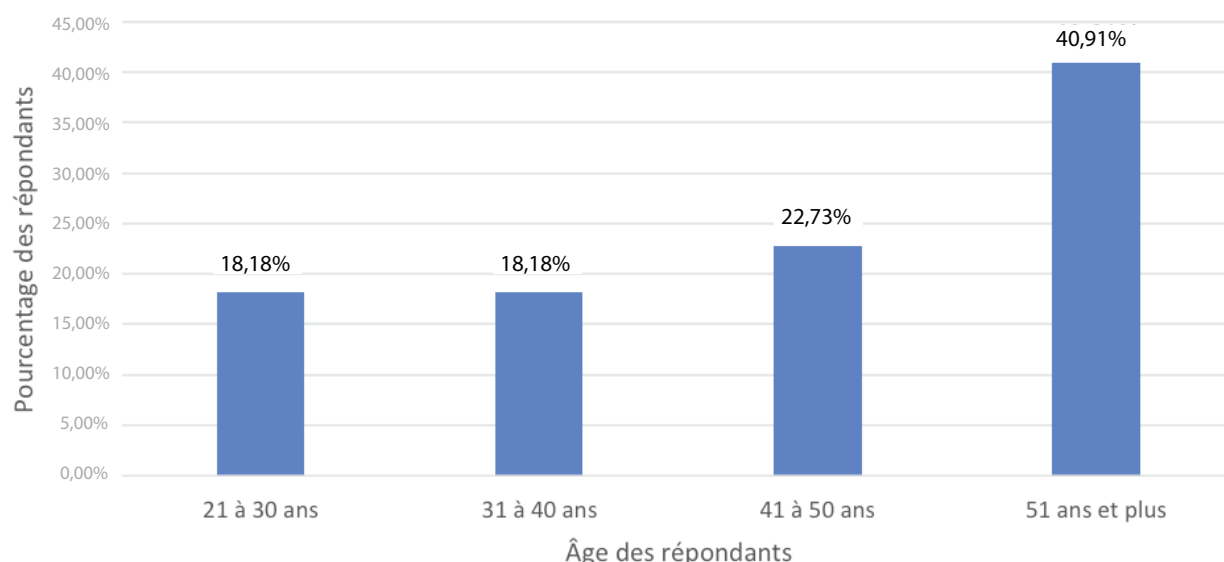
Le tableau 11 montre le nombre et le pourcentage d'hommes et de femmes interrogés dans les pays de l'étude. La figure 6 présente la répartition par âge de l'échantillon, qui est la suivante : 21 à 30 ans (18 %) ; 31 à 40 ans (18 %) ; 41 à 50 ans (23 %) ; et 51 ans et plus (41 %) (voir la figure 6). Parmi les pays étudiés, 36 % ont moins de 100 hôpitaux publics ; 14 % ont entre 101 et 500 hôpitaux ; et 14 % ont 501 hôpitaux et plus. Parmi ceux-ci, environ 1 à 99 par pays sont désignés pour les cas de COVID-19. Environ 80 % des répondants ont indiqué que les établissements étaient bien équipés et capables de gérer les cas de pandémie.

Tableau 11 : Réponses par sexe et par âge (en pourcentage)

Sexe	Nombre de répondants	Pourcentage
Masculin	17	77,27 %
Féminin	5	22,73 %
Total	22	100,00 %

Source : Données primaires du questionnaire 2020.

Figure 6 : Répartition des répondants par âge



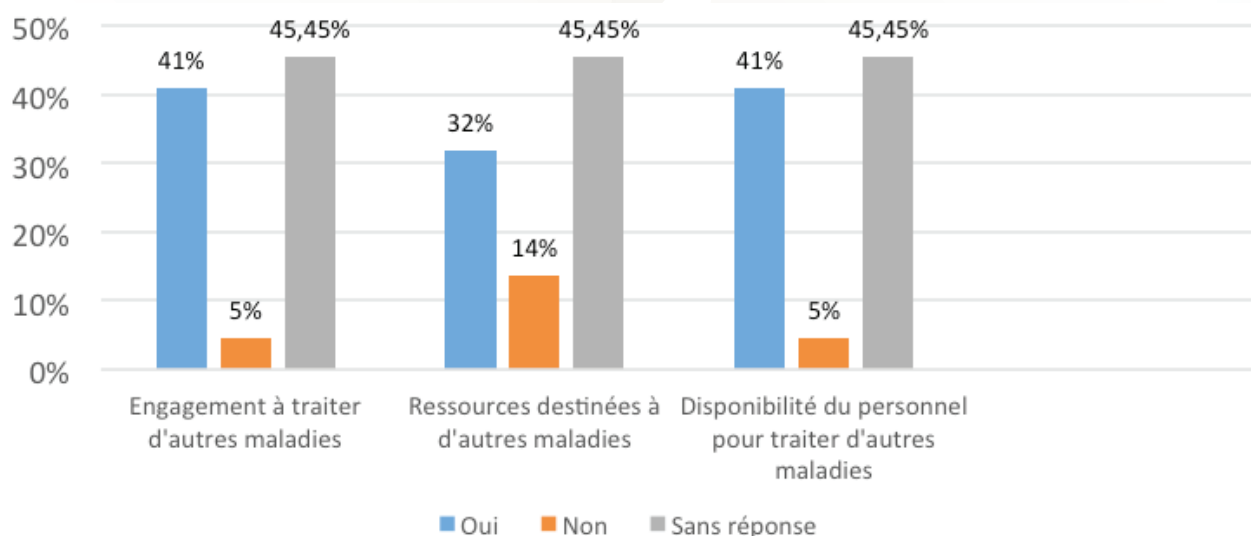
Source : Données primaires du questionnaire 2020.

En moyenne, parmi les pays sélectionnés, chaque pays dispose de plus de 100 spécialistes critiques (80 %) pour gérer la pandémie de COVID-19 et d'autres maladies infectieuses. De plus, le ratio personnel de santé/patients est inférieur à un médecin pour 1 000 patients dans 80 % des pays étudiés. C'est en dessous de la norme recommandée par l'OMS. Quarante-vingt pour cent des répondants ont affirmé l'existence de documents détaillant les politiques, réglementations, stratégies, sous-systèmes politiques et processus de pandémie dans leur pays.

4.10.3 Impact de la COVID-19 sur les systèmes de santé

Tous les pays faisant partie de l'étude ont pleinement reconnu que leurs établissements de santé ont été contraints de réorienter leurs ressources et leur personnel loin des autres maladies et vers la COVID-19 (Figure 7). Mais les impacts spécifiques différaient quelque peu selon les pays. Par exemple, de nombreux pays, dont le Kenya, le Soudan, le Sénégal et l'Égypte, ont donné la priorité à la formation d'urgence du personnel disponible pour traiter les cas de pandémie de COVID-19.

Figure 7 : Impact de la COVID-19 sur les systèmes de santé en Afrique



Source : Données primaires du questionnaire 2020

L'étude a montré que la pandémie de COVID-19 affectait toutes les interventions en soins de santé, y compris :

- 41 % des répondants ont déclaré que l'attention accordée aux autres maladies était affectée.
- Par ailleurs, 32 % des répondants ont indiqué que les ressources financières allouées à d'autres maladies étaient affectées.
- Enfin, 41 % ont indiqué que la disponibilité du personnel pour gérer d'autres maladies était affectée.

Dans l'ensemble, la pandémie COVID-19 a affecté la capacité des systèmes de santé des pays étudiés à gérer d'autres maladies. La pandémie COVID-19 a révélé l'importance de renforcer la capacité des systèmes de santé à travers l'Afrique à lutter

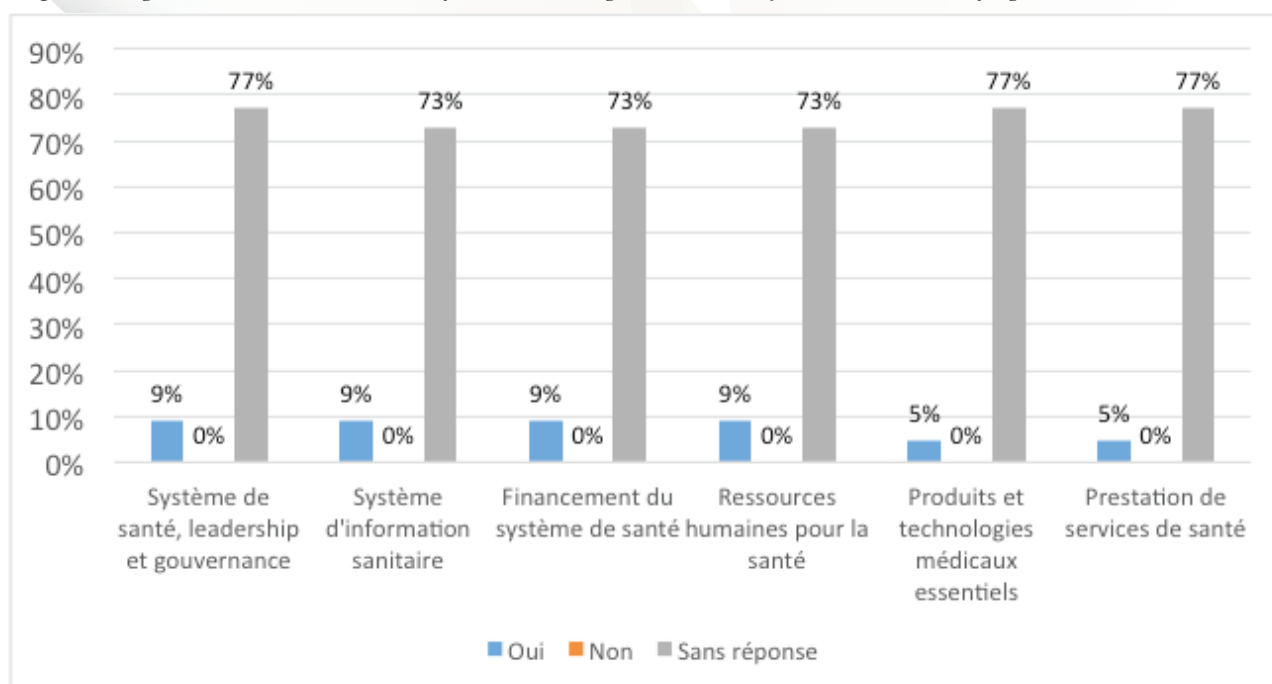
contre les pandémies. Les dix pays étudiés ont montré la nécessité d'améliorer les capacités dans les domaines suivants des systèmes de soins de santé : leadership et gouvernance ; financement ; ressources humaines ; et fourniture de produits médicaux et de technologies de la santé essentiels (voir figure 8). Mais cela peut être difficile à accomplir car peu de répondants dans certains pays ont accepté que la pandémie de la COVID-19 ait un impact direct et indirect sur la prestation des services de santé (voir encadré 3).

Encadré 3 : Avis des répondants sur les impacts de la COVID-19 sur la prestation des services de santé (données primaires)

- Leadership et gouvernance du système de santé : la République démocratique du Congo a indiqué une centralisation du système et une diminution de la gouvernance et du leadership, tandis que le Nigeria a souligné la méfiance à l'égard du système de santé
- Systèmes d'information sur la santé : la maladie COVID-19 étant nouvelle, la plupart des systèmes de santé manquaient de capacités d'adaptation pour gérer cette pandémie particulière. Les répondants Nigériens ont souligné les problèmes découlant d'un manque de volonté politique du gouvernement pour fournir un financement approprié. Le Nigeria a également indiqué que la législation nationale doit être révisée, le leadership au niveau infranational est faible, politisé et non proactif. La République démocratique du Congo a noté une communication limitée et un manque d'outils et de matériel de collecte de données.
- Financement du système de santé : la République démocratique du Congo a indiqué un financement mal géré et un manque de financement du système de santé. Le Nigeria a indiqué que les données sur la santé n'étaient pas solides pour la transmission en temps réel des données et l'établissement de rapports ; les données étaient principalement sur papier au niveau infranational.
- Ressources humaines pour la santé : la République démocratique du Congo a indiqué que les ressources humaines n'étaient pas suffisamment formées et avaient des compétences qui ne correspondaient pas aux besoins. Mais ces ressources peuvent être renforcées par la fourniture de nouvelles informations. En ce qui concerne les faibles niveaux de financement, le gouvernement commence maintenant à se rendre compte de la nécessité d'investir dans le secteur de la santé au Nigeria, car les soins de santé - et les soins primaires en particulier - sont gravement sous-financés.
- Produits et technologies médicaux essentiels : quasi inexistants en République démocratique du Congo ; La COVID-19 a exposé notre main-d'œuvre en Afrique et a clairement montré que nos hôpitaux manquent de personnel, comme le souligne le Nigeria avec une main-d'œuvre insuffisamment motivée.
- Prestation de services de santé : la République démocratique du Congo a signalé que les livraisons étaient faibles et que la situation était précaire, y compris un manque d'équipement médical de base pour lutter contre la COVID-19. Le Nigeria a signalé que les technologies innovantes, y compris celles qui sont techniquement motivées, étaient insuffisantes et en nombre insuffisant.

Source : Données primaires du questionnaire 2020

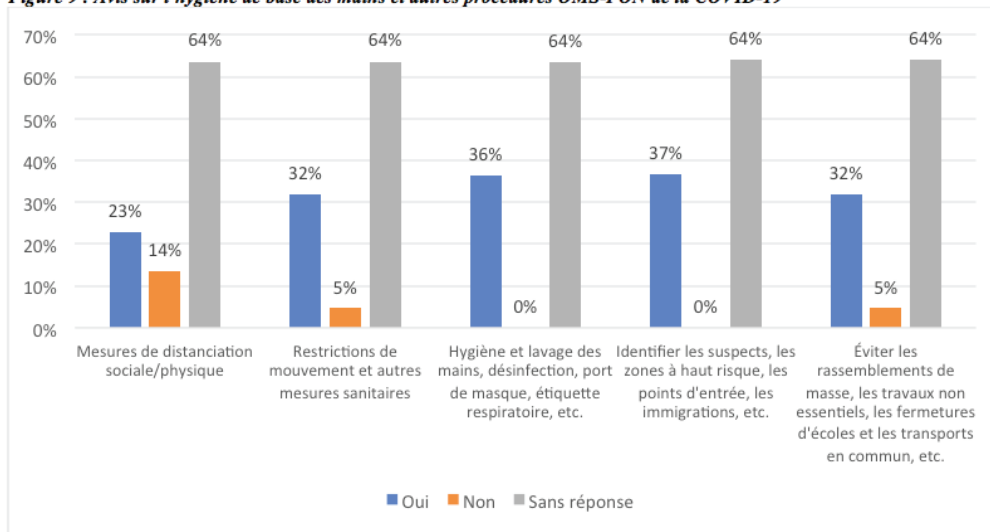
Figure 8 : Impact de la COVID-19 sur le renforcement des capacités dans les systèmes de santé en Afrique



Source : Données primaires du questionnaire 2020.

L'étude a montré que la pandémie de COVID-19 a affecté toutes les capacités des systèmes de santé, y compris le leadership, les systèmes d'information, le financement, les ressources humaines et les services médicaux essentiels. Quelques répondants ont également mentionné que les capacités en matière de prestation de services de santé et de ressources humaines pour la santé étaient les moins affectées (voir l'encadré 4 sur les commentaires des répondants concernant les compétences techniques/spécialisées essentielles requises).

Figure 9 : Avis sur l'hygiène de base des mains et autres procédures OMS-PON de la COVID-19



Source : Données primaires du questionnaire 2020.

L'étude a révélé que 23 % des répondants ont déclaré que dans leurs pays respectifs, des mesures de distanciation sociale/physique étaient utilisées, tandis que 14 % ne respectaient pas les mesures de distanciation sociale / physique. Pour l'hygiène et le lavage des mains, la désinfection, le port de masque et l'étiquette respiratoire, les données indiquent que 36 % ont pratiqué ces étapes. De plus, 37 % ont convenu qu'ils pouvaient identifier les suspects, les zones à haut risque, les points d'entrée, les points d'immigration, etc. Et 32 % ont indiqué éviter les rassemblements de masse, les travaux non essentiels, les fermetures d'écoles et les transports en commun, etc. et seulement 5 % l'ont fait pas de pratique (cf. figure 9).

La promotion de mesures d'hygiène personnelle qui réduisent le risque de transmission de personne à personne, telles que le port de masques faciaux, le lavage des mains, les désinfectants pour les mains, l'éloignement social/physique, les écrans faciaux et l'étiquette respiratoire a été notée et probablement observée dans tous les pays de l'étude.

L'identification des zones / points chauds à haut risque, tels que les points frontaliers, les aéroports ou d'autres points d'immigration, en tant que priorité pour la mise en place de mesures efficaces bien cotées dans tous les pays a été notée et prend des mesures pour limiter la transmission à partir de ces points d'entrée.

Enfin, tous les pays ont adopté des mesures au niveau communautaire pour réduire les contacts entre les individus, telles que la suspension des rassemblements de masse, la fermeture des lieux de travail non essentiels et des établissements d'enseignement, et la réduction des services de transports publics.

Encadré 4 : Compétences techniques/spécialisées essentielles requises dans les pays étudiés pour lutter contre les pandémies

Des répondants spécifiques des pays de l'étude ont partagé les idées suivantes :

- Le personnel de santé et les travailleurs sociaux reçoivent une formation actualisée et des techniciens sont disponibles, mais les agents de santé manquent d'équipement de laboratoire pour les tests, ce qui était le principal défi comme noté en République démocratique du Congo.
- Le Tchad a indiqué que les besoins les plus importants concernaient des équipements techniques et de laboratoire et des personnes ayant des compétences spécialisées.
- Le Kenya a besoin de technologies de recherche des contacts.
- Pour lutter contre la pandémie, le Nigeria a besoin d'une technologie moderne, de meilleures compétences en matière de prévention des infections (IPC) et de gestion des catastrophes, ainsi que d'une communication et d'un engagement accrus avec les communautés locales pour expliquer les risques de la COVID-19.
- Certains pays, comme la Mauritanie, le Sénégal, le Soudan, l'Égypte, le Botswana, le Mozambique, n'ont pas répondu à cette question.

Source : Données primaires du questionnaire 2020

4.11 Compétences techniques/spécialisées essentielles requises pour combattre la COVID-19

Les réponses de l'enquête sur les compétences essentielles, techniques et spécialisées spécifiques requises pour lutter contre la COVID-19 et d'autres pandémies dans les pays africains ont été classées sur une échelle de Likert pondérée de 0 (pas du tout) à 10 (dans une large mesure). Les réponses sont les suivantes (cf. tableau 12).

Tableau 12 : Compétences techniques/spécialisées essentielles requises pour combattre la COVID-19

Question d'enquête	Moyenne des réponses
Dans quelle mesure le personnel de santé de votre pays a-t-il été formé pour lutter contre les pandémies sans faire appel à des personnes de l'extérieur du pays ?	4
Dans quelle mesure les dirigeants politiques de votre pays peuvent-ils respecter et adhérer aux recommandations du personnel de santé concernant la riposte aux pandémies ?	5
Dans quelle mesure votre personnel de santé empêche-t-il la transmission communautaire en trouvant et en isolant rapidement tous les cas en cas de pandémie ?	5
Dans quelle mesure votre personnel de santé fournit-il aux victimes de la pandémie des soins de santé appropriés ?	4
Dans quelle mesure votre personnel de santé peut-il développer des vaccins et des thérapies sûrs et efficaces qui peuvent être administrés à grande échelle et qui sont accessibles en fonction des besoins ?	2
4 = Inférieur à la moyenne 3 = Très faible	

Source : Données primaires du questionnaire 2020

La capacité de lutter contre la pandémie de COVID-19 en Afrique est classée sur une échelle allant de 1 (faible) à 4 (excellent) selon cinq dimensions de capacité : planification stratégique ; systèmes électroniques de surveillance, de traçabilité et de suivi ; systèmes de test de laboratoire ; et les applications stratégiques basées sur les systèmes de messagerie mondiaux en ligne (GMS) sont limitées (voir tableaux 15 et 16). Les types de spécialistes et d'expertise nécessaires pour chaque dimension de capacité sont également indiqués (voir tableau 17).

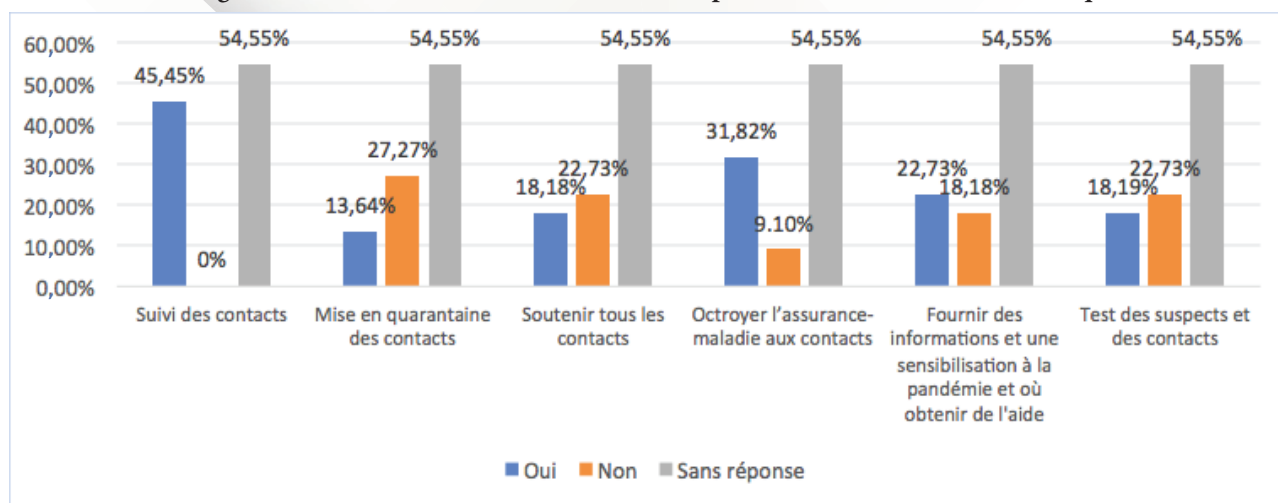
Tableau 13 : Capacité des professionnels de la santé à entreprendre des interventions au sein de la communauté

Intervention	Peut être faite efficacement	
	Oui	Non
Capacité de retrouver les contacts des victimes	45,45 %	0 %
Capacité de mettre en quarantaine tous les contacts	13,64 %	27,27 %
Soutenir tous les contacts des victimes	18,18 %	22,73 %
Fournir les soins médicaux nécessaires aux contacts	31,82 %	9,10 %
Fournir des informations / sensibilisation sur la pandémie/où obtenir de l'aide	22,73 %	18,18 %
Test des cas suspects et de leurs contacts	18,18 %	22,73 %

Note : Pour toutes les catégories, l'on n'a pas de réponse dans 55 % des pays.

Source : Données primaires du questionnaire 2020.

Figure 10 : Interventions communautaires des professionnels de la santé en Afrique



Source : Données primaires du questionnaire 2020

4.12 Besoins essentiels en compétences techniques/spécialisées et études sur la COVID-19 et les pandémies passées

L'enquête sur les compétences techniques/spécialisées essentielles qui manquent actuellement au personnel de santé pour relever les défis du système de santé dans la lutte contre la pandémie de COVID-19 dans les pays n'a reçu aucune réponse. Selon la recherche documentaire, des études menées dans les pays africains pour identifier les déficits de compétences du personnel de santé pour lutter exclusivement contre les pandémies indiquent que les pays ont des manquements dans les interventions communautaires de leurs professionnels de la santé (Figure 10).

Les compétences techniques/spécialisées essentielles font actuellement défaut au personnel de santé pour relever les défis du système de santé dans la lutte contre les pandémies de COVID-19 (voir tableau 14). Les commentaires détaillés des répondants dans les pays de l'étude sont détaillés dans l'encadré 5.

Encadré 5 : Compétences techniques/spécialisées essentielles qui font actuellement défaut au personnel de santé

- Le Nigeria a indiqué des déficits en matière de communication interpersonnelle, d'engagement communautaire, de surveillance et de traitement approprié des cas de COVID-19.
- Le Tchad a souligné le besoin de plus de formation, de motivation et de sensibilisation du public et des travailleurs à la COVID-19 à l'aide de plates-formes médiatiques.
- La République démocratique du Congo a déploré un manque d'équipement et de personnel qualifié.
- En Mauritanie, les agents de santé de première ligne ont indiqué que la sensibilisation de la population générale contre la COVID-19 était la plus nécessaire.
- Le Kenya a indiqué que le nombre d'agents de santé détenant les compétences techniques et les compétences essentielles requises est suffisant - à l'exception d'une pénurie d'épidémiologistes.

Source : Données primaires du questionnaire 2020.

Tableau 14 : Études menées pour identifier les déficits dans les compétences du personnel de santé dans le pays

Questions	Oui	Non	Sans réponse	Commentaires
a.) Une étude a-t-elle été menée pour identifier les gaps dans les compétences du personnel de santé de votre pays dans un effort de lutte contre les pandémies ?	14 %	23 %	45 %	Quatre répondants (18 %) de Mauritanie n'ont pas répondu à cette question.
b.) Si oui, qui a mené l'étude ? Exemples - consultants internationaux, consultants nationaux, autres (précisez...)	9%	9 %	0 %	Le Kenya et la République démocratique du Congo ont mentionné le Ministère de la Santé, et le Nigeria a mentionné les institutions académiques, tandis que le reste des répondants n'ont pas répondu à cette question (91 %).
c.) Qui a commandé l'étude ?	5%	0 %	0 %	Ministère de la Santé, Institutions académiques tandis que le reste des répondants n'ont pas répondu à cette question (95 %).
d.) Cette étude est-elle accessible ou accessible au public ?	0	16 %	0 %	On n'a noté aucun commentaire chez 84 % des répondants

Tableau 15 : Performance des pays en matière de capacité à lutter contre la pandémie de COVID-19 en Afrique

Performance des pays en matière de capacité à lutter contre la pandémie de COVID-19 en Afrique	Échelle 1 (faible) – 4 (excellent)
Planification stratégique	2,75
Systèmes électroniques de surveillance, de traçabilité et de suivi	1,75
Systèmes de test de laboratoire	1,5
Systèmes de communication	2,25
Applications stratégiques en ligne basées sur le GSM	2,5

Source : Données primaires du questionnaire 2020.

La capacité de lutter contre la pandémie de COVID-19 en Afrique est classée sur une échelle allant de 1 (faible) à 4 (excellent) selon cinq dimensions de capacité : planification stratégique ; systèmes électroniques de surveillance, de traçabilité et de suivi ; systèmes de test de laboratoire ; et les applications stratégiques basées sur les systèmes de messagerie mondiaux en ligne (GMS) sont limitées (voir tableaux 15 et 16). Les types de spécialistes et d'expertise nécessaires pour chaque dimension de capacité sont également indiqués (voir tableau 17).

Tableau 16. Performance des pays en matière de capacité de lutte contre les pandémies en termes de mesures d'intervention

No	Intervention	Faible	Passable	Bonne	Excellente	Ensemble
1	Planification stratégique	1	2	3	4	Excellente à Faible
2	Systèmes électroniques de surveillance, de traçabilité et de suivi	1	2	3	4	Passable
3	Systèmes de test de laboratoire	1	2	3	4	Faible
4	Systèmes de communication	1	2	3	4	Passable
5	Il existe des applications stratégiques en ligne basées sur le GSM comme les SMS, etc.	1	2	3	4	Non à Passable

Tableau 17. Listes d'experts requis selon l'indice SSM

Capacité à lutter contre les zones de pandémie	Besoins en spécialistes/experts en Afrique
• Planification stratégique	Spécialiste de l'OMS, personnel médical de haut niveau, spécialistes de haut niveau en santé publique, consultants du CDC, statisticiens, spécialistes du contrôle des maladies zoonotiques/mycologiques/bactériennes, spécialistes en pharmacopée, épidémiologistes, statisticiens, ergothérapeutes, pharmaciens, physiothérapeutes, médecins, inhalothérapeutes, épidémiologistes, anthropologues, conseillers, psychologues et régulateurs des politiques, etc. Spécialistes en socio-économie, par exemple Spécialistes de la protection sociale, chefs traditionnels, chefs religieux,
• Systèmes électroniques de surveillance, de traçabilité et de suivi	Épidémiologistes, technicien en médecine d'urgence, analystes des méga données, informaticiens, techniciens en radioélectronique, etc.
• Systèmes de test de laboratoire	Techniciens de laboratoire, virologues, techniciens en radiographie, radiologues, pathologistes, médecins, scientifiques, technologue médical, technicien médical, assistants de laboratoire, biologistes, chimistes, microbiologistes, généticiens et autres spécialistes, anesthésistes, cardiologues électrophysiologues, cardiologues, immunologistes, spécialistes en soins intensifs
• Systèmes de communication	Expert en développement de la communication, ingénieur, spécialistes des diagnostics, équipements et technologies (réparation des équipements mis au rebut tels que les appareils de radiologie, ambulances, etc.) ainsi que technicien de service dans les ambulances, spécialistes en soins de référence, ambulanciers paramédicaux et le médecin/chirurgien volant
• Applications stratégiques en ligne basées sur le GSM	Applications médicales mobiles, téléphones GSM, plates-formes Web, Google Maps, Medscape, ECG, traqueur CDC COVID-19, 'Worldometers' et applications mobiles qui : • Sont des extensions d'un ou plusieurs dispositifs médicaux • Fournissent une analyse spécifique au patient • Posent un diagnostic spécifique au patient ou font des recommandations de traitement • Transforment la plate-forme mobile en un dispositif médical réglementé • Deviennent un dispositif médical réglementé (logiciel)

Source : Compilation par les auteurs

4.13 Compétences en leadership transformateur dans la gestion des pandémies

L'enquête sur les structures de leadership/gouvernance utilisées pour lutter contre la pandémie de COVID-19 dans leurs pays n'a pas eu de réponse.

De même, les questions suivantes n'ont pas obtenu de réponse :

- Qui conseille le gouvernement dans la lutte contre les pandémies de COVID-19 ?
- Quelle qualité de leadership est la plus requise pour lutter efficacement contre les pandémies dans votre pays ?
- Qu'ont fait les chefs traditionnels pendant la lutte contre la pandémie de COVID-19 pour soutenir la lutte contre les pandémies ?
- Décrivez la disponibilité des ressources de gestion affectées dans votre pays à la lutte contre les pandémies.

Selon l'étude, le secteur privé en Afrique est mobilisé à 100 % pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Ceci est en outre confirmé par les données secondaires obtenues par l'examen des dossiers. Des exemples de mobilisation comprennent des dons généreux pendant la pandémie de COVID-19 de : Alibaba ; La Fondation Mo Ibrahim ; La Fondation Dangote ; et plusieurs entreprises africaines.

Aucun répondant n'a pu décrire les moyens de gestion disponibles dans son pays pour lutter contre les pandémies. Cependant, les pays sont également divisés sur la compétence, la prudence dans la responsabilité de la gestion des ressources

destinées à faire face à la COVID-19. Aucun répondant n'a pu nommer les institutions de son pays qui luttent contre les pandémies, à l'exception des ministères nationaux de la santé.

Le tableau 18 met en évidence l'importance du leadership à tous les niveaux pour s'assurer que les pays sont bien équipés pour mieux reconstruire et relever tous les défis que les futures pandémies pourraient apporter.

Tableau 18 : Listes d'experts requis selon l'indice SSM

Capacité à lutter contre les zones de pandémie	Spécialistes/experts nécessaires
• Leadership politique	Leaders transformateurs et visionnaires, experts en gouvernance et responsabilité, chefs d'équipes de pays de l'OMS, personnel médical de haut niveau, scientifiques chevronnés en santé publique et consultants des CDC, chefs traditionnels, parlementaires, gouverneurs, chefs religieux, régulateurs politiques, etc.
• Leadership d'entreprise	Économistes, banquiers, comptables, assureurs, experts en analyse de méga données, spécialistes opérationnels, gestionnaires des ressources humaines, marketing et publicité, relations publiques, avocats, avocats d'entreprise, statisticiens.
• Leadership traditionnel / communautaire	Dirigeants religieux, dirigeants d'organisations confessionnelles, dirigeants d'OSC, chefs, rois, reines, princes, princesses, chefs de clan, anciens, herboristes, célébrités, ambassadeurs de bonne volonté, hommes/femmes des médias, etc. Jeunes leaders, femmes leaders, parlementaires pour les jeunes et les femmes, groupes d'intérêts spéciaux
• Leadership des jeunes/femmes	Leaders des jeunes, leaders des femmes, parlementaires représentant les jeunes et les femmes, groupes d'intérêts spécifiques
• Leadership de la société civile	Dirigeants d'OSC, représentants de pays, spécialistes techniques en chef, gestionnaires de programme, experts en S&E et responsables des finances et des opérations, etc.

Source : Compilation par les auteurs.

4.14 Gestion des établissements de santé, coordination et planification

Cent pour cent des établissements de santé dans les pays de l'échantillon tiennent des réunions de planification dans lesquelles toutes les parties prenantes sont représentées. Soixante-quinze pour cent des partis politiques se concentrent sur la pandémie comme l'ennemi commun, et 75 % des ministères et institutions gouvernementaux concernés jouent un rôle actif dans la lutte contre les pandémies dans leurs pays.

4.14.1 Engagement et mobilisation des communautés pour freiner la pandémie

L'étude indique que la plupart des communautés des pays de l'échantillon étaient, en moyenne, d'accord avec les procédures opérationnelles normalisées (SOP) de tous les ministères de la santé pendant les pandémies. Soixante-quinze pour cent des personnes interrogées ont convenu que pendant les épidémies, les communications sur la nécessité d'observer un comportement préventif à travers le lavage des mains, la distanciation sociale et le port de masques faciaux peuvent être rapidement envoyées aux personnes dans les langues locales afin que chacun puisse être pleinement informé. Soixante-quinze pour cent des répondants ont également indiqué que des lignes téléphoniques d'appel gratuit COVID-19 avaient été établies, et que les communautés les utilisaient pour signaler les urgences. Les répondants ont indiqué que les responsables de la santé et les équipes spéciales concernées ont rapidement répondu à 100 % des questions et des malentendus sur les pandémies et leur propagation.

Les répondants ont indiqué qu'en raison des niveaux élevés de coopération et de connaissances au sein de la population, aucun individu de la communauté n'avait été arrêté pour non-respect des procédures opérationnelles standard du ministère de la santé dans la lutte contre la COVID-19 (voir les exemples sélectionnés sur l'engagement des communautés dans l'encadré 6).

Encadré 6 : Illustration de l'engagement des communautés dans la lutte contre la COVID-19

Sénégal, Nigeria, et Tchad

En Afrique de l'Ouest et du Centre, la désinformation a accompagné la propagation de la COVID-19, créant la peur et l'incertitude dans les communautés - en particulier au Sénégal, au Nigeria et au Tchad. Cette désinformation a été contrée par la production et la diffusion de vidéos de sensibilisation, de chansons, de bandes dessinées et de campagnes photo, en particulier sur les mesures d'hygiène et le soutien au défi du séjour à la maison (OIM ONU, 2020). En outre, pour les communautés qui n'avaient pas accès à Internet, la communication des risques et l'engagement de la communauté ont été réalisés grâce à la fourniture de canaux d'information numériques pour informer et autonomiser la communauté concernant les mesures de protection contre l'infection COVID-19.

Au Tchad, en particulier, des dizaines de crieurs publics et de troubadours ont été formés aux mesures d'hygiène et de sensibilisation à la prévention de la COVID-19 ainsi qu'à l'utilisation des équipements connexes et déployés dans les zones rurales au-delà de la portée des tours de téléphonie cellulaire et des signaux radio. Cependant, cette approche a fourni

informations vitales et des kits d'hygiène aux populations déplacées dans la région du bassin du lac Tchad. En outre, des centaines de matériels d'information, de communication et d'éducation ont été imprimés dans les langues locales à travers la région pour tous les publics cibles tels que les migrants en transit et les migrants vulnérables (OIM ONU, 2020).

Égypte

En Égypte, les volontaires communautaires ont déployé un effort coordonné pour répondre à la COVID-19, en communiquant des informations sur les changements de comportement nécessaires, en effectuant une recherche des contacts, en protégeant les groupes à risque accru de contracter la maladie, ainsi qu'en aidant les pauvres. Les efforts de mobilisation communautaire comprenaient des institutions communautaires existantes telles que les organisations de femmes, et les zones les plus vulnérables du pays ont été prioritaires (Document de la Banque mondiale, 2020). Plus encore, l'ONUSIDA Égypte a soutenu la fourniture et la distribution de matériel hygiénique aux personnes vivant avec le VIH et aux communautés qui abritent une grande partie de la population touchée, d'une valeur de 10 000 unités de matériel hygiénique pendant trois mois. Cela a contribué à sensibiliser davantage sur la COVID-19.

Source : Compilation par les auteurs.

4.14.2 Capacité de la communauté à identifier les cas et à gérer la transmission des maladies

Les résultats de l'étude indiquent qu'environ 75 % des pays peuvent identifier les cas suspects dans leurs communautés, mais seulement 67 % des pays peuvent effectuer des tests sur un grand nombre et rapporter les résultats en temps opportun. Près de 75 % des pays sont incapables de mobiliser des équipements de test pour les pandémies, tandis que 75 % des pays peuvent mobiliser les communautés pour être en état d'alerte face à tout cas suspect. Près de 50 % des pays peuvent rapidement augmenter la main-d'œuvre et offrir des formations si nécessaire, tandis que seulement 25 % des pays peuvent fournir des équipements de protection individuelle (Appel coordonné des Nations Unies, 2020) à tous les personnels de santé concernés dans les pays et communautés africains. L'encadré 7 présente des exemples d'efforts de formation communautaire sur l'identification des cas de COVID-19.

Encadré 7 : Exemple de capacité d'une communauté à identifier un cas de COVID-19

À Lagos, au Nigeria, des volontaires ont été formés à la recherche des contacts ainsi qu'à l'identification des symptômes de la COVID-19, à la collecte de données, à l'orientation des patients pour des tests, à la prévention et au contrôle des infections.

Les volontaires chargés de la recherche des contacts ont appris à communiquer des informations précises sur la COVID-19 au niveau communautaire, en particulier sur l'importance du lavage des mains, du port de masques faciaux et de la distanciation sociale, principalement les SOP de l'OMS (UNICEF Nigeria, 2020).

Source : Compilation par les auteurs.

4.14.3 Capacité des établissements de santé à identifier les cas et à gérer la transmission des maladies

L'étude a révélé qu'en moyenne 50 % des pays étudiés peuvent adapter les mesures de distanciation au niveau de la population et 75 % peuvent appliquer des restrictions de mouvement en plus d'autres mesures de santé publique et du système de santé. La promotion de mesures personnelles qui réduisent le risque de transmission de personne à personne, comme le lavage des mains, l'éloignement physique et l'étiquette

respiratoire, est à 100 % ; l'identification des zones/points chauds à haut risque tels que les postes frontières, les aéroports ou d'autres points d'immigration est à 100 %. Enfin, le soutien des mesures au niveau communautaire pour réduire les contacts entre les individus, telles que la suspension des rassemblements de masse, la fermeture des lieux de travail non essentiels et des établissements d'enseignement, et la réduction des transports publics est à 100 %.

4.14.4 Forces et faiblesses des institutions et recommandations en matière de politiques pour lutter contre la COVID-19

Cette section examine les faiblesses et les forces des institutions mises en place pour lutter contre la COVID-19 en Afrique, y compris les recommandations politiques pour combler les besoins en capacités. Les encadrés 8 à 12 indiquent les réponses fournies par les pays sur les faiblesses et les forces.

Encadré 8 : Faiblesses des institutions dans la lutte contre la COVID-19

Au Kenya et en République démocratique du Congo, 9,10 % des répondants n'ont indiqué aucune faiblesse dans les institutions mises en place pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Fidèles à la réalité, ces pays ont été aux prises avec de nombreuses épidémies et pandémies telles qu'Ebola, le charbon et d'autres maladies infectieuses. Les réponses spécifiques (18,18 %) ci-dessous ont été mentionnées en réponse aux faiblesses institutionnelles :

- Nigeria : il a été observé que les institutions sont faibles au niveau infranational, les décideurs politiques ne sont pas tout à fait engagés, et il y a un manque de financement, de responsabilité et un détournement de fonds destinés à lutter contre les pandémies, etc.
- République démocratique du Congo : un manque de ressources, du personnel non formé à la riposte à la COVID-19 et l'existence de laboratoires non fonctionnels ont été notés.
- Mauritanie : il a été observé que le matériel éducatif de sensibilisation du public à la pandémie de COVID-19 n'était pas disponible.
- Le taux de non-réponse chez les 22 répondants était de 72,73 %.

Source : Données primaires du questionnaire 2020.

Encadré 9 : Forces et faiblesses des mécanismes de coordination institutionnelle dans la lutte contre la COVID-19

Des forces et des faiblesses ont été observées dans les mécanismes de coordination institutionnelle utilisés dans la lutte contre la pandémie de COVID-19 et la gestion des épidémies. Les réponses spécifiques (27,27 %) ci-dessous ont été mentionnées en réponse aux forces et faiblesses institutionnelles :

- Au Nigeria, les répondants ont noté les problèmes suivants : une coordination multisectorielle efficace au niveau national; faible coordination aux niveaux infranationaux ; une main-d'œuvre insuffisamment formée et motivée ; et la lenteur de la mise en œuvre des programmes.
- Au Kenya, les répondants ont noté que le pays et les institutions disposent de systèmes solides pour lutter contre la pandémie, ce qui se reflète dans le score le plus élevé de l'indice de sécurité sanitaire mondiale (SSM) parmi les dix pays de l'échantillon de 47,1 et un indice SSM de la robustesse de la santé secteur de 20,7.
- En République démocratique du Congo, les répondants ont noté : le manque d'implication des structures communautaires ; l'insuffisante capacité des agents de santé et des diagnostics.
- Le répondant mauritanien a déclaré ce qui suit : niveaux élevés de mortalité maternelle, infantile et juvénile ; morbidité et mortalité liées à la malnutrition et aux principales maladies transmissibles et non transmissibles ; et des preuves limitées pour éclairer la politique.
- Sur les 22 répondants, 72,73 % n'ont donné aucune réponse.

Source : Données primaires du questionnaire 2020.

Encadré 10 : Plans, politiques, systèmes et processus en place pour soutenir les pandémies

En examinant les plans, politiques, systèmes et processus en place pour soutenir les pandémies, les répondants ont indiqué connaître l'existence des éléments pour lesquels les réponses spécifiques (18,18%) mentionnaient les problèmes ci-dessous :

- Les répondants de la République démocratique du Congo ont déclaré ne pas connaître les nouvelles politiques, plans, systèmes et processus du gouvernement pour lutter contre les pandémies de COVID-19.
- Alors que le répondant Nigérien connaissait les plans nationaux de préparation et d'intervention en cas de grippe pandémique.
- Le Kenya a cité l'existence de stratégies nationales et de comté.
- Le répondant de la Mauritanie a noté que le pays dispose d'un plan d'urgence.
- Sur les 22 répondants, le taux de non-réponse était de 81,82 %.

Source : Données primaires du questionnaire 2020.

Encadré 11 : Recommandations politiques pour combler les déficits de capacités prioritaires pour une action efficace contre les pandémies

Sur les 22 répondants, 27,27% ont répondu comme suit :

- Les répondants Nigériens ont déclaré qu'un certain pourcentage du budget national devrait être affecté à la préparation et à l'intervention en cas de pandémie ; la société civile et le secteur privé devraient être impliqués dans la planification, la réponse et la mise en œuvre.
- Les répondants kenyans ont souligné la nécessité de renforcer les systèmes de santé et de santé communautaire, y compris les liens entre l'agriculture, la santé, la santé publique et l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH).
- Les répondants de la République Démocratique du Congo ont noté la nécessité d'une implication communautaire parallèlement au développement de politiques de santé et, deuxièmement, la nécessité de renforcer les ressources internes du pays en accordant des bourses d'études aux agents de santé et au personnel technique critique de première ligne.
- Les répondants mauritaniens ont noté le besoin de matériel médical, le respect de l'éloignement social et le besoin du pays en accordant des bourses d'études aux agents de santé et au personnel technique critique de première ligne.
- Sur les 22 répondants, le taux de non-réponse était de 72,73 %.

Source : Données primaires du questionnaire 2020.

Encadré 12 : Actions de renforcement des capacités mises en place pour combler les besoins de capacités prioritaires identifiées

Les réponses spécifiques (22,73 %) d'autres pays étudiés ont noté ce qui suit :

- Au Nigeria, les répondants ont noté la nécessité de renforcer la préparation à la pandémie au niveau de l'Union africaine et des blocs économiques régionaux.
- Les répondants kenyans ont mis en avant les programmes en ligne pour échanger des informations sur les expériences de lutte contre la pandémie.
- Les répondants de la République démocratique du Congo ont indiqué qu'ils doivent identifier toutes les couches de communautés pour une implication et une appropriation complètes et une reconversion du personnel de santé.
- En Mauritanie, un répondant a observé que le renforcement des différentes composantes du système de santé pour permettre l'accès universel aux services préventifs et curatifs peut conduire à une réduction durable de la mortalité et de la morbidité.
- Le taux de non-réponse a été de 77,273 % chez les 22 répondants.

Source : Données primaires du questionnaire 2020.

4.15 Riposte de la coopération Sud-Sud pour lutter contre les effets de la COVID-19 sur la santé dans certains pays sélectionnés

La crise démontre, une fois de plus, que la mise en place d'institutions et d'agences étatiques pour une riposte rapide est essentielle. La capacité administrative a, pendant des décennies dans de nombreux pays en développement, été affaiblie par des programmes d'ajustement répétés visant à réduire les effectifs du secteur public, à éroder les capacités réglementaires de l'État et à étendre généralement la portée des marchés et des entreprises privées dans le domaine public. En conséquence, les pays en développement sont devenus, ces dernières années, de plus en plus dépendants du financement extérieur privé comme source de mobilisation de ressources (UNCTAD, 2020).

La solidarité Sud-Sud est essentielle pour une reprise durable dans le Sud

Le choc COVID-19 n'a pas seulement mis à nu les systèmes de santé fragiles et les vulnérabilités économiques du Sud, il a également révélé l'absence d'une vision forte qui unit les pays en développement, à tous les niveaux, autour d'un agenda international partagé. Depuis le déclenchement de la pandémie, bien que la coopération et la coordination entre les économies avancées aient été décevantes, les principaux membres du G20 ont organisé une série de réunions et de dialogues pour discuter de leurs actions. Face à l'urgence de défis multiples, il est essentiel que les pays du Sud construisent un partenariat stratégique et mènent des actions coordonnées sans plus attendre. Au-delà des plans de secours immédiats, il est nécessaire de mettre en place un plan de relèvement et de résilience dans le Sud.

Comme la CNUCED (UNCTAD, 2020) y a fait allusion, la coopération devrait donc s'articuler autour de trois principes fondamentaux : accroître les ressources ; améliorer l'espace politique ; et renforcer la résilience. En conséquence, un plan de solidarité pourrait prendre la forme d'une coopération financière Sud-Sud renforcée englobant des initiatives couvrant des mécanismes de financement à court et à long terme ; action conjointe des pays en développement pour relancer le commerce et l'industrie ; et le renforcement de la coopération Sud-Sud pour atténuer les crises sanitaire et alimentaire (UNCTAD, 2020). Dans la lutte contre la COVID-19 et les pandémies futures tout en s'attaquant aux défis existants et nouveaux, une coopération Sud-Sud renforcée offre des opportunités aux pays africains et à d'autres économies en développement.

Chapitre V - Préparation à la riposte aux pandémies et aux épidémies : analyse des capacités du secteur socio-économique dans dix pays africains

Ce chapitre traite d'abord des principaux faits stylisés macroéconomiques des 10 pays étudiés afin de mieux comprendre la situation macroéconomique à laquelle chacun d'entre eux a été confronté suite à la pandémie. Il étudie ensuite la préparation et la vulnérabilité socioéconomiques à la pandémie de ces dix pays étudiés et en dégage les conséquences en termes de capacités.

5.1 Aperçu macroéconomique des pays de l'échantillon

En vue d'évaluer la force relative des performances économiques de ces pays échantillon avant la pandémie du coronavirus, cette section présente les différents indicateurs macroéconomiques clés de ces dix pays au cours des 10 dernières années ayant précédé la pandémie.

5.1.1 Région Afrique du Nord

Le tableau 19 présente les faits stylisés macroéconomiques pour l'Égypte et la Mauritanie. Nous constatons qu'en moyenne, entre 2010 et 2019, les deux pays ont connu des taux de croissance positifs du PIB similaires, soit environ 3,80 % chacun. L'inflation a été plus élevée en Égypte avec 12,90 % en moyenne, qu'en Mauritanie, qui a enregistré un taux beaucoup plus faible de 3,69 % au cours de la même période. Pour les deux pays, le ratio du solde du compte courant par rapport au PIB (SCC/PIB) est resté négatif tout au long de la période ; en moyenne, toutefois, le ratio SCC/PIB de la Mauritanie était beaucoup plus élevé (-14,98 %) que celui de l'Égypte, qui s'élevait à -3,13 %. En ce qui concerne le fardeau de la dette avant la pandémie, le ratio du service de la dette aux exportations de l'Égypte s'est établi à 11,70 % en moyenne entre 2010 et 2019, tandis que celui de la Mauritanie était de 10,72 % au cours de la même période.

Tableau 19 : Indicateurs macroéconomiques clés pour l'Égypte et la Mauritanie

	Égypte				Mauritanie			
Année	Croissance du PIB	Inflation	Solde du compte courant/ PIB	Service Dette/Exp	Croissance du PIB	Inflation	Solde du compte courant/ PIB	Service Dette/Exp
2010	5,15	11,27	-2,06	6,21	2,62	6,28	..	4,94
2011	1,76	10,06	-2,32	7,90	4,17	5,69	..	4,04
2012	2,23	7,11	-2,50	6,62	4,47	4,90	-18,22	5,19
2013	2,19	9,47	-1,23	7,65	4,15	4,13	-17,47	5,79
2014	2,92	10,07	-1,95	12,67	4,27	3,53	-22,35	10,87
2015	4,37	10,37	-5,24	9,98	5,38	3,24	-15,50	14,15
2016	4,35	13,81	-6,16	19,50	1,26	1,49	-11,05	15,02
2017	4,18	29,51	-3,37	15,35	3,50	2,28	-10,49	15,72
2018	5,31	14,40	-3,08	15,05	2,12	3,05	-13,80	17,41
2019	5,56	..	-3,37	16,10	5,93	2,30	-10,93	14,07
Moyenne	3,80	12,90	-3,13	11,70	3,79	3,69	-14,98	10,72

Source : Banque mondiale (2021).

5.1.2 Région Afrique du Nord

Le tableau 20 présente les indicateurs macroéconomiques clés pour le Sénégal et le Nigeria au cours de la période 2010-2019. Avec un taux de croissance moyen de 5,14 %, le Sénégal a connu une croissance du PIB supérieure à celle du Nigeria (3,65 %) au cours d'une période de 10 ans avant le début de la pandémie. La baisse du PIB moyen du Nigeria part du fait qu'il a été confronté à une récession en 2016, après plusieurs années de croissance forte, et qu'il a enregistré des performances de croissance nettement faibles depuis lors. Les taux d'inflation sur la période ont été beaucoup plus faibles pour le Sénégal, avec un taux moyen de 1,02 %, que pour le Nigeria, avec un taux moyen de 11,80 %. Cependant, le ratio moyen du solde du compte courant du Nigeria par rapport au PIB s'est établi à 1,14 % ; en revanche, le Sénégal semble avoir été confronté à des problèmes de compte courant, le ratio s'élevant à -6,65 % au cours de la même période. Le pays a également été confronté à une charge d'endettement plus lourde entre 2010 et 2019, où le ratio moyen du service de la dette/exportations était de 9,75 %, contre 4,03 % pour le Nigeria.

Tableau 20 : Indicateurs macroéconomiques clé pour le Sénégal et le Nigeria

	Sénégal				Nigeria			
Année	Croissance du PIB	Inflation	Solde du compte courant/PIB	Service Dette/Exp	Croissance du PIB	Inflation	Solde du compte courant/PIB	Service Dette/Exp
2010	3,56	1,23	-3,63	8,91	8,01	13,72	3,63	1,50
2011	1,46	3,40	-6,41	8,90	5,31	10,84	2,63	0,51
2012	5,12	1,42	-8,57	7,68	4,23	12,22	3,81	1,34
2013	2,82	0,71	-8,17	8,89	6,67	8,48	3,74	0,49
2014	6,61	-1,09	-6,80	7,83	6,31	8,06	0,17	5,27
2015	6,37	0,14	-5,32	8,77	2,65	9,01	-3,17	3,21
2016	6,36	0,84	-4,18	9,05	-1,62	15,68	0,67	6,28
2017	7,41	1,32	-7,27	13,39	0,81	16,52	2,77	6,73
2018	6,38	0,46	-9,53	14,33	1,92	12,09	0,98	7,88
2019	5,27	1,76	..	..	2,21	11,40	-3,80	7,09
Moyenne	5,14	1,02	-6,65	9,75	3,65	11,80	1,14	4,03

Source : Banque mondiale (2021.)

5.1.3 Région Afrique de l'Est

Le tableau 21 montre que le Kenya a affiché un taux de croissance moyen du PIB robuste entre 2010 et 2019, soit 5,84 % ; alors qu'au Soudan, la croissance moyenne sur la même période s'est établie à 1,47 %. Il faut préciser que le Soudan a été plusieurs fois confronté à une récession au cours de la même période, notamment dans les années 2011, 2018 et 2019. Au Kenya, le taux d'inflation s'est établi à 7,28 % en moyenne sur la période 2010-2019, mais au Soudan, l'inflation était beaucoup plus élevée au cours de la même période, soit 32,16 %. Les deux pays ont connu un solde du compte courant (SCC) négatif au cours de cette période, le ratio SCC/PIB du Kenya étant de -7,41 % et celui du Soudan de -8,32%. Toutefois, le Kenya a été confronté à un fardeau d'endettement plus lourd, le ratio du service de la dette/exportations s'élevant à 12,60 %, tandis qu'il était de 5,56 % pour le Soudan.

Tableau 21 : Indicateurs macroéconomiques clé pour le Kenya et le Soudan

	Kenya				Soudan			
Année	Croissance du PIB	Inflation	Solde du compte courant/PIB	Service Dette/Exp	Croissance du PIB	Inflation	Solde du compte courant/PIB	Service Dette/Exp
2010	8,41	3,96	-5,92	4,40	3,47	13,25	-2,97	4,21
2011	6,11	14,02	-9,10	4,31	-1,97	18,10	-4,65	4,87
2012	4,56	9,38	-8,36	4,80	0,52	35,56	-11,86	7,13
2013	5,88	5,72	-8,79	4,91	4,39	36,52	-10,08	4,91
2014	5,36	6,88	-10,38	11,53	2,68	36,91	-5,46	4,31
2015	5,72	6,58	-6,91	8,47	4,91	16,91	-7,35	10,65
2016	5,88	6,30	-5,83	11,20	4,70	17,75	-8,14	6,34
2017	4,81	8,01	-7,20	14,64	0,77	32,35	-10,24	4,02
2018	6,32	4,69	-5,75	23,55	-2,29	63,29	-14,12	4,20
2019	5,37		-5,82	38,20	-2,50	50,99	..	4,92
Moyenne	5,84	7,28	-7,41	12,60	1,47	32,16	-8,32	5,56

Source : Banque mondiale (2021).

5.1.4 Région Afrique centrale

Les indicateurs clés de la situation macroéconomique des pays de la région d'Afrique centrale de l'étude (la République démocratique du Congo et le Tchad) sont présentés dans le tableau 22. L'étude s'efforce à présenter des données provenant de la même source pour les mêmes variables dans un souci d'harmonie et de facilité de comparaison. De ce point de vue, il existe des données manquantes pour les deux pays dans le tableau 22, en particulier le Tchad sur les mesures SCC/PIB et service de la dette/exportations, et pour l'inflation de la République démocratique du Congo de 2017 à 2019. Néanmoins, à partir des données disponibles, nous constatons que la République démocratique du Congo a connu un PIB moyen de 4,75 % au cours de la période 2010-2019, avec une croissance négative en 2015. Quant au Tchad, la croissance du PIB a été de 1,85 % sur la même période. Selon les données disponibles, le taux d'inflation moyen sur la période 2010-2019 était de 5,40 % pour la République démocratique du Congo et de 1,47 % pour le Tchad. En République démocratique du Congo, le ratio du solde du compte courant/PIB s'élevait en moyenne à -5,18 % et celui du service de la dette/exportations était en moyenne de

Tableau 22 : Indicateurs macroéconomiques clés pour la République démocratique du Congo et le Tchad

	RDC				Tchad			
Année	Croissance du PIB	Inflation	Solde du compte courant/PIB	Service Dette/Exp	Croissance du PIB	Inflation	Solde du compte courant/PIB	Service Dette/Exp
2010	8,56	7,10	-10,08	3,08	3,00	-2,08	..	..
2011	6,05	15,32	-4,96	2,46	1,69	2,03	..	..
2012	4,46	9,72	-4,30	3,08	1,01	7,52	..	..
2013	11,34	0,81	-9,51	3,33	1,85	0,22	..	..
2014	4,15	1,24	-4,80	3,22	2,45	1,68	..	..
2015	-1,70	0,74	-3,91	3,74	1,33	4,38	..	..
2016	4,30	2,89	-4,05	4,02	1,72	-0,79	..	..
2017	2,90	„	-3,27	3,39	1,80	-1,54	..	..
2018	4,48	„	-3,57	2,33	2,75	4,27	..	..
2019	2,97	„	-3,36	8,39	0,93	-0,97	..	..
Moyenne	4,75	5,40	-5,18	3,71	1,85	1,47	..	..

Source : Banque mondiale (2021).

5.1.5 Région Afrique australe

Au Botswana, la croissance du PIB s'élevait en moyenne à 4,75 % sur la période 2010-2019, avec un taux d'inflation moyen de 4,84 %. Sur la même période, les performances de croissance du Mozambique se sont légèrement améliorées avec une moyenne de 5,56 % et un taux d'inflation moyen de 7,58 %. Le Botswana est le seul pays étudié, qui affiche un ratio positif du solde du compte courant/PIB sur la période, soit 2,11 % contre -28,86 % pour le Mozambique. En ce qui concerne le fardeau de la dette, le Botswana est dans une position relativement plus favorable avec un ratio moyen du service de la dette/exportations de 1,95 % sur la période, tandis que le ratio moyen du service de la dette par rapport aux exportations du Mozambique s'est établi à 14,52 % sur la même période (Tableau 23).

Tableau 23 : Les indicateurs macroéconomiques clé pour le Botswana et le Mozambique

	Botswana				Mozambique			
Année	Croissance du PIB	Inflation	Solde du compte courant/PIB	Service Dette/Exp	Croissance du PIB	Inflation	Solde du compte courant/PIB	Service Dette/Exp
2010	8,56	6,95	-6,29	1,41	6,50	12,43	-15,12	24,74
2011	6,05	8,46	-0,72	1,06	7,42	11,17	-23,15	18,32
2012	4,46	7,54	-6,27	0,79	7,26	2,60	-41,53	9,99
2013	11,34	5,88	4,47	2,15	6,96	4,26	-36,84	10,73
2014	4,15	4,40	10,67	0,66	7,40	2,56	-32,72	16,00
2015	-1,70	3,06	2,20	3,33	6,72	3,55	-37,41	15,12
2016	4,30	2,81	7,75	2,00	3,82	17,42	-32,22	14,06
2017	2,90	3,31	5,34	2,47	3,74	15,11	-19,56	9,39
2018	4,48	3,24	1,85	2,44	3,44	3,91	-30,32	10,40
2019	2,97	2,77	„	3,17	2,28	2,78	-19,78	16,42
Moyenne	4,75	4,84	2,11	1,95	5,56	7,58	-28,86	14,52

Source : Banque mondiale (2021).

5.2 Évaluation de la préparation et de la vulnérabilité socioéconomiques à une pandémie des dix pays étudiés

Le tableau 24 met en lumière la préparation et la vulnérabilité socioéconomiques des dix pays de l'étude. Conformément à l'approche des Nations Unies, le cadre utilisé pour cette évaluation comporte trois dimensions : la situation du développement humain pour chaque pays en 2019, une évaluation de la vulnérabilité économique et une évaluation de la vulnérabilité sociale pour chaque pays avant le début de la pandémie. L'indice du développement humain (IDH) 2019 est utilisé comme indicateur de la situation humaine des pays échantillons. Pour mesurer la vulnérabilité économique, trois indicateurs ont été pris en compte : l'épargne nette ajustée en pourcentage du revenu national brut (RNB) ; la formation brute de capital en pourcentage du PIB ; et la main-d'œuvre qualifiée en pourcentage de la main-d'œuvre totale. Et pour étudier la vulnérabilité de chaque pays, quatre indicateurs sont utilisés : le pourcentage de la population vivant en deçà du seuil de pauvreté national; le ratio de dépendance (c'est-à-dire le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de 15 à 64 ans) ; et l'indice d'inégalité de genres (variation annuelle moyenne en pourcentage).

5.2.1 Développement humain

Concernant l'indice de développement humain en 2019¹⁰, notons que la moyenne des pays en développement est de 0,689, seuls deux pays de l'étude, affichent des résultats supérieurs à la moyenne des pays en développement : Le Botswana (0,735) et l'Égypte (0,707). Conformément à cette observation, les classements IDH montrent qu'en 2019, deux pays de l'échantillon sont classés parmi les pays à « Développement humain élevé » en 2019 : le Botswana (100/189) et l'Égypte (116/116). De

même, avec un classe classés parmi les pays à « faible développement humain » dans le RDH 2020. Cela montre la fragilité générale et les défis auxquels sont confrontés les pays échantillons en termes de nécessité d'améliorer le développement humain, même avant la pandémie.

Il est essentiel de prendre en compte la dimension sexospécifique du développement humain. L'OMS a estimé que, dans l'ensemble, les femmes représentent 40 % des infections à la COVID-19 en Afrique¹¹. En outre, l'OMS précise que « les femmes sont touchées de manière disproportionnée en raison des mesures de confinement, avec pour conséquence l'accès réduit aux services de santé¹². » De plus, en Afrique subsaharienne, 90 % de la main-d'œuvre sont constitués des travailleurs informels, dont la plupart sont des femmes. Par conséquent, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être durement touchées par les difficultés économiques suite à la COVID-19¹³.

L'étude se sert de l'indice sexospécifique de développement humain (ISDH)¹⁴ pour évaluer les écarts de développement humain réalisés par les hommes et les femmes de l'échantillon en tant qu'une mesure plus spécifique de la vulnérabilité du développement humain. L'ISDH moyen des pays en développement en 2019 est de 0,919. Sur cet indice, le Botswana, le Kenya et le Mozambique affichent de meilleures performances que la moyenne des pays en développement, avec des résultats de 0,998, 0,937 et 0,912, respectivement. Le Tchad affiche l'ISDH le plus faible parmi les pays de l'échantillon, avec un score de 0,764. Dans l'ensemble, bien que l'égalité de développement entre les hommes et les femmes ne soit en aucun cas parfaite, la plupart des pays sélectionnés pour l'étude affichent néanmoins un ISDH supérieur ou proche du score moyen des pays en développement en 2019. Il s'agit d'un domaine où l'on peut rapidement améliorer l'égalité des genres et le développement humain en général si les ressources mobilisées pour la riposte à la COVID-19 sont concentrées sur la réduction des écarts entre les hommes et les femmes dans la politique de développement.

5.2.2 Vulnérabilité économique

L'épargne intérieure est un élément important de la capacité des pays à créer un espace fiscal suffisant pour faire face aux exigences de financement de la riposte à une pandémie. Dans une situation où les possibilités de financement extérieur s'amenuisent, comme c'est le cas avec la pandémie du COVID-19, l'épargne relève d'une importance encore plus grande, car la plupart des pays doivent se concentrer sur la mobilisation des ressources en vue de maximiser la disponibilité des liquidités au service de la riposte à la COVID-19. Parmi les pays d'échantillon, en comparaison d'une épargne nette ajustée moyenne (en pourcentage du revenu national brut) de 15,2 % pour les pays en développement, trois des pays sélectionnés pour l'étude ont occupé une position relativement forte au cours de la période 2015-2018, notamment le Botswana (20,5 %), la Mauritanie (14,8 %) et le Sénégal (12,5 %). Plusieurs autres pays de l'échantillon semblent être dans une position plus vulnérable avec des taux d'épargne nets négatifs. Parmi lesquels la République démocratique du Congo (-7,9 %), le Kenya (-4,4 %), le Soudan (-6,2 %) et le Nigeria (0,1 %). Le Mozambique et l'Égypte ont affiché des taux d'épargne relativement faibles, mais positifs, respectivement de 5,1 % et 3,6 %. Dans l'ensemble, à l'exception du Botswana et de la Mauritanie, dont le taux d'épargne intérieure est supérieur ou proche de la moyenne des pays en développement, les autres pays de l'échantillon semblaient être dans une position relativement vulnérable au cours de la période précédant le début de la pandémie du point de vue de la mobilisation des ressources intérieures.

La formation brute de capital (en pourcentage du PIB) est le deuxième indicateur choisi pour évaluer la vulnérabilité économique antérieure des pays de l'échantillon. Au cours de la période 2015-2019, le taux moyen de la formation brute de capital (FBC) s'est établi à 33,1 % pour les pays en développement. Parmi les pays étudiés, plusieurs ont obtenu des résultats supérieurs ou proches de la moyenne des pays en développement, notamment le Mozambique (43,9 %), la Mauritanie (40,9 %), le Botswana (33,2 %) et le Sénégal (32,8 %). Tous les autres pays se situent au-dessus de 15 %, ce qui indique une performance globale relativement forte pour l'indicateur de la FBC. Il est important de noter, cependant, qu'une partie importante de la formation brute de capital des pays est constituée d'investissements directs étrangers (IDE), ce qui implique que le COVID-19 peut avoir exercé une contrainte sévère sur la formation brute de capital dans les pays au cours de la période 2019-2020, compte tenu des impacts négatifs probables liés à la pandémie sur les IDE.

L'indicateur de la main-d'œuvre qualifiée est une mesure de la vulnérabilité économique, car il évalue dans quelle mesure les pays auraient renforcé la capacité de leur main-d'œuvre à se remettre rapidement des effets de la pandémie sur le marché du travail. Au cours de la période 2010-2019, le pourcentage moyen de travailleurs qualifiés par rapport à la population

11 En Afrique du Sud, les femmes représentent 55 % des cas d'infection de COVID-19

(<https://www.afro.who.int/news/who-concerned-over-covid-19-impact-women-girls-africa> (visité le 23 novembre 2020))

12 <https://www.afro.who.int/news/who-concerned-over-covid-19-impact-women-girls-africa> (visité le 23 novembre 2020)

13 <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33622> (accessed on 23 November 2020)

14 Selon le PNUD, l'ISDH mesure les écarts entre les sexes dans les réalisations en matière de développement humain en tenant compte des disparités entre les femmes et les hommes dans trois dimensions fondamentales du développement humain - la santé, les connaissances et les niveaux de vie en utilisant les mêmes indicateurs que dans l'IDH. L'ISDH est le rapport des IDH calculés séparément pour les femmes et les hommes en utilisant la même méthodologie que dans l'IDH. Il s'agit d'une mesure directe de l'écart entre les sexes montrant l'IDH féminin en pourcentage de l'IDH masculin (PNUD)

<http://hdr.undp.org/en/content/gender-development-index-gdi> (visité le 23 novembre 2020)

active s'est élevé à 33,9 % pour les pays en développement (PED). C'est dans ces circonstances que, l'Égypte (57,6 %), la République démocratique du Congo (43 %), le Nigeria (41,4 %), le Kenya (40,5 %) et le Botswana (34 %) ont affiché des performances supérieures ou proches de la moyenne des pays en développement en ce qui concerne leur main-d'œuvre qualifiée. Les pays les plus vulnérables en matière de main-d'œuvre qualifiée sont le Mozambique (7,1%), le Tchad (7,6 %), la Mauritanie (8,2 %), le Sénégal (10,8 %) et le Soudan (22 %).

5.2.3 Vulnérabilité sociale

En ce qui concerne le premier indicateur de vulnérabilité sociale, à savoir le pourcentage de la population vivant en deçà du seuil de pauvreté national, les pays étudiés présentent généralement un niveau de vulnérabilité plus élevé que la moyenne des pays en développement, soit 20,7 % au cours de la période 2008-2019, avant la pandémie. Au cours de cette même période, par exemple, le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de pauvreté national était de 63,9 % pour la République démocratique du Congo, de 46,7 % pour le Tchad, de 46,7 % pour le Sénégal, de 46,5% pour le Soudan, de 46,1 % pour le Mozambique et de 46 % pour le Nigeria. Le même indicateur pour le Kenya était de 36,1 %, tandis que l'Égypte affichait 32,5 % et la Mauritanie 31 %. Le Botswana a affiché une performance inférieure à la moyenne des pays en développement selon l'indicateur de pauvreté, avec 19,3 % de la population vivant en deçà du seuil de pauvreté national. Dans l'ensemble, l'indicateur de pauvreté révèle un niveau élevé de vulnérabilité sociale des pays étudiés au cours de la période précédant le début de la pandémie de COVID-19, ce qui donne une image désolante des pays qui ont dû faire face à une période très difficile pour lutter contre la pandémie, qui a provoqué la première récession en Afrique au cours des 25 dernières années et a renforcé la pauvreté et la vulnérabilité des populations.

En ce qui concerne le taux de dépendance, les données indiquent la jeunesse relative de la population africaine. Le ratio des personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes par rapport aux personnes âgées de 15 à 64 ans est de 14,7 pour les pays en développement. Tous les pays de l'échantillon affichent un ratio de dépendance inférieur à la moyenne des pays en développement ; l'Égypte présente le ratio le plus élevé de l'échantillon, soit 10,2. Ainsi, si l'on s'en tient strictement à la structure par âge, et étant donné que les impacts sanitaires les plus graves de la COVID-19 semblent toucher davantage les populations les plus âgées, les pays africains présentent une vulnérabilité relativement plus faible à cet égard que la moyenne des pays en développement.

Tableau 24 : La préparation et la vulnérabilité socioéconomiques des dix pays étudiés à une pandémie

Pays	Mesures de la préparation et de la vulnérabilité socio-économiques	Développement humain			Vulnérabilité économique			Vulnérabilité sociale	
		Indice de développement humain (IDH)	Classement IDH (Sur 189)	Indice sexospécifique du développement humain (ISDH)	Épargne nette ajustée (% du RNB)	Formation brute de capital (% du PIB)	Main-d'œuvre qualifiée (% de la population active)	Population vivant en deçà du seuil de pauvreté national (%)	Ratio de dépendance (65 ans et plus pour 100 personnes âgées de 15 à 64 ans)
	Année/Période	2019	2019	2019	2015-2018	2015-2019	2010-2019	2008-2019	2019
Botswana		0,735	100	0,998	20,5	33,2	34	19,3	8,6
Tchad		0,398	187	0,764	..	21,4	7,6	46,7	4,7
RDC		0,480	175	0,845	-7,9	25,3	43	63,9	5,9
Égypte		0,707	116	0,882	3,6	16,7	57,6	32,5	10,2
Kenya		0,601	143	0,937	-4,4	17,4	40,5	36,1	5,4
Mauritanie		0,546	157	0,864	14,8	40,9	8,2	31	6,2
Mozambique		0,456	181	0,912	5,1	43,9	7,1	46,1	5,1
Nigeria		0,539	161	0,881	0,1	19,8	41,4	46	5,2
Sénégal		0,512	168	0,870	12,5	32,8	10,8	46,7	5,8
Soudan		0,510	170	0,860	-6,2	19,3	22,7	46,5	7,1
Pays en développement		0,689		0,919	15,2	33,1	33,9	20,7	14,7

Source : Compilation des auteurs

5.3 Riposte à la COVID-19 à travers la politique fiscale dans les dix pays étudiés

Les sections 5.1 et 5.2 définissent le paysage macroéconomique des dix pays étudiés avant la pandémie de la COVID-19. Dans cette section, l'accent est mis sur les mesures adoptées par les pays échantillons en réponse à la pandémie. Le tableau 25 indique que les dix pays étudiés ont adopté des mesures fiscales visant à maintenir la durabilité économique et à réduire les impacts économiques négatifs causés par la pandémie. Chaque pays de l'étude a annoncé à la fois un plan de relance économique et un plan de dépenses en santé. En termes de dollars, les annonces égyptiennes et nigérianes se situent à un niveau supérieur, avec respectivement 6,3 et 1,7 milliards de dollars. En revanche, le Botswana (124 millions de dollars), le Tchad (165 millions de dollars) et la Mauritanie (260 millions de dollars) semblent se situer au bas de l'échelle des mesures de relance annoncées. Toutefois, en termes de pourcentage du PIB, le plan de relance de la Mauritanie est le plus élevé, à 5 % du PIB, tandis que celui du Nigeria est le plus faible, à 0,40 % du PIB.

En ce qui concerne les mesures de dépenses en santé suite à la COVID-19 annoncées, le Soudan occupe la première place avec 14,70 % des dépenses totales des administrations publiques, tandis que l'enveloppe santé de l'Égypte constitue 0,40 % des dépenses totales des administrations publiques. En plus des plans de relance et de dépenses en santé, les dix pays ont adopté des mesures de report et d'exonération de l'impôt sur les sociétés, ainsi que d'autres mesures de soutien aux entreprises, notamment des cautions et des subventions. Les mesures de protection sociale supplémentaires adoptées par les pays comprennent les transferts directs en espèces aux citoyens et les allocations de chômage. Le Tchad, le Kenya, le Sénégal et

le Soudan ont également mis en œuvre des programmes d'assistance alimentaire en tant que mesures d'allègement liées à la COVID (voir tableau 25).

Tableau 25 : Riposte en termes de politique fiscale des pays africains sélectionnés à la COVID-19

Pays	Mesures de relance économique annoncées (USD) (hormis les nouvelles dépenses en santé)	Mesures de relance annoncées (%PIB)	Mesures de dépenses en santé suite à la COVID-19 annoncées (USD)	Dépense en santé suite à la COVID-19, % des dépenses totales des administrations publiques	Reports et exonérations de l'impôt sur les sociétés	Soutien supplémentaire aux entreprises (y compris les garanties, les subventions, etc...)	Transferts de fonds aux citoyens (y compris les allocations de chômage)	Aide alimentaire
Botswana	124 millions	0,70 %	39 millions	0,80 %	✓	✓	✓	
Tchad	165 millions	1,50 %	69 millions	5,30 %	✓	✓		✓
RDC	-	-	135 millions	2,70 %	✓			
Égypte	6 329 millions	2,50 %	316 millions	0,40 %	✓	✓	✓	
Kenya	534 millions	0,60 %	377 millions	1,80 %	✓	✓	✓	✓
Mauritanie	260 millions	5,00 %	80 millions	6,20 %	✓	✓	✓	
Mozambique	*700 millions sollicités	4,86*	49 millions	1,20 %	✓	✓	✓	
Nigeria	1 771 millions	0,40 %	1 362 millions	3,00 %	✓	✓	✓	
Sénégal	801 millions	3,40 %	130 millions	2,70 %	✓	✓	✓	✓
Soudan	415 millions	1,20 %	542 millions	14,70 %		✓	✓	✓

Source : Institut Milken (2021).

5.4 Riposte en termes de politique fiscale à la COVID-19 dans les dix pays étudiés

Outre les mesures fiscales, de nombreux pays ont également adopté des mesures de politique monétaire consistant à modifier les taux d'intérêt débiteurs, les exigences de fonds propres, l'aide de trésorerie, etc. Les mesures de politique monétaire sont présentées pays après pays, avec des renseignements supplémentaires dans le tableau 26.

Sénégal

Le Sénégal est membre de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) et possède une banque centrale commune, la Banque centrale des États de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO). Dans le cadre de ses mesures prises en réponse à la COVID-19, la BCEAO a augmenté les ressources disponibles pour les banques à 4,750 milliards FCFA (environ, 8,6 millions USD), a élargi son dispositif de garantie pour 1 700 entreprises requalifiées et a annoncé divers cadres de refinancement de crédit. Elle a également accordé 25 milliards de FCFA (environ 45 millions de dollars) de subventions à la Banque ouest-africaine de développement (BOAD). La BCEAO a également revu à la baisse le plafond et le plancher du corridor de politique monétaire de 50 points de base (pb), à 4,00 % et 2,00 %, respectivement.

Tchad

Le Tchad est membre de la communauté économique et monétaire d'Afrique centrale (CEMAC) et possède une banque centrale commune, la Banque des États de l'Afrique centrale (BEAC). En réponse à la COVID-19, la BEAC a réduit son taux directeur de 3,5 % à 3,25 %, a diminué le taux de la facilité de prêt marginal de 6 % à 5 %, et a augmenté les apports de liquidités à 500 milliards de FCFA (environ 898 millions de dollars).

République démocratique du Congo

En République démocratique du Congo, la Banque Centrale du Congo (BCC) a diminué son taux directeur de 18,5 % à 7,5 %. En mars, la BCC a annoncé un certain nombre de mesures de riposte supplémentaires pour assurer la stabilité du marché et accroître les liquidités, notamment la suppression des frais sur les transactions de monnaie électronique et l'utilisation accrue des services bancaires mobiles.

Tableau 26 : Mesures de politique monétaire des pays africains sélectionnés en réponse à la COVID-19

Pays	Taux directeur actuel	Taux directeur le plus bas en 2020	Réduction de la riposte à la COVID-19	Réduction de taux directeurs	Réduction des exigences de fonds propres	Mesures d'aide de trésorerie	Cadre de report et de refinancement des prêts	Mesures de taux de change	Fintech/ Mesures de soutien au paiement électronique
Sénégal	4,00 %	4,00 %	0			✓			
Tchad	3,25 %	3,25 %	0			✓			
RDC	18,50 %	7,50 %	-		✓				✓
Égypte	8,25 %	8,25 %	-3			✓			✓
Kenya	7,00 %	7,00 %	-1			✓			
Mauritanie	5,00 %	5,00 %	-1	✓	✓	✓			
Mozambique	10,25 %	10,25 %	-2	✓	✓	✓		✓	✓
Nigeria	11,50 %	11,50 %	-2	✓					✓

Source : Institut Milken (2021).

Égypte

La Banque centrale d'Égypte (CBE) a réduit son taux directeur pour la troisième fois, de 50 points de base, à 8,25 %, le 12 novembre 2020. La précédente baisse de taux, également de 50 pb à 8,75 %, est intervenue le 24 septembre 2020. Avant cela, en mars, la CBE a annoncé un vaste programme d'allègement de la dette ciblant les secteurs du tourisme et des PME et a réduit son taux directeur de 300 points de base à 9,75 %.

Kenya

La Banque centrale du Kenya a réduit son taux directeur de 25 points de base pour le ramener à 7,00 % le 29 avril 2020. Il s'agit de la deuxième baisse de taux, après une première réduction de 8,25 à 7,25 le 24 mars 2020.

Mauritanie

La Banque centrale de Mauritanie a réduit son taux directeur de 150 points de base pour le ramener à 5 % et a mis en place un mécanisme de conversion de devises pour prévenir les fluctuations du taux de change.

Mozambique

La Banco de Moçambique a encore réduit son principal taux directeur de 100 points de base, à 10,25 %, le 17 juin 2020. Il s'agit de la deuxième baisse de taux, après une première réduction de 12,75 à 11,25 survenue le 16 avril 2020.

Nigeria

Outre la mise en œuvre du plan de viabilité économique (PVE), la Banque centrale du Nigeria a réduit son taux directeur de 1 %, à 11,5 %, soit la deuxième baisse de taux depuis mars 2020. Elle a mis en place une ligne de crédit ciblée de 50 milliards N (environ 131 millions USD) et a pris d'autres mesures pour injecter des liquidités dans le système bancaire.

5.5 Les principaux résultats des enquêtes socio-économiques

Après avoir examiné la préparation et la vulnérabilité socio-économiques ainsi que les premières mesures de politique budgétaire et monétaire des dix pays étudiés, la section 5.5 présente et analyse les résultats de l'enquête sur les domaines socio-économiques de cette étude. Voici les pays, qui ont participé à l'enquête : Tchad, Sénégal, République démocratique du Congo, Mauritanie, Nigeria, Égypte, Mozambique et Kenya.

5.5.1 Évaluation des impacts financiers et économiques des pays, des chaînes de valeur, de l'innovation et du soutien aux MPME et aux entreprises dirigées par des jeunes et des femmes

En raison de la gravité des impacts socio-économiques du COVID-19, en particulier sur les petites et moyennes entreprises, le redressement économique pendant la période post-COVID exigera qu'une attention particulière soit accordée aux chaînes de valeur, tant les chaînes de valeur continentales, en particulier avec l'entrée en vigueur de la ZLECAf, que les chaînes de valeur mondiales. Les évaluations rapides du marché permettent de déterminer les secteurs économiques les plus prometteurs en termes de valeur ajoutée pour chaque pays et qui peuvent plus facilement être intégrés dans les chaînes de valeur continentales et mondiales. Le secteur agricole revêt une importance particulière dans les efforts de reconstruction post-COVID de la plupart des pays africains. En effet, selon McKinsey, plus de 60 % de la population de l'Afrique subsaharienne sont des petits exploitants agricoles et l'agriculture contribue au PIB de la région à hauteur de 23 %. En outre, les femmes représentent près de 70 % de la main-d'œuvre agricole en Afrique.

Par conséquent, les politiques de reconstruction de l'économie post-COVID en Afrique doivent se consacrer à la redynamisation du secteur agricole afin qu'il puisse devenir une source de revenus durable pour la majorité de la population africaine qui en dépend.

Par ailleurs, plusieurs questions relatives à l'analyse de l'impact socio-économique portent sur la manière dont les entreprises et les personnes ont ressenti les effets du COVID-19, ainsi que sur les efforts de riposte des pays, notamment l'évaluation de leurs chaînes de valeur et de leurs politiques de soutien aux MPME et aux entreprises dirigées par des femmes et des jeunes.

Les effets financiers et économiques du COVID-19 sur les entreprises et les individus

L'un des enseignements tirés de cette étude concerne la manière dont les populations et les entreprises ont ressenti l'impact financier et économique du COVID-19. Les réponses écrites à ces questions figurent dans l'encadré 13.

L'encadré 13 : Les effets financiers et économiques du COVID-19 sur les entreprises et les individus

- Les transports sont devenus un peu plus coûteux en raison de la réduction du nombre de personnes que les taxis et les bus étaient autorisés à transporter à la fois. L'accès aux marchés est devenu difficile.
- Le programme éducatif de cette année n'a pas pu être suivi en raison des perturbations liées à la COVID-19.
- La fermeture des écoles a eu un impact négatif tangible sur les ménages.
- Les restrictions de déplacement étaient pénibles pour les populations.
- La production du secteur industriel a été sévèrement réduite en raison de la crise financière.
- Les couvre-feux et les restrictions de déplacement ont eu un impact négatif sur les activités industrielles.
- La fabrication a été affectée par des problèmes de chaîne d'approvisionnement.
- La rareté des devises étrangères et les restrictions imposées aux secteurs ont accentué la crise financière.
- La nécessité du télétravail a favorisé les évolutions des solutions numériques et de l'utilisation des technologies de l'information.
- L'insuffisance des investissements a ralenti les activités dans le secteur de la construction.
- Les mesures de confinement et les restrictions de déplacement ont affecté les secteurs de l'hôtellerie et de la restauration, renforçant ainsi la crise financière dans ces secteurs.
- La fermeture des frontières a eu un impact négatif sur le commerce.

Source : Questionnaire de données primaires 2020.

Impact sur les secteurs sociaux non sanitaires

La pandémie de COVID-19 risque de provoquer des chocs négatifs à court et à long terme sur les systèmes éducatifs en Afrique. Les systèmes éducatifs de la plupart des pays africains n'ont pas été conçus pour gérer des interruptions prolongées, comme cela a été le cas lors de la pandémie de COVID-19. La baisse de l'apprentissage sera inévitable et considérable, et touchera de manière disproportionnée les personnes défavorisées. Dans la plupart des pays, ni les enseignants ni les élèves n'étaient préparés à l'apprentissage numérique. La plupart n'avaient pas accès à un ordinateur et encore moins à une connexion Wi-Fi. Dans cette enquête, 100 % des répondants ont affirmé que le COVID-19 a eu un impact destructeur ou très destructeur sur les systèmes éducatifs de leurs pays.

Évaluations de l'existence de chaînes de valeur

À la question de savoir si une évaluation rapide du marché avait été menée pour déterminer les secteurs à chaîne de valeur durable impactés par le COVID-19, 75 % des personnes interrogées ont répondu par oui, les transports aériens et terrestres, l'hôtellerie et la restauration, la construction, les chaînes d'approvisionnement alimentaire et l'éducation étant cités parmi les secteurs les plus impactés, lesquels présentent également le plus grand potentiel de croissance.

À la question particulière de savoir si les pays ont mis en place des programmes de soutien aux partenariats efficaces relatifs aux chaînes de valeur locales agricoles, 66 % des participants ont répondu par l'affirmative. À la question de savoir quels types de mécanismes ou de plateformes existent dans les pays pour renforcer les partenariats commerciaux afin de soutenir les chaînes de valeur locales face à la COVID-19, les réponses sont les suivantes : financement des PME (33 %) ; facilités de crédit (33 %) ; et associations commerciales (33 %). Selon les résultats de l'enquête, de nombreux pays ont élaboré des programmes visant à aider les MPME à améliorer leurs capacités d'adaptation pendant la pandémie du COVID-19, notamment par l'octroi de financements directs, l'élargissement de l'accès au crédit et des mesures de subvention des prix. Mais il est important de noter que d'autres études devront être menées pour déterminer les impacts de ces programmes.

Innovation, Solutions électroniques, Amélioration de la productivité, Reconversion et Renforcement des compétences

À la question de savoir si les pays ont mis en place une initiative de changement transformationnel des entreprises ou des politiques et procédures pour garantir l'innovation dans les processus d'entreprise, les modèles d'entreprise, les technologies, les améliorations de la productivité, le recyclage et le perfectionnement des compétences, seuls 50 % des répondants ont répondu par l'affirmative. En outre, à la question de savoir si les pays ont adopté des programmes visant à promouvoir et à financer des solutions électroniques innovantes dans le secteur privé afin de stabiliser l'offre (par exemple, la promotion de la banque et du commerce numériques, la réduction des taxes sur l'internet et les TIC), 66 % des répondants ont répondu par oui. Cependant, la plupart des personnes interrogées ont indiqué que moins de 10 % des entreprises privées sont équipées de capacités électroniques dans leur pays, et que moins de 10 % des travailleurs ont été formés ou ont acquis des compétences numériques dans leur pays (voir figure 12).

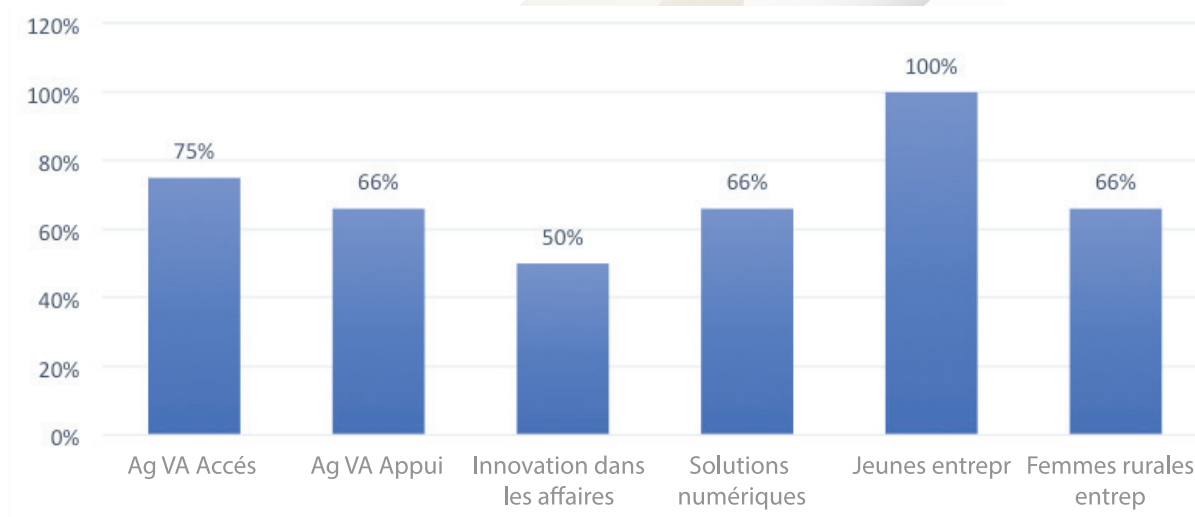
Soutien à l'entrepreneuriat des jeunes et des femmes rurales

À la question de savoir si les pays ont mis en place des initiatives pour promouvoir l'esprit d'entreprise, 100 % des répondants ont répondu positivement. Ces programmes semblent être à caractère public dans certains pays, et/ou cibler des secteurs particuliers dans d'autres pays. 66 % des répondants ont également affirmé que leur pays avait adopté des initiatives visant à soutenir l'esprit d'entreprise, les activités économiques et les produits des femmes rurales, y compris l'accès à des chaînes de valeur spécifiques (voir figure 12).

Protection sociale des populations vulnérables

Il est prouvé à l'échelle mondiale que le COVID-19 exacerbe la pauvreté, l'inégalité et la vulnérabilité des individus et des familles. Les mécanismes de protection sociale font partie des mesures les plus efficaces pour lutter contre la pauvreté et la vulnérabilité. Cependant, le tableau des programmes de protection sociale en Afrique avant la pandémie est très peu détaillé. Certains pays, comme le Nigeria, disposaient de solides programmes de protection sociale avant le COVID-19. Néanmoins, la pandémie a mis en évidence l'incapacité des systèmes de protection sociale, quels qu'ils soient, à fournir une assistance adéquate aux couches les plus vulnérables de la population, y compris celles qui étaient devenues nouvellement vulnérables en raison des effets du COVID-19 sur leurs entreprises et leurs moyens de subsistance.

Figure 12 : Politiques socio-économiques relatives à la COVID-19



Source : Questionnaire de données primaires 2020.

En ce qui concerne la protection sociale, comme nous l'avons vu au chapitre III, la plupart des pays africains, y compris ceux de l'échantillon étudié, ont adopté des mesures fiscales assorties de certains éléments de protection sociale. Cependant, les résultats de l'enquête indiquent que les pays ont encore beaucoup de travail à faire pour atteindre un nombre significatif de populations vulnérables ayant besoin de protection sociale. L'enquête indique que moins de 500 000 personnes ont bénéficié de ces programmes de protection sociale dans les pays de l'échantillon.

5.5.2 Stratégies de gestion de la dette et mobilisation des ressources en vue la résilience financière en cas de pandémie

La CNUCED a estimé que le COVID-19 fera baisser les IDE mondiaux de -30 % à -40 % au cours de la période 2020-2021¹⁵. En outre, étant donné les coûts de financement relativement importants pour la riposte à la pandémie, les pays accumuleront une dette publique élevée et connaîtront une augmentation des éléments de passif éventuel, ce qui constitue des chocs négatifs graves pour la croissance à long terme et la stabilité macroéconomique. La nécessité de mettre en place des stratégies de gestion durable de la dette et de rétablir la stabilité macroéconomique est devenue un impératif politique. L'enquête révèle que la plupart des pays de l'échantillon n'ont pas encore développé de stratégies adéquates de gestion de la dette comme moyen de renforcement de la résilience à la pandémie du COVID-19, et ceux qui l'ont fait ne connaissent qu'un succès minime dans la mise en œuvre de ces stratégies. Il convient toutefois de noter qu'au moins un pays ayant participé à l'enquête a identifié la réduction des dépenses publiques comme un élément majeur de la stratégie de gestion de la dette de ce pays.

Les mesures de riposte aux pandémies sont coûteuses, et le COVID-19 ne fait pas exception. Les pays africains ont été confrontés à une situation particulièrement difficile, car la nature mondiale de la pandémie a entraîné un épuisement rapide des sources traditionnelles de financement extérieur. En outre, il est indispensable d'étendre et de développer des systèmes de protection sociale résilients et favorables aux pauvres. Cela pourrait se traduire par l'adoption de mesures de protection de l'emploi telles que l'encouragement des MPME et la protection des acteurs productifs les plus vulnérables de la société dans les secteurs formel et informel également. Cela pourrait également signifier une augmentation des investissements du secteur public dans des projets de développement à forte concentration de main-d'œuvre ou des programmes de création d'emplois immédiats et à court terme dans des secteurs hautement prioritaires tels que l'agriculture, le développement des infrastructures rurales, la production artisanale, etc. Renforcer la résilience financière pour faire face à la COVID-19 est rapidement devenu une nécessité cruciale pour les pays.

En outre, le COVID-19 a révélé certains des défis et des vulnérabilités auxquels le continent est confronté, notamment en ce qui concerne la situation budgétaire des pays. L'avènement de la pandémie a également prouvé plus que jamais que les méthodes traditionnelles de mobilisation des ressources ne sont peut-être pas, à elles seules, le moyen le plus efficace pour l'Afrique de faire face aux besoins de financement liés à la COVID-19, notamment en ce qui concerne les exigences de redressement, de reconstruction, de préparation et de résilience post-COVID-19. La résilience post-COVID-19 exigera non seulement des ressources supplémentaires considérables provenant de diverses sources, y compris des sources innovantes, mais aussi une utilisation meilleure et plus efficace des ressources existantes. À cet égard, seuls 40 % des répondants ont affirmé que leur pays avait défini des stratégies durables de mobilisation et de croissance des recettes pour renforcer la résilience financière face à la COVID-19 et aux pandémies à venir.

5.5.3 La coopération Sud-Sud et la riposte socio-économique à la pandémie de la COVID-19

L'analyse ci-dessus souligne comment la crise du COVID-19 a mis à l'épreuve la capacité de gouvernance et de leadership des pays africains en termes de préparation et de résilience aux épidémies et aux pandémies. Compte tenu de la difficulté à compter sur les partenariats traditionnels lors d'une telle pandémie mondiale, une coopération et une coordination Sud-Sud plus étroites ne sauraient être plus nécessaires. La CNUCED a estimé que les pays en développement auront besoin d'au moins 2 500 milliards USD au cours des deux prochaines années pour se remettre de la pandémie du COVID-19 (UNCTAD, 2020), et des partenariats plus étroits entre et parmi les pays du Sud seront extrêmement nécessaires, compte tenu du contexte mondial actuel, pour construire des alliances stratégiques communes et collaboratives.

Les initiatives de coopération existantes entre les pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine, des Caraïbes et du monde arabe pourraient être renforcées et élargies, et de nouvelles initiatives pourraient également être développées, afin de garantir que les besoins financiers, politiques et techniques des pays vulnérables soient satisfaits dans le cadre de la coopération Sud-Sud. Ces accords de coopération Sud-Sud ne doivent pas se limiter aux seules ressources financières ; en effet, ils peuvent étendre le champ d'action du commerce, de l'accès aux marchés, des politiques industrielles et des politiques sociales et environnementales afin que les pays puissent se relever plus forts de la crise du COVID-19 et en sortir mieux préparés aux crises futures.

Chapitre VI - Défis, leçons apprises, recommandations de politiques et impératifs pour renforcer les capacités de riposte aux pandémies en Afrique

6.1 Défis

6.1.1 La composante santé

Selon un rapport du Johns Hopkins Center for Health Security, les pays africains sont les moins préparés à riposter aux urgences sanitaires liées à la COVID-19, à traiter les malades et à protéger les travailleurs de la santé (Johns Hopkins Center for Health Security, 2020). En outre, la faiblesse des systèmes de santé du continent, alliée à une forte prévalence de la malnutrition, du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose, a posé des défis importants pendant la pandémie de la COVID-19. De même, les pays africains ont de très faibles capacités à fournir les services de soins de base et de soins intensifs, et pourtant les cas graves de la COVID-19 peuvent provoquer un syndrome d'insuffisance respiratoire qui nécessite une assistance en oxygène (World Economic Forum, 2020b).

La plupart des pays africains n'ont pas réussi à établir des centres d'isolement appropriés pour la mise en quarantaine des cas suspects. De plus, dans l'ensemble du continent, l'interdiction des rassemblements sociaux et religieux à titre préventif pour contenir la propagation de la COVID-19, s'est heurtée à des résistances. Les stratégies de confinement et de maintien à la maison ont interrompu les activités commerciales, et ont donc fait en sorte que la plupart des personnes pauvres soient encore plus vulnérables aux conséquences économiques de la pandémie. Une telle situation pose ensuite des défis pour le respect des mesures de précaution (Lucero-Prisno, Adebisi et Lin, 2020). Les croyances socioculturelles et religieuses, la porosité des frontières internationales et le manque de synergie entre le gouvernement fédéral et le gouvernement des États ont affecté les politiques visant à réduire la propagation de la COVID-19 (WHO, 2020b).

Les ressources financières nécessaires pour acheter des kits de diagnostic et d'autres fournitures liées à la COVID-19 sont très insuffisantes, l'infrastructure de laboratoire pour le traitement des échantillons est inadéquate et il n'y a pas assez de techniciens de laboratoire pour traiter les échantillons. Il y a une rareté des équipements de protection individuelle pour les agents de santé au sein des services de santé nationaux. De ce fait, l'angoisse et l'anxiété d'être exposé à l'infection de la COVID-19 ont posé un défi important dans la gestion des cas de la maladie. En outre, les mythes et les idées fausses sur les causes de cette pandémie, le manque d'opportunités d'emploi et la pauvreté ont rendu difficile le maintien des personnes diagnostiquées positives à la COVID-19 dans n'importe quel type de confinement (Nachega et al. 2020).

Des pays comme l'Égypte et le Botswana disposent d'un système de santé publique et de surveillance assez solide au niveau national, mais l'ampleur de la pandémie de la COVID-19 a affaibli les services de santé publique essentiels. En outre, le coût de la formation des agents de santé, du transport des patients suspectés de souffrir de la COVID ou confirmés comme tels, les indemnités journalières pour les agents de santé, ainsi que l'utilisation efficace des technologies intelligentes, présentent des défis supplémentaires dans la riposte à la pandémie de la COVID-19 à travers l'Afrique (Winter et Lev, 2020).

6.1.2 La composante socioéconomique

Déjà élevés, les coûts humains de la pandémie de la COVID-19 ne cessent d'augmenter dans le monde entier, et les mesures de protection nécessaires ont de graves répercussions sur l'activité économique. En raison de cette pandémie, la croissance mondiale devrait passer d'environ 2,9% en 2019 à 3,3 % en 2020 et 3,4 % en 2021, ce qui signifie une révision à la baisse de 0,1 point de pourcentage pour 2019 et 2020 et 0,2 pour 2021. Selon un scénario de base qui suppose que la pandémie va s'estomper au second semestre 2020 et que les efforts pour la contenir peuvent être progressivement assouplis, l'économie mondiale devrait croître de 5,8 % en 2021 avec la normalisation de l'activité économique, et un appui dans le domaine des politiques (World Economic Outlook, 2021).

En Afrique, un article récent de la Banque mondiale a estimé que 256 millions de personnes en Éthiopie, en Ouganda, au Nigeria et au Malawi (soit 77% de la population totale de ces pays) vivent dans des ménages qui ont perdu des revenus pendant la pandémie. En conséquence, 33 millions de ménages dans ces quatre pays ont développé des stratégies pour faire face aux impacts économiques de la pandémie, notamment en s'appuyant sur l'épargne, en vendant un bien, en réduisant la consommation alimentaire ou non alimentaire et en recevant l'aide des membres de la famille ou du gouvernement. (Josephson, Kilic et Michler, 2020). En outre, une analyse du Brookings Institute sur les données du Nigeria a révélé que plus de 70 % des personnes interrogées dans les zones rurales et urbaines de ce pays ont été confrontées à l'insécurité alimentaire depuis le début de la pandémie (Madden, 2020).

Cette étude a confirmé le même schéma de défis dans l'ensemble des pays étudiés. Outre les défis auxquels les populations de ces pays sont confrontées en raison de la perte de revenus, elle révèle également qu'il existe de nombreuses insuffisances dans les compétences et les capacités qui peuvent aider les MPME et les entreprises dirigées par des jeunes et des femmes à mieux rivaliser dans le monde post-COVID-19. Les pays doivent également relever un autre défi qui consiste à veiller à ce que leurs politiques macroéconomiques soient axées sur le maintien d'un environnement institutionnel stable, y compris une gestion appropriée de la dette, des stratégies résilientes de mobilisation des ressources et des investissements dans la création de chaînes de valeur. Pour ce faire, il faut soutenir le commerce et l'accès aux marchés, et investir dans l'innovation, qui sont tous les éléments d'une stratégie globale pour faire face aux impacts socio-économiques de la COVID-19.

6.2 Se préparer aux pandémies et être prêt à les affronter : leçons apprises sur le cas des pays africains

6.2.1 La composante santé

En Afrique, de multiples leçons ont été apprises sur la pandémie de la COVID-19, entre autres : comment tirer parti des structures de santé existantes ; que faire pour assurer la durabilité de la chaîne d'approvisionnement ; comment élargir la portée grâce à une approche proactive et systématique ; et la nécessité de collaborer efficacement aux niveaux national et régional. La pandémie de la COVID-19 a mis en évidence les avantages d'une stratégie de chaîne d'approvisionnement durable à travers le continent, et divers pays africains ont élaboré des plans d'action pour combler les déficits dans les approvisionnements en produits de base. Ils ont également appris que le fait d'élargir la portée avec une approche systématique proactive renforce la résilience et améliore les systèmes de santé à long terme (Demissie, Holt, Kimeu, Sun et Okebukola, 2020). Les gouvernements de divers pays africains ont commencé à déterminer leurs besoins en produits de base et en équipements en identifiant les opportunités d'approvisionnement et en élaborant des plans d'importation ou de production locale sur la base d'analyses coûts-avantages.

Les pays africains ont appris qu'une étroite collaboration est cruciale aux niveaux national et régional dans la riposte à la pandémie mondiale. En outre, ils ont appris combien il est important de disposer, de manière proactive, d'une bonne logistique sur l'ensemble de la chaîne de valeur - tels que les outils numériques pour la gestion de la logistique et les systèmes d'information - et d'entretenir une étroite collaboration avec le secteur privé (Demissie et al., 2020). De plus, les infrastructures et programmes de santé qui existaient déjà et qui ont été utilisés pour les épidémies précédentes telles qu'Ebola, ont été mis à contribution dans la lutte contre la pandémie de la COVID-19. Par exemple, au Nigeria, la préparation locale, renforcée par la disponibilité des ressources destinées à lutter contre le virus de la poliomyélite sauvage (services de laboratoire, surveillance, communication des risques) a renforcé la riposte du pays à la COVID-19 (Ebenso, 2020).

En outre, les ministères de la santé ont besoin d'installations de santé fonctionnelles pour traiter les patients symptomatiques et hospitalisés, ainsi que d'une infrastructure améliorée, d'un équipement supplémentaire et de ressources humaines suffisantes pour gérer la maladie et prévenir la mortalité. Les mesures de riposte à la COVID-19 pour limiter sa propagation, telles que le confinement et les restrictions de mouvement, doivent être bien planifiées pour éviter des obstacles à l'accès à d'autres services de santé essentiels pour les enfants, les femmes enceintes et les personnes atteintes de maladies chroniques. Les équipes spéciales COVID-19 de pays mises sur pied doivent être proactives dans leur distribution de fournitures et d'articles non alimentaires, afin qu'il soit facile aux populations d'adopter les mesures de prévention et de contrôle de la pandémie.

Pour gérer efficacement toute épidémie telle que la COVID-19, les gouvernements doivent mettre à disposition dans leurs centres de tests et de soins de santé suffisamment de fournitures et de produits essentiels pour surmonter toute épidémie majeure à l'avenir. Cela étant, à en juger par ses systèmes, ses protocoles de coordination, ses dispositions de gouvernance et ses fournitures pour les tests, l'Afrique est le continent le moins préparé à faire face à une pandémie. Par exemple, la crise humanitaire dans la région de l'Afrique du Nord a grandement affecté les capacités de cette dernière à coordonner les efforts contre la pandémie de la COVID-19 (Dzinamarira, Dzobo et Chitungo, 2020). Il est urgent de rétablir des systèmes de soins de santé efficaces dans la région de l'Afrique du Nord pour une riposte appropriée à la pandémie de la COVID-19.

Certains pays africains, dont la République démocratique du Congo, ont des systèmes de soins de santé sollicités au-delà de leurs limites en raison d'une prévalence élevée du VIH et de la tuberculose, ainsi que d'épidémies prolongées de la maladie à virus Ebola. En outre, la République démocratique du Congo a connu une autre épidémie de maladie à virus Ebola en 2018 et est actuellement confrontée à une épidémie majeure de rougeole qui a fait environ 6000 morts pendant que la COVID-19 sévissait également. Les pays qui continuent de subir des épidémies - et ceux qui se remettent encore de récentes épidémies - ont du mal à gérer la nouvelle pandémie de la COVID-19 en raison du manque de main-d'œuvre, d'infrastructures et de ressources financières (Ayebare, Waït, Okello, Kayiira, Ajok, Nakatudde, Bhadelia et Lamorde, 2020).

Au Botswana, le gouvernement a pris d'importantes mesures pour lutter contre la pandémie de la COVID-19. Un groupe de travail multidisciplinaire sur la COVID-19 a été créé sous la direction du président de la République du Botswana pour coordonner la préparation et la riposte. Le groupe de travail COVID-19 a été soutenu par le comité de préparation et d'intervention en cas d'urgence de santé publique et a formé de manière appropriée un sous-comité multidisciplinaire (UNDP Botswana, 2020).

Le gouvernement du Botswana a restreint les déplacements et la circulation transfrontalière des marchandises dans le pays. Une quarantaine obligatoire a été instituée pour tous les citoyens qui rentrent au pays et des messages de prévention contre la COVID-19 ont été diffusés par le gouvernement à travers des dépliants, des imprimés, des émissions et des médias sociaux (UNDP Botswana, 2020).

Au Mozambique, l'Agence nationale de gestion des catastrophes du Mozambique a réalisé des évaluations dans les sites de réinstallation en utilisant la matrice de suivi des déplacements. Ces évaluations ont été utilisées pour éclairer le gouvernement et les partenaires humanitaires quant aux mesures de préparation et de précaution disponibles dans les sites de réinstallation qui accueillent actuellement les personnes déplacées en raison du cyclone Idai (OIM Mozambique, 2020).

En outre, le gouvernement du Mozambique a mis de côté environ 700 millions de dollars EU pour affronter la pandémie de la COVID-19 et faire face à ses conséquences socio-économiques avec des imprévus budgétaires immédiats. Pendant ce temps, le ministère de la santé a prévu dans son plan de riposte à la COVID-19 environ 260 millions de dollars EU pour une période de six mois qui seront utilisés pour l'achat de fournitures, le renforcement de la préparation et la mobilisation sociale (ONU Mozambique, 2020).

6.2.2 La composante socio-économique

D'importantes leçons peuvent être tirées de l'analyse socio-économique de cette étude. Par exemple, l'étude a révélé que les pays ne disposent généralement pas d'un système de protection sociale fonctionnel ou qu'ils ont encore beaucoup de travail à faire pour atteindre une proportion significative de personnes vulnérables ayant besoin d'une protection sociale. Bien que les pays aient mis en place des programmes d'appui au profit des femmes et des jeunes tous engagés dans l'entrepreneuriat, ainsi que des MPME, l'efficacité de ces programmes n'a pas encore été démontrée, dans le contexte de la crise du coronavirus. En outre, la plupart des répondants ont indiqué que moins de 10% des entreprises privées sont équipées de capacités en informatique dans leur pays et que moins de 10% des travailleurs ont été formés ou ont acquis des compétences numériques dans leur pays.

Il existe des déficits sérieux dans le secteur de l'éducation, car la plupart des étudiants n'avaient pas accès à Internet et aux ordinateurs qui auraient été nécessaires pour s'adapter aux nouvelles normes d'enseignement et d'apprentissage à distance imposées par la crise de la COVID-19. En fait, toutes les personnes enquêtées ont affirmé que la COVID-19 a eu un impact destructeur ou très destructeur sur les systèmes éducatifs de leur pays. De plus, bien que les pays aient rapidement adopté des mesures fiscales et monétaires pour tenter de freiner et de limiter les impacts économiques de la pandémie, l'étude montre que la plupart des pays de l'échantillon ont obtenu des scores inférieurs à la moyenne des pays en développement sur tous les paramètres servant à mesurer le développement humain, la vulnérabilité économique, et la vulnérabilité sociale retenus pour l'étude.

Une leçon générale tirée de l'étude souligne le besoin urgent de renforcer les capacités de planification, de programmation et de budgétisation sur le continent, ainsi que la capacité de renforcer et de maintenir la résilience financière, et la capacité de leadership pour anticiper, planifier et garantir l'état de préparation afin d'être prêt lorsque les pandémies se produisent à l'avenir.

6.3 Quelques bonnes pratiques sélectionnées hors du continent sur la préparation aux pandémies

6.3.1 La République islamique d'Afghanistan

Au 7 janvier 2021, les principales ripostes en matière de politiques pour le gouvernement de la République islamique d'Afghanistan ont été l'allocation initiale de 8 milliards AFN (104 000 000 de dollars EU, soit 0,5 % du PIB) provenant des fonds de réserve pour les interventions d'urgence en cas de pandémie. De cette somme, 1,9 milliard AFN (24 000 000 de dollars EU, soit 0,1 % du PIB) étaient destinés aux besoins de santé urgents, tels que la création de laboratoires de tests, y com

pris aux points de passage des frontières ; la mise en place de services spéciaux pour renforcer les capacités d'hospitalisation et de soins ; et l'achat de fournitures médicales essentielles.

Le 29 avril 2020, le gouvernement a commencé à fournir gratuitement des repas aux personnes pauvres de Kaboul, puis a étendu cette pratique à d'autres villes. Le programme s'est terminé en fin juin 2020. En mai 2020, le gouvernement a annulé les factures d'électricité de moins de 1 000 AFN (13 dollars USD) pour les habitations familiales à Kaboul pendant deux mois et a payé les factures de services publics des deux mois précédents pour 50 % des ménages à Kaboul. Plus de 1,5 million d'habitants de Kaboul ont profité de cette décision. Conscient des contraintes de liquidités que connaissent de nombreux contribuables, le gouvernement a prolongé de 45 jours la date limite de dépôt des déclarations de revenus pour le premier trimestre. Aucune autre prorogation n'a été accordée. En fin 2020, le gouvernement a proposé de supprimer les pénalités de paiement pour les impôts et la douane si les contribuables acquittent leurs impôts dus avant la fin de l'année budgétaire (21 décembre 2020). Le 28 novembre, le Parlement a adopté le budget 2020 révisé dans lequel des dépenses liées à la COVID-19 ont été approuvées avec un effet rétroactif, y compris celles ajoutées dans la modification budgétaire de juillet. Il s'agit des dépenses ci-après : une enveloppe de santé d'un montant de 6,2 milliards AFN (80 600 000 dollars USD), y compris pour la construction d'hôpitaux ; et un programme social, y compris le programme de distribution de pain désormais achevé de 2,8 milliards AFN (36 400 000 dollars USD). En outre, un programme de distribution d'aides sociales soutenu par la Banque mondiale, d'un montant de 20,8 milliards AFN (voir encadré 14), a été approuvé par le FMI dans le cadre de la COVID-19.

Encadré 14 : Programme du secteur santé et du secteur social pour soutenir l'impact de la COVID-19 en République islamique d'Afghanistan

- Programme d'achat de blé (1,7 milliard d'Af) (22 100 000 USD).
- Transferts aux provinces pour financer la riposte à la COVID-19, d'un montant de 2,3 milliards d'Af (29 900 000 USD).
- Programme de soutien à l'agriculture d'un montant de 5,9 milliards d'Af (76 700 000 USD) et aux emplois à court terme d'un montant de 1,0 milliard d'Af (13 000 000 USD).
- En 2020, les autorités ont envisagé de consacrer jusqu'à 2,9% du PIB aux dépenses liées à la pandémie. 15% de cette dotation devait soutenir le secteur de la santé.

Source : IMF (2020).

Avec le don de la Banque mondiale, les autorités déploient un programme d'aide, d'un montant équivalent à 1,6 % du PIB, au profit des ménages afghans ayant un revenu de 2 dollars USD par jour ou moins (deux fois le seuil de pauvreté national). Étant donné qu'environ 90 % de tous les ménages se situent en dessous de ce seuil, le programme touche presque toutes les populations du pays. Les ménages des zones rurales recevront un équivalent de 50 dollars USD en produits alimentaires de base et d'hygiène essentiels, tandis que ceux des zones urbaines recevront des aides à la fois en espèces et en nature équivalent à 100 dollars USD, en deux tranches (IMF, 2020).

6.3.2 La Bolivie

En matière de politiques et à la date du 6 janvier 2021, la riposte essentielle par le gouvernement bolivien est le paiement d'une aide financière directe d'environ 73 dollars USD par enfant aux ménages dont les enfants fréquentent les écoles publiques. Cette mesure a été conçue de manière à profiter le plus aux ménages les plus pauvres. Ce paiement a été étendu aux étudiants des écoles privées à partir du 18 mai 2020. En outre, le gouvernement a mis en place un programme (Canasta Familiar) pour effectuer des paiements directs pour la nourriture à 1,5 million de familles (58 dollars EU par famille), payer les factures d'électricité pendant trois mois pour les usagers qui consomment le moins et payer, à hauteur de 50%, les factures d'eau potable et de gaz pour tous les ménages. À partir du 30 avril 2020, le gouvernement a versé 73 dollars USD à chaque citoyen qui ne perçoit aucune autre allocation ou ne perçoit pas de salaire dans le secteur public ou privé. Les autorités ont également reporté le paiement de certains impôts (impôt sur le revenu des sociétés, taxe sur la valeur ajoutée et taxe sur les transactions) avec la possibilité de les payer par tranches. Le paiement de l'impôt sur le revenu des sociétés a été différé et tout travailleur autonome peut réclamer des déductions fiscales sur ses dépenses de santé, de scolarité, de nourriture et les dépenses connexes. Le gouvernement a créé un fonds de 219 millions de dollars USD pour soutenir les opérations des micro, petites et moyennes entreprises. Ce fonds accordera des prêts bonifiés aux entreprises pour assurer les salaires sans licenciement pendant deux mois (les entreprises peuvent solliciter 1 230 dollars EU par salarié, remboursables en 18 mois). Des importations d'appareils d'assistance respiratoire d'une valeur de 200 millions de dollars USD étaient en cours durant la phase de rédaction de cette étude, tandis que la capacité des unités de soins intensifs est en train d'être doublée.

Le dernier transfert aux ménages (Bono Contra el Hambre) est devenu disponible à partir du 1er décembre 2020. Il prévoit un transfert unique d'environ 146 dollars USD à toutes les personnes éligibles, telles que celles qui reçoivent le transfert universel, les mères qui bénéficient déjà de transferts d'argent en espèces, les personnes handicapées et les citoyens de plus de

18 ans qui ne perçoivent aucun salaire du public ou du privé. Le 28 décembre 2020, le gouvernement a annoncé une mesure appelée RE-VAT, qui vise à rembourser une partie (5 % au maximum) de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) payée par un consommateur dans le cadre d'un achat. Cette mesure concerne toutes les personnes dont le revenu mensuel moyen est égal ou inférieur à environ 1 311 dollars EU (IMF, 2020).

6.3.3 Le Brésil

Dans le domaine des politiques, les principaux aspects de la riposte du gouvernement brésilien à la date du 7 janvier 2021 pour atténuer l'impact de la COVID-19, comprenaient l'annonce par les autorités d'une série de mesures budgétaires dont le total équivalait à 12 % du PIB. Ces mesures avaient un impact direct sur le déficit initial de 2020 estimé à 8,4 % du PIB. Le Congrès a déclaré l'état de « calamité publique » le 20 mars 2020, ce qui annulait l'obligation adoptée par le gouvernement de se conformer à l'objectif de solde initial en 2020. Le gouvernement a invoqué la clause de sauvegarde du plafond des dépenses fixé par la constitution pour répondre aux besoins exceptionnels de dépenses. Les mesures d'urgence sont en train d'être incluses dans un budget de 2020 distinct (appelé « budget de guerre »), non lié par les dispositions de la Loi brésilienne sur la responsabilité budgétaire et la règle d'or fixée par la constitution. Les mesures fiscales comprenaient les aspects suivants : augmentation des dépenses de santé ; soutien temporaire du revenu pour les ménages vulnérables (transferts en espèces aux travailleurs informels et à faible revenu, avance du versement du 13^{ème} mois pour la pension aux retraités, élargissement du programme Bolsa Familia avec l'inclusion de plus d'un million de bénéficiaires supplémentaires, et versements anticipés de primes salariales aux personnes à faible revenu); aide à l'emploi (indemnisation partielle des travailleurs temporairement suspendus ou ayant subi une réduction du temps de travail, ainsi que des allègements fiscaux temporaires); réduction des droits de douane et des taxes à l'importation sur les fournitures médicales essentielles; et de nouveaux transferts du gouvernement fédéral aux gouvernements des États pour soutenir des dépenses de santé plus élevées et compenser une partie des pertes dues aux baisses de revenus auxquelles on s'attendait. Les banques publiques ont augmenté les lignes de crédit pour les entreprises et les ménages, en mettant l'accent sur le soutien du fonds de roulement (les lignes de crédit représentent 4,5 % du PIB), et le gouvernement a marqué son accord pour plus de 1 % du PIB en lignes de crédit aux PME et micro-entreprises pour couvrir la masse salariale, le fonds de roulement et les investissements. La plupart des mesures ont expiré à la fin de 2020 (IMF, 2020).

6.3.4 Le Chili

Le 19 mars 2020, les autorités chiliennes ont présenté un ensemble de mesures fiscales d'un montant qui atteignait 11,75 milliards de dollars EU (environ 4,7 % du PIB) visant à soutenir l'emploi et la trésorerie des entreprises. L'ensemble de ces mesures comprend : (i) des dépenses de santé plus élevées ; (ii) des subventions et des allocations de chômage accrues ; (iii) un ensemble de reports d'impôts ; (iv) la fourniture de liquidités aux PME, y compris par le biais de la banque publique Banco del Estado ; et (v) des décaissements en procédure rapide pour les marchés publics. Le 8 avril 2020, les autorités ont annoncé : (i) un soutien supplémentaire aux travailleurs les plus vulnérables et autonomes d'environ 2 milliards de dollars USD; et (ii) un système de garantie de crédit (de 3 milliards de dollars USD) qui pourrait s'appliquer à des crédits allant jusqu'à 24 milliards de dollars USD pour faciliter le financement des entreprises. Le 17 mai 2020, ils ont annoncé un programme de distribution de 2,5 millions de paniers alimentaires à ceux qui en ont besoin, avec un coût budgétaire prévu de 100 millions de dollars USD. Le 14 juin 2020, les autorités ont annoncé une enveloppe budgétaire supplémentaire d'un montant total de 12 milliards de dollars EU au cours des 24 prochains mois, qui comprend : (i) de nouvelles mesures fiscales pour stimuler l'économie et augmenter la trésorerie des PME, y compris une réduction temporaire du taux de l'impôt sur le revenu des sociétés et pour autoriser l'amortissement instantané des investissements (annoncé le 2 juillet 2020) ; (ii) un programme d'environ 1,5 milliard de dollars EU pour soutenir la classe moyenne qui subit de graves pertes de revenus, notamment via des prêts à des conditions avantageuses du Trésor, des retards tolérés de paiement hypothécaire et des subventions pour les loyers (annoncé le 5 juillet 2020) ; et (iii) une proposition de renforcement du plan de protection de la classe moyenne, avec des transferts directs d'environ 635 dollars EU à chaque travailleur de la classe moyenne qui subit d'énormes pertes de revenus (annoncé le 14 juillet 2020). Le 23 juillet 2020, le Congrès a approuvé une législation autorisant le premier retrait des fonds de pension, et un deuxième retrait a été approuvé avec les tranches du 3 décembre 2020 (IMF, 2020).

6.3.5 Trinidad et Tobago

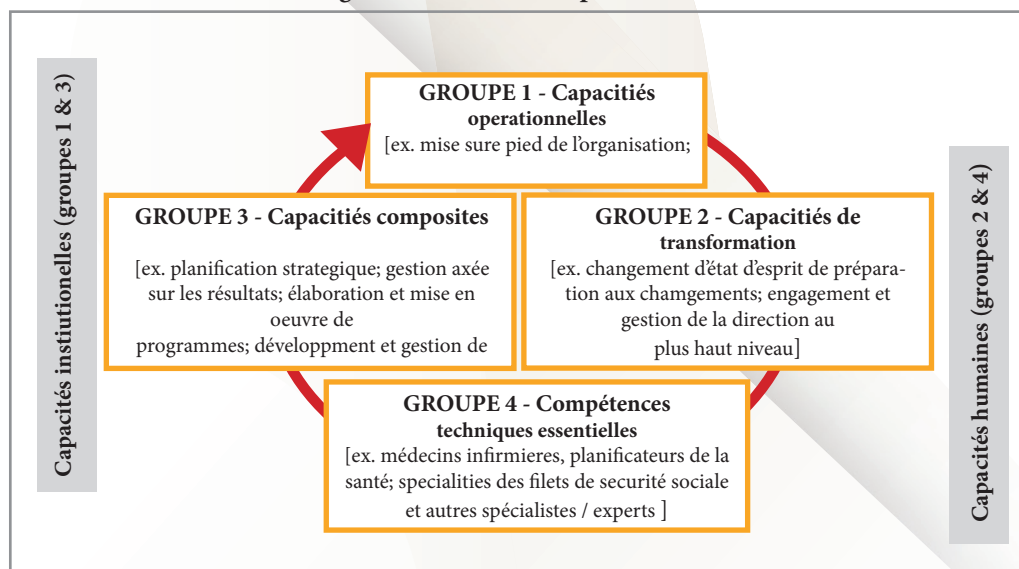
L'enveloppe budgétaire/ comprend (i) une aide salariale pouvant durer jusqu'à trois mois pour les travailleurs qui sont temporairement au chômage ou qui ont un revenu réduit ; (ii) les remboursements de TVA et d'impôt sur le revenu aux particuliers et aux PME ; (iii) un soutien de liquidités aux particuliers et aux petites entreprises par le biais de prêts aux coopératives de crédit à taux d'intérêt réduits avec un remboursement étalé sur de longues périodes ; (iv) des subventions aux hôteliers pour la modernisation de leurs installations; (v) la nourriture, le loyer et le soutien du revenu pour les groupes vulnérables à faible revenu ; et (vi) l'exonération des droits d'importation et de la TVA sur les importations de certaines fournitures médicales et d'urgence. Le 26 mars 2020, le Premier ministre a annoncé que le ministère de la santé recevrait un financement supplémentaire pour faire face à la COVID-19, y compris des dépenses en équipement et fournitures médicales, en ressources des allocations d'aide salariale et de soutien du revenu pour les travailleurs des industries créatives et culturelles (IMF, 2020).

6.4 Principales actions de renforcement des capacités nécessaires pour se préparer et se tenir prêt vis-à-vis des pandémies

La majorité des pays africains n'ont pas encore respecté la Déclaration d'Abuja selon laquelle les dépenses de santé publique de chaque pays devaient représenter 15% de son PIB. En conséquence, la pandémie de la COVID-19 a mis à rude épreuve les systèmes de soins de santé, avec un impact négatif significatif sur la situation socio-économique. Les déficits qui existent dans les plus faibles systèmes de soins de santé et systèmes socio-économiques peuvent être comblés par les éléments suivants : engagement politique, financement gouvernemental, augmentation des investissements, recrutement de personnel qualifié et amélioration de la gestion des données en temps réel.

L'étude met en exergue les principaux défis qu'il faut relever en matière de capacités institutionnelles et humaines pour améliorer la préparation et renforcer la résilience en vue de faire face aux futures épidémies et pandémies. Des recommandations d'action spécifiques, basées sur le cadre holistique de renforcement des capacités de l'ACBF, sont présentées ci-dessous (voir figure 13).

Figure 13 : Cadre des capacités



Source : Adapté de l'ACBF et de la CUA (2016).

Leadership transformateur

- Les pays africains ont besoin d'un engagement politique de la part de leurs gouvernements pour affronter, à l'avenir, toute maladie infectieuse avant qu'elle ne devienne une épidémie.

Compétences techniques essentielles

- Les gouvernements doivent financer les travailleurs de la santé publique, les épidémiologistes et les chercheurs tous engagent les portefeuilles de recherche et de formation afin de lutter contre les futures épidémies. Voir l'encadré 15 pour des exemples de spécialistes qui ont besoin de développer davantage leurs compétences.

Encadré 15 : Exemples de spécialistes nécessitant des compétences supplémentaires

- Médecins et médecins assistants
- Infirmières et infirmières assistantes
- Anesthésistes
- Techniciens en médecine d'urgence
- Inhalothérapeutes
- Physiothérapeutes
- Spécialistes en santé comportementale
- Travailleurs sociaux et conseillers
- Pharmaciens
- Ergothérapeutes
- Techniciens de laboratoire

- Une augmentation significative des investissements des gouvernements et des bailleurs de fonds est nécessaire pour faire acquérir aux agents de santé publique des capacités de surveillance et d'analyse des données, et leur fournir des laboratoires de pointe.
- Un personnel bien formé doit être recruté pour maintenir les capacités et faire face rapidement aux épidémies dès qu'elles éclatent

- Il est nécessaire de renforcer les compétences de la main-d'œuvre dans l'enseignement et la formation techniques et professionnels, d'explorer les partenariats commerciaux régionaux et d'harmoniser les politiques commerciales dans le cadre des politiques socio-économiques pour exploiter les avantages concurrentiels dans différents pays (Demissie et al., 2020).
- Il faut institutionnaliser les agents de santé communautaire et procéder sans délai à une mise à niveau du personnel de santé dans son ensemble, car la plupart des pays africains sont confrontés à une pénurie chronique d'agents de santé.

Capacités opérationnelles

- L'Afrique a besoin de plus d'investissements dans les activités de collaboration dans le cadre de l'initiative ONE-HEALTH à travers le continent pour relever les défis que constituent les menaces actuelles et futures pour la santé publique.
- Une amélioration de la capacité de gestion des données et de la capacité des systèmes de soins de santé est nécessaire afin d'éliminer les rapports insuffisants et inexacts qui sont faits sur les données, et pour guider la prise de décision pendant l'épidémie de la COVID-19.
- Des investissements devraient être faits dans le renforcement et le maintien de capacités nationales solides en matière de santé publique, d'infrastructures, de processus opérationnels et de sessions de formation initiale et continue pour les agents de santé.
- Il faut accorder la priorité à l'augmentation des budgets de santé et accélérer les réformes du secteur de la santé qui avaient été initiés bien longtemps avant que la pandémie du coronavirus ne frappe.
- Les mesures et politiques de riposte socio-économiques, y compris les mesures fiscales et monétaires/financières, ainsi que les programmes de protection sociale, doivent être renforcés à tous les niveaux pour réduire les graves conséquences économiques des pandémies sur les entreprises et les particuliers.

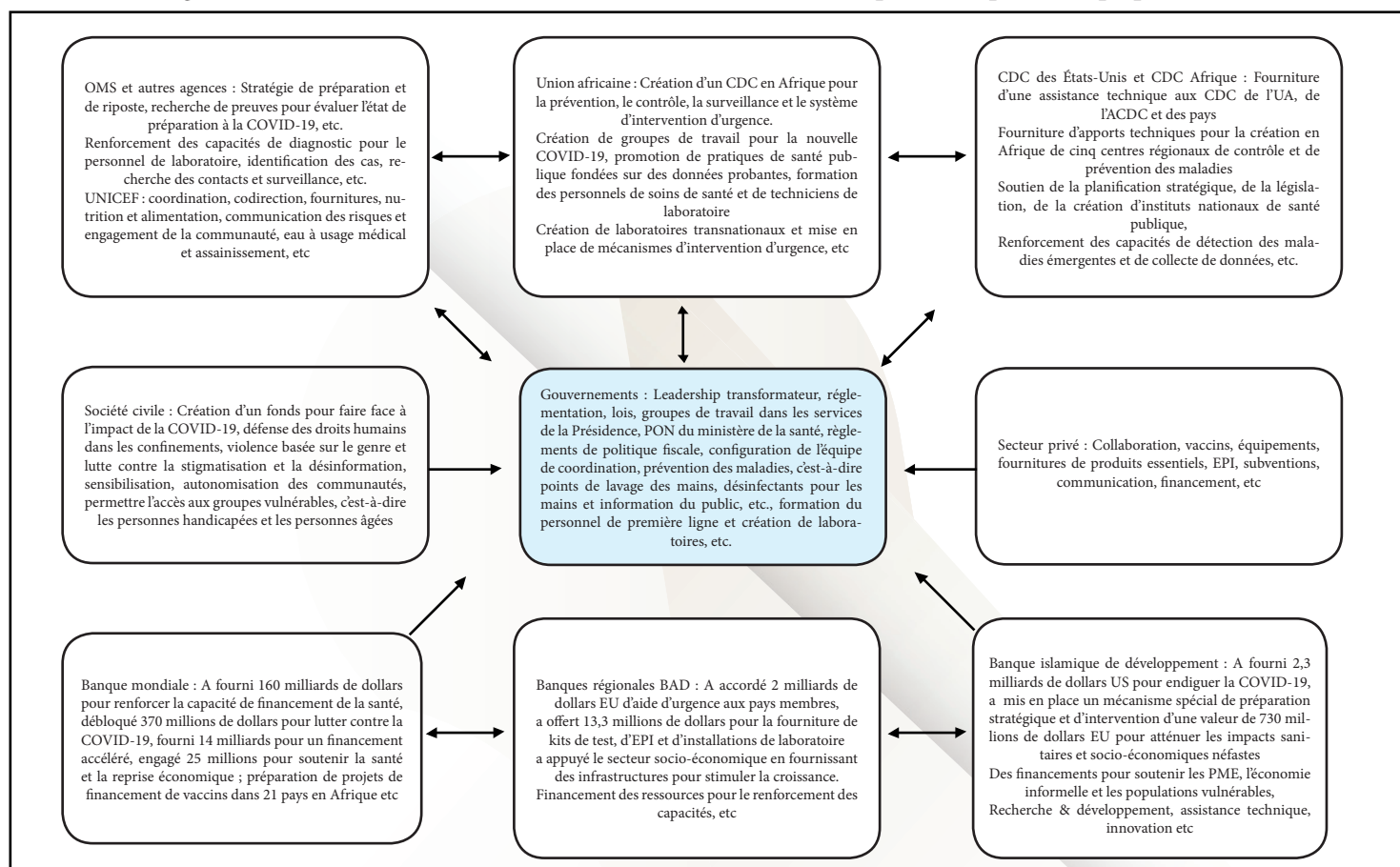
Capacités composites

- L'Union africaine doit avoir des stratégies à terme planifiées qui peuvent ajouter de la valeur pour consolider le leadership africain en matière de renforcement des capacités, de formation et de recherche en santé publique.
- Concevoir et mettre en œuvre de solides mécanismes de préparation et de riposte aux urgences et les financer de façon appropriée pour les futures épidémies, car les ressources nécessaires pour faire face aux urgences sanitaires sont complexes et coûteuses, en particulier lorsque le système de santé est mal préparé.
- Les gouvernements doivent encourager les partenariats avec le secteur privé pour renforcer les capacités techniques et les innovations et améliorer les normes de qualité.
- Les gouvernements doivent en particulier développer, étendre et renforcer les programmes d'appui aux MPME et aux entreprises dirigées par les jeunes et les femmes, afin de limiter les perturbations de leurs activités commerciales pendant les épidémies.
- Des plans pour faire face aux ajustements nécessaires dans le secteur de l'éducation lors d'une future pandémie doivent être développés à l'avance et prêts à être déployés sans délai en cas de besoin.
- Compte tenu des conditions financières et économiques déplorables dans lesquelles se trouvaient plusieurs pays africains au début de la pandémie de la COVID-19, il incombera aux gouvernements de développer des voies et moyens durables de mobilisation des ressources, en partenariat avec le secteur privé et les partenaires de développement, pour renforcer leurs capacités à élaborer et à financer rapidement des plans de riposte aux futures pandémies. Ces mesures de mobilisation des ressources doivent explorer davantage les sources nationales ainsi que des sources innovantes afin de maximiser le potentiel de mobilisation des ressources.
- Des partenariats - impliquant les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les organisations multilatérales et bilatérales - doivent être mis en place et renforcés rapidement sur la base des leçons tirées de la pandémie de la COVID-19, pour mieux préparer les pays à faire face rapidement et efficacement aux futures épidémies.

6.5 Acteurs clés dans la mise en place et le renforcement des capacités de préparation aux pandémies

Différents acteurs sont nécessaires pour combler les déficits de capacités identifiées dans la section précédente afin de développer des compétences de leadership transformateur, des compétences techniques essentielles, des capacités opérationnelles et des capacités composites. Cela est nécessaire pour mettre en place et renforcer les capacités de préparation aux pandémies. Ces différents acteurs sont notamment les gouvernements, les organisations continentales, les communautés économiques régionales, les banques régionales de développement, les partenaires de développement multilatéraux et les institutions spécialisées telles que l'OMS et l'UNICEF. La figure 14 fait ressortir l'interdépendance des différents rôles des parties prenantes dans la riposte à la pandémie de la COVID-19.

Figure 14 : Présentation sous forme de schéma des rôles des acteurs pour les capacités de préparation



6.5.1 Rôle des gouvernements

Certaines des actions à mener par les gouvernements comprennent, mais sans s'y limiter, les initiatives ci-dessous, qui sont par ailleurs appelées à se poursuivre. Les voici :

- Les pays africains ont engagé des causeries d'engagement public pour informer leurs populations sur la nouvelle pandémie ;
- Des avis publics ont été diffusés au sujet de la COVID-19 dans les pays d'Afrique subsaharienne ;
- Les ministères de la santé ont travaillé avec les autorités sanitaires locales, mis sur pied des équipes médicales, des laboratoires de tests et des installations cliniques pour l'isolement et les soins des patients atteints de la COVID-19 ;
- Des pays comme le Kenya ont institué des points de lavage des mains généralisés et l'utilisation de désinfectants pour les mains dans les lieux publics tels que les gares routières et les entrées de restaurant ;
- Des agents de santé et des technologues de laboratoire ont été formés au diagnostic et à la prise en charge des infections dues au coronavirus ;
- Dans tous les pays d'Afrique subsaharienne, les gouvernements respectifs ont créé des groupes de travail dans les services de la présidence pour la santé publique et ont promis des millions de dollars à consacrer à la pandémie de la COVID-19 ;
- En outre, le gouvernement du Kenya avait une entreprise 3-D qui fabriquait des écrans faciaux 3-D et imprimait un prototype d'adaptateur de ventilateur susceptible de permettre aux médecins de traiter deux patients en même temps ;
- En Afrique du Sud, le gouvernement a déployé des unités de tests mobiles pour réduire le mouvement des personnes potentiellement infectées. Ces laboratoires mobiles ont été déployés dans tout le pays pour des dépistages à grande échelle afin de retracer et de surveiller la propagation de la maladie ;
- Au Nigeria, des groupes de travail techniques pour la préparation à la pandémie ont été constitués, et se sont penchés sur l'état de préparation du programme de médicaments pour les structures mises sur pied et des points d'entrée pour les cas suspects.

6.5.2 Rôle du secteur privé

Le secteur privé doit intervenir en complément des efforts du gouvernement en prenant diverses mesures, notamment :

- Soutenir les gouvernements des pays les plus pauvres et les plus fragiles avec des ressources insuffisantes pour aider les citoyens à faire face à l'impact de la pandémie ;
- Collecter des fonds et soutenir la riposte au plan national ;

- Investir directement dans les soins de santé primaires, en prenant des mesures clés pour protéger les personnels de santé et les communautés ;
- Tirer parti des capacités de fabrication, de communication et de fourniture de produits de santé, en particulier les EPI ;
- Combler le manque de ressources et faire face au caractère brusque de la pandémie, sans perdre de vue les défis existants que posent le paludisme, le VIH et la tuberculose ; et
- Galvaniser l'appui parmi les principales parties prenantes du secteur privé, y compris les banques, pour mobiliser des ressources financières et autres en vue de soutenir la riposte continentale et se procurer les fournitures médicales nécessaires.

6.5.3 Rôle de la société civile

- Les efforts suivants doivent être déployés par la société civile, entre autres :
- Lutter contre la désinformation pendant les pandémies et assurer la disponibilité, dans les langues locales, des informations essentielles pour préserver la santé des communautés locales ;
- Aider les gouvernements à atteindre les communautés éloignées et vulnérables, telles que les personnes âgées et handicapées, pour la distribution des EPI (masques, désinfectants pour les mains, etc.), l'accès à l'eau, l'assainissement, la nourriture et la nutrition ;
- Créer un fonds pour faire face aux conséquences de la COVID-19 ;
- Protéger les victimes de violence domestique et leur fournir un abri pendant la COVID-19, en particulier parmi les femmes et les filles, afin de compléter la sensibilisation du gouvernement en direction des personnes vivant dans des foyers où existent des abus ;
- Défendre les droits humains et protéger les droits des citoyens au moment où les gouvernements tentent de faire appliquer les confinements et autres mesures ;
- Assurer des formations en cyber sécurité et en compétences numériques pour protéger les droits humains fondamentaux sur toutes les plates-formes en ligne ; et
- Promouvoir l'égalité des sexes, surveiller les budgets nationaux de la COVID-19 et plaider en faveur de politiques et d'actions équitables.

6.5.4 Rôle de l'Union africaine dans la préparation aux pandémies en Afrique

L'UA et ses organes jouent un rôle essentiel. Entre autres, ils doivent mener, (de manière permanente), les interventions suivantes :

- Mettre en place un plan d'investissement régional des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies en Afrique, afin de financer des projets qui renforcent les systèmes de surveillance, de prévention et d'intervention d'urgence des maladies à travers le continent africain.
- Financer les laboratoires, les réseaux de surveillance transnationaux, les mécanismes d'intervention d'urgence et d'autres actifs de santé publique conçus pour gérer les maladies à l'échelle régionale et continentale.
- Appuyer l'élaboration des directives et des normes pour améliorer la coordination entre le CDC Afrique et les institutions nationales de santé publique à travers le continent. L'UA doit également faciliter l'utilisation commune des installations publiques et l'échange des données vitales sur les maladies infectieuses.
- Créer un groupe de travail africain qui va scruter les nouvelles vagues de la COVID-19, afin de superviser la préparation et la riposte au virus avant que le moindre cas ne soit signalé sur le continent africain.
- Mettre au point une stratégie continentale commune pour l'épidémie de la COVID-19 afin de promouvoir des pratiques de santé publique fondées sur des données probantes en matière de surveillance, de prévention, de diagnostic, de traitement et de contrôle des maladies à coronavirus. La mise à jour, la promotion de la mise en œuvre et la rédaction des rapports sur les stratégies continentales constitueront toujours un rôle important pour l'UA.

6.5.5 Rôle des banques régionales de développement

La Banque africaine de développement

La Banque africaine de développement (BAD) a continuellement soutenu les pays africains dans leurs efforts pour renforcer la résilience économique, tout en atténuant les impacts socio-économiques et sanitaires de la pandémie de la COVID-19. Par exemple :

- La BAD a mobilisé 2 milliards de dollars EU d'aide d'urgence pour renforcer les capacités des pays membres en matière d'infection, de prévention, de dépistage et de prise en charge des cas. Ce fonds renforce également les systèmes de surveillance, achète et distribue des kits de test de laboratoire et soutient la coordination aux niveaux national et régional. En outre, 13,5 millions de dollars EU sont affectés à la fourniture d'EPI, de kits de test et de laboratoires de soins de santé pour le Tchad, la République démocratique du Congo et la République centrafricaine, qui ont le moins de ventilateurs dans l'ensemble du continent (BAD, 2020).
- La BAD peut jouer un rôle essentiel dans le soutien des secteurs socio-économiques clés - en fournissant des financements d'infrastructures pour stimuler la croissance, développer le commerce et catalyser les investissements du secteur privé pour faciliter la reprise après la COVID-19 et accélérer la relance pendant la période post-COVID-19. Elle peut également accélérer la résilience grâce à la création d'emplois, à l'entrepreneuriat et à l'entrepreneuriat agricole pour faire face à la poussée démographique des jeunes grâce à la stratégie 'Emplois pour les jeunes en Afrique' et améliorer les systèmes socio-économiques en prévision des pandémies à venir.

- La BAD a un rôle principal à jouer dans le développement des pays africains. Elle doit, entre autres, fournir des ressources financières pour renforcer les capacités de riposte aux pandémies afin que les pays africains mettent en place des systèmes de santé résilients. Ainsi, les pays membres régionaux pourront faire des progrès au plan socio-économique.

La Banque Islamique de développement

La Banque Islamique de développement (BID) a aidé et continue d'aider les pays à bâtir des économies résilientes sur des fondements solides et à catalyser l'investissement privé en soutenant la reprise économique et les dépenses anticycliques. Notamment :

- La BID a mis à disposition une enveloppe de 2,3 milliards de dollars EU pour aider les pays membres à contenir la COVID-19. L'assistance est fournie en trois étapes (aux niveaux de la riposte, de la réhabilitation et de la relance), et couvre les besoins des pays à court, moyen et long terme ;
- La BID a mis en place un mécanisme spécial de préparation et de riposte stratégique d'une valeur de 730 millions de dollars EU pour atténuer les impacts sanitaires et socio-économiques négatifs de la pandémie de la COVID-19 ;
- La BID a également investi dans la recherche et le développement, et a fourni une assistance technique pour le développement de solutions innovantes dans le but de prévenir et contenir la pandémie dans le cadre de ses politiques en matière de science, technologie et innovation ;
- La Banque a également utilisé son installation de programme de Reverse Linkage pour partager les leçons, les meilleures pratiques et l'expertise technique d'autres pays membres dans la riposte à la COVID-19 et la gestion de cette pandémie ;
- La valeur ajoutée de la BID tient à sa vaste expérience en matière de coopération Sud-Sud. Compte tenu de la diversité de ses membres dans le monde en développement, la BID considère la coopération Sud-Sud comme un outil efficace pour favoriser la coopération multilatérale, qui devrait être intégrée dans le renforcement des capacités des pays en vue de leur riposte aux pandémies. Les pays membres ont quelque chose à partager entre eux, en particulier dans les domaines sanitaire et socio-économique pour renforcer la résilience face aux futures pandémies ;
- Pour renforcer la résilience socio-économique, les domaines d'intervention de la BID pourraient être davantage développés et élargis. Par exemple, la finance islamique peut être utilisée pour soutenir les PME et les populations vulnérables, y compris le secteur informel, en fournissant les moyens de faire face aux futures pandémies. Le commerce et les investissements en Afrique pourraient être davantage renforcés pour soutenir la ZLECAf et garantir que l'Afrique dispose d'industries et de technologies adéquates pour fournir, en qualité et quantité, les produits nécessaires pour lutter contre les futures pandémies ;
- Un rôle important que doit jouer la BID pour renforcer les capacités de riposte à la pandémie est de mobiliser des ressources financières et les mettre à disposition pour qu'on puisse engager des interventions de renforcement des capacités et en assurer la durabilité

6.5.6 Rôle des communautés économiques régionales dans la préparation aux pandémies en Afrique

En tant que pierres angulaires de la Communauté économique africaine, les communautés économiques régionales (CER) jouent un rôle essentiel de coordination des efforts régionaux et d'appui à l'appropriation des initiatives continentales visant à relever les défis liés à la COVID-19 et à la période post-COVID-19, ainsi qu'aux futures pandémies. Notamment :

- Les CER ont eu des échanges sur la manière dont chacune d'elles a lutté contre la pandémie de la COVID-19 et ont proposé des idées pour améliorer, dans ce contexte de crise, l'intégration de la santé et, de manière globale, l'intégration régionale, pour faire face aux défis de santé publique ;
- En ce qui concerne le commerce, les CER ont souligné combien il est important de maintenir les frontières ouvertes pour permettre aux fournitures essentielles telles que les produits pharmaceutiques, les EPI et les denrées alimentaires de circuler entre les pays ;
- Les CER ont souligné l'importance de faciliter le commerce aux frontières tout en s'efforçant de trouver des moyens d'améliorer efficacement les points de contrôle aux frontières. En outre, elles ont proposé des plates-formes numériques, telles que la e-logistique et la régulation électronique, pour mettre à contribution la technologie afin de faciliter le processus et de réduire les coûts de commerce ;
- En Afrique du Nord, la préparation multisectorielle, la préparation opérationnelle et les capacités de riposte pour limiter la propagation de la COVID-19 ont été les mesures les plus efficaces en ce qui concerne les aspects suivants : contrôle de la transmission de la maladie, détection précoce de la maladie, isolement précoce et traitement des cas positifs, recherche des contacts, communication des risques et engagement communautaire ;
- En Afrique de l'Est, les CER ont recommandé de se concentrer sur la mobilisation des ressources intérieures et d'accroître les investissements dans les systèmes de santé publique pour étendre les mesures de protection sociale, afin de couvrir les populations urbaines pauvres ;
- Les CER ont souligné combien il est important que les ripostes régionales à la pandémie soient coordonnées, car ceci est essentiel pour le contrôle efficace de la COVID-19 ;
- La Commission de l'Union économique et monétaire ouest-africaine et de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) a permis aux pays de collaborer pour prévenir la propagation de la COVID-19 et atténuer les effets socio-économiques de la pandémie à l'échelle régionale.

6.5.7 Rôle des partenaires non étatiques, bilatéraux et multilatéraux

Rôle de l'Organisation mondiale de la Santé dans la préparation aux pandémies en Afrique

L'OMS est à l'avant-garde de la riposte mondiale à la COVID-19. Elle a soutenu et continuera d'aider les pays africains à suivre l'évolution de la situation et à dresser des rapports quotidiens sur la mobilisation des ressources et l'expertise. Elle va également continuer à prodiguer des conseils aux gouvernements et au public. Elle a notamment :

- Promis de soutenir les États membres de l'UA sur une stratégie commune de préparation et de riposte et s'est jointe aux ministres de la santé lors d'une réunion d'urgence sur l'épidémie de la COVID-19 le 22 février 2020 à Addis-Abeba, en Éthiopie ;
- Mené une enquête auprès des pays africains pour évaluer leur état de préparation à la pandémie de la COVID-19. Les résultats ont révélé un niveau de préparation régional de 66% ;
- Aidé les pays à coordonner les efforts de préparation et déployé plus de 40 experts dans dix pays africains pour soutenir la coordination, le traitement, l'infection, la prévention et le contrôle, l'engagement communautaire, la surveillance et le contrôle des maladies en laboratoire ;
- Aidé les pays à renforcer les capacités de diagnostic de la pandémie de la COVID-19. En conséquence, 26 laboratoires sont actuellement capables de tester les nouveaux agents pathogènes.

Rôle de la Banque mondiale

La Banque mondiale (BM), en collaboration avec des partenaires régionaux, apporte actuellement son assistance et continuera de jouer un rôle crucial en aidant les pays à prendre les mesures nécessaires pour faire face à la menace mondiale.

- La Banque a engagé 25 milliards de dollars USD en faveur des pays africains pour soutenir leur santé et leur reprise économique et prévoit d'engager 15 milliards de dollars USD supplémentaires d'ici à juin 2021.
- La Banque mondiale a approuvé le programme de financement selon la procédure rapide (14 milliards de dollars USD) pour aider les entreprises et les pays à prévenir, détecter et faire face à la propagation rapide de la COVID-19.
- La Banque mondiale a débloqué environ 370 millions de dollars USD au profit de dix pays africains (différents des dix pays de l'échantillon) pour lutter contre la pandémie de la COVID-19 et pour soutenir et renforcer les systèmes de santé et les programmes régionaux des pays, dans la lutte contre les épidémies en Afrique centrale et de l'Ouest (Banque mondiale, 2020).
- En raison de la propagation rapide de la pandémie de la COVID-19 en direction des pays en développement, la Banque mondiale a fourni des niveaux record d'appui aux clients, d'une valeur de 160 milliards de dollars EU, pour renforcer les capacités de financement de la santé.
- La Banque mondiale est en train d'aider plus de 100 pays en développement à sauver des vies grâce à la détection, la prévention et la riposte à la pandémie de la COVID-19. En outre, elle aide les pays à accéder aux fournitures médicales indispensables en contactant les fournisseurs au nom des gouvernements.
- La BM a offert une protection sociale par le biais de transferts d'argent, de la réduction de la pauvreté et d'un financement fondé sur des politiques en vue de restructurer, redéployer et réaffecter les ressources existantes.
- La Banque mondiale est en train de préparer des projets de financement d'urgence des vaccins dans 21 pays d'Afrique, dont la République démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Niger, le Mozambique, la Tunisie, Eswatini et Cabo Verde, pour n'en citer que quelques-uns. Ce financement sera accordé à des conditions très avantageuses.
- La Société financière internationale (SFI), une organisation sœur de la Banque mondiale, s'emploie à mobiliser des financements pour la production de vaccins et la mise au point de thérapies axées sur les pays en développement.

Rôle des Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) des États-Unis dans le soutien à la préparation aux pandémies en Afrique

Au profit de l'Afrique, le Centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC) des États-Unis a fourni une assistance technique à l'Union africaine pour développer et lancer le CDC Afrique. En outre, le CDC a mis en place des unités de surveillance et d'intervention pour mener, sur la base des événements, des activités de surveillance, de préparation et de riposte en cas d'urgence.

- Le CDC des États-Unis a fourni des contributions techniques pour la création des cinq Centres régionaux de collaboration du Centre pour le contrôle et la prévention des maladies en Afrique (CDC, 2020).
- Au Botswana, le CDC a soutenu la planification stratégique et le développement de la législation au moment où le gouvernement du pays travaillait à la mise en place de son programme de l'Institut national de santé publique.
- Au Mozambique, le CDC a accru la surveillance en ce qui concerne la présentation des rapports nationaux de santé publique, et renforcé les capacités des personnels pour combler les difficultés stratégiques du système de santé publique du pays.
- Le CDC a renforcé les capacités de dépistage précoce des maladies infectieuses émergentes et amélioré la collecte des données sur les maladies non transmissibles.
- Le CDC a renforcé le Centre de contrôle et de prévention des maladies du Nigeria (NCDC) en tant que point focal du pays en santé publique dans les domaines suivants : activités d'appui à la prévention et au contrôle des maladies, préparation et riposte aux urgences de santé publique et laboratoires de santé publique.

Rôle du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) dans la préparation aux pandémies en Afrique

L'UNICEF joue un rôle important dans le renforcement des capacités de préparation aux pandémies en Afrique. Engagée dans diverses activités, elle veille, entre autres, sur la coordination des partenaires régionaux pour appuyer la sensibilisation sur la communication des risques et l'engagement communautaire ; elle codirige la coordination opérationnelle, assure la gestion des cas et la prévention et le contrôle des infections ; et fournit un soutien logistique et opérationnel.

- L'UNICEF a dirigé un sous-groupe sur la nutrition, dans le cadre du groupe de travail sur la sécurité alimentaire et la nutrition, pour améliorer la coordination des interventions nutritionnelles concernant la COVID-19.
- Dans les régions d'Afrique de l'Est et australe, l'UNICEF a abordé la pandémie de la COVID-19 sous trois angles, y compris la réaction immédiate aux mesures de confinement et la réaction à la gestion des cas.
- L'UNICEF a assuré la coordination externe, y compris la codirection et la participation aux groupes de travail techniques COVID-19 axés sur les zones régionales. Elle est intervenue dans les approvisionnements, la santé mentale et le soutien psychosocial (MHPSS), et dans la continuité des services essentiels (UNICEF, 2020).
- L'UNICEF a assuré la continuité des services vitaux, en particulier les services périnataux et curatifs, ainsi que le traitement, au sein des communautés, des causes courantes de maladie chez les enfants de moins de cinq ans.
- Au profit de plusieurs pays, l'UNICEF a prodigué des conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte de la COVID-19. Une déclaration régionale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant a été élaborée en collaboration avec l'OMS, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et le Programme alimentaire mondial (PAM).
- Dans la région de l'Afrique du Nord, l'UNICEF a collaboré avec les ministères et l'OMS pour coordonner les mécanismes de communication des risques et l'engagement communautaire (RCCE) et a élaboré des matériels RCCE sur la prévention de la COVID-19 et les pratiques de réduction des risques dans les langues locales.
- L'UNICEF a aidé les gouvernements à fournir des produits essentiels dans les domaines suivants : soins de santé, eau, assainissement et hygiène et dans d'autres activités connexes afin de diminuer le taux d'infection et d'améliorer la prévention et le contrôle. Dix pays d'Afrique ont bénéficié de ces fournitures.
- L'UNICEF a fourni une assistance technique et élaboré des directives, des procédures opérationnelles normalisées et des orientations à l'intention des agents de santé sur la prise en charge de la COVID-19 chez les enfants, les femmes enceintes et celles qui allaitent.
- L'UNICEF a soutenu les gouvernements et s'est associée à la production et à la diffusion de modules essentiels d'apprentissage en ligne et à la diffusion de matériels via la radio, la télévision et les plates-formes en ligne.
- Dans les régions d'Afrique de l'Ouest et du Centre, l'UNICEF soutient les gouvernements dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs plans de riposte à la COVID-19, en se concentrant sur l'appui à la RCCE.
- En ce qui concerne les efforts à déployer dans la mise en œuvre des programmes de vaccins COVID-19, la Banque mondiale travaille avec des partenaires tels que l'OMS et l'UNICEF, et directement avec les gouvernements pour financer leurs achats auprès des fabricants de vaccins et via COVAX (COVID-19 Vaccines Global Access).

6.5.8 Rôle des institutions universitaires et des think tanks dans la préparation aux pandémies

Les think tanks ont aidé à définir des priorités de recherche qui seront pertinentes et produiront un grand impact dans le monde après la fin de la pandémie actuelle. Durant les périodes où les activités tournaient au ralenti, ils ont élaboré des processus de recherche en prenant en compte les protections éthiques et les droits humains. En outre, ils se sont engagés dans des consultations mondiales et régionales sur les problèmes qui affectent les pays afin de réorienter les ressources humaines au cas où ces derniers ne seraient pas en mesure de mener des activités sur le terrain. Les think tanks peuvent devenir de formidables partenaires pour les pays, car ils sont susceptibles de constituer de prolifiques incubateurs d'idées et de méthodes pour concevoir et mettre en œuvre des ripostes efficaces à la pandémie de la COVID-19, en particulier sur le long terme. Les groupes de réflexion ont généralement axé leurs activités sur la science et la recherche de faits, y compris la nécessité d'investir dans la recherche, de produire et d'utiliser des données pour l'élaboration de politiques fondées sur des preuves. Cette démarche est très pertinente dans le cadre de la COVID-19, car l'Afrique pourrait rapidement prendre du retard dans les types de solutions scientifiques qui sont nécessaires pour lutter contre une telle pandémie, y compris la production de vaccins, si elle ne consolide pas et ne renforce pas ses partenariats avec les think tanks, les universités et chercheurs.

6.6 Rôle de la coopération Sud-Sud dans la préparation aux pandémies

Certains des principaux objectifs de la coopération Sud-Sud sont les suivants :

- Renforcer les capacités des pays en développement à identifier et analyser ensemble les principaux enjeux de leur développement et à formuler les stratégies nécessaires dans la conduite de leurs relations économiques internationales, grâce à la mise en commun des connaissances ; et
- Renforcer les capacités technologiques existantes dans les pays en développement pour améliorer l'efficacité avec laquelle ces capacités sont utilisées et créer de nouvelles capacités et aptitudes et, dans ce contexte, promouvoir le transfert de technologies et de compétences. »¹⁶

Dans l'ère post BAPA+40¹⁷, la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire s'efforcent d'atteindre plusieurs objectifs liés à ce but, comme par exemple :

- Stimuler des actions concertées et conjointes de la part des pays en développement, grâce à des partenariats impliquant toutes les parties prenantes ;

16 BAPA: Buenos Aires Plan of Action (1978)

17 Buenos Aires Plan of Action (+ 40 years)

- Renforcer le rôle de la coopération Sud-Sud et de la coopération triangulaire dans la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 ; et
- Mettre à disposition une plate-forme pour permettre à tous les acteurs concernés de contribuer à façonner davantage le programme de coopération Sud-Sud et de coopération triangulaire, en renforçant son cadre conceptuel, compte tenu de son champ d'application élargi, de la prolifération de ses acteurs et de son impact croissant.

En reconnaissant la nécessité de renforcer les capacités des pays en développement pour soutenir les plans nationaux et mobiliser des ressources en vue de la mise en œuvre de leurs priorités de développement, la coopération Sud-Sud permet aux partenaires de tirer des bénéfices mutuels à partir des avantages comparatifs et des opportunités qu'elle offre. Cela est particulièrement pertinent pour les pays africains qui travaillent à une reprise dans la période post-COVID-19. En effet, les initiatives de coopération Sud-Sud et de coopération triangulaire peuvent prendre différentes formes, y compris la coopération technique, le commerce, les investissements, le financement et l'investissement dans les infrastructures.

De plus, avec les contributions et la participation d'une diversité de partenaires et de parties prenantes, y compris le secteur privé, le secteur financier, les organisations de la société civile, les organisations philanthropiques, les universités et les think tanks, la coopération Sud-Sud peut présenter une plate-forme optimale permettant aux pays africains d'accroître les moyens de mise en œuvre de leurs programmes de riposte à la COVID-19, et de trouver des solutions mutuellement avantageuses à leurs besoins de capacités pour réduire la vulnérabilité du continent et assurer sa préparation aux futures pandémies.

Chapitre VII - Conclusion

L'étude a révélé que la plupart des pays africains avaient mis en place des mesures pour contrôler la propagation de la COVID-19. Ces mesures comprenaient : la mise en place de mesures de confinement ; la réduction des taux d'intérêt sur les prêts ; la prolongation des échéances de remboursement des emprunts ; et le partenariat avec des acteurs non étatiques pour établir et renforcer les systèmes de soins de santé pendant la pandémie de la COVID-19. En outre, des faiblesses importantes en matière de capacités institutionnelles et humaines existent dans les systèmes de soins de santé en Afrique, notamment la durabilité de chaînes d'approvisionnement solides ; la mobilisation des ressources ; la disponibilité des fonds pour les interventions d'urgence sanitaire et la recherche et le développement ; et le financement de l'éducation.

Il y a un besoin permanent de mise en œuvre des PON de l'OMS dans les domaines suivants : mesures de distanciation au niveau de la population ; application des restrictions de mouvements ; promotion de mesures d'hygiène personnelle pour réduire le risque de transmission de personne à personne ; utilisation des EPI ; port de masques faciaux, pratiques de lavage des mains ; utilisation de désinfectants pour les mains ; distanciation sociale/physique ; et écran facial et étiquette respiratoire. En outre, l'aide à l'identification des zones/points chauds à haut risque, tels que les postes frontalières, les aéroports ou d'autres points d'immigration, est une priorité pour limiter la transmission.

Il est à noter que les coûts élevés et le manque d'EPI, de masques N95, d'équipements de lavage des mains, de désinfectants pour les mains, d'écrans faciaux et de respirateurs sont des facteurs susceptibles d'entraver la lutte contre la COVID-19 en Afrique. Il est recommandé que le secteur privé fournisse des investissements et un soutien pour produire localement ces fournitures essentielles.

Les pays doivent continuer à maintenir un environnement macroéconomique solide, comme c'était le cas avant la pandémie. En outre, les pays doivent renforcer leurs capacités à élargir l'espace budgétaire afin de mieux se préparer à faire face à de futures pandémies comme la COVID-19. Cela comprend des stratégies solides de gestion de la dette, une gestion budgétaire prudente, une capacité accrue de mobilisation des ressources et des partenariats renforcés avec des acteurs privés et non étatiques, y compris des partenaires bilatéraux et multilatéraux, des groupes de réflexion et des universités, ainsi que de profiter des opportunités offertes par la coopération Sud-Sud.

En Afrique, le nombre total d'établissements traitant la COVID-19 et les maladies infectieuses par pays varie entre 1 et 99. Cela ne représente que 20 % de l'ensemble des établissements de santé. Par conséquent, 80 % des établissements de santé sont mal équipés. Cela implique un besoin urgent de renforcement des capacités institutionnelles et humaines pour construire et équiper les hôpitaux spécialisés dans les maladies infectieuses et former des professionnels pour éviter de nouveaux épisodes de COVID-19, des réinfections et des flambées de maladies mortelles.

Il est essentiel de soutenir les mesures au niveau communautaire pour réduire les contacts entre les individus. L'interdiction des rassemblements de masse, l'éloignement des employés des lieux de travail non essentiels, les fermetures temporaires d'établissements d'enseignement et la réduction des transports publics doivent être pratiquées dans tous les pays. L'OMS Afrique et le CDC Afrique doivent agir pour accélérer l'éducation de la population sur les PON pour la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses, fournir des EPI et créer des centres de quarantaine et d'isolement aux points d'entrée et dans les zones rurales et urbaines peuplées.

Les problèmes de renforcement des capacités suivants doivent être abordés dans le secteur de la santé : **les systèmes de santé doivent être dynamisés et modifiés ; les systèmes de financement de la santé ont besoin de fonds et de responsabilité ; des équipements et technologies médicaux nouveaux et à jour doivent être fournis ; et des améliorations significatives doivent être apportées à la prestation des services de santé, y compris l'utilisation des services ambulatoires, les références, les ambulanciers paramédicaux et les prestataires médicaux mobiles.** En outre, la norme OMS de 1:1 000 praticien doit être atteinte grâce à une formation médicale spécialisée dans la gestion des maladies infectieuses, un recrutement et une rémunération accrus, une formation à la prévention des risques biotechnologiques et le maintien en poste des praticiens. En outre, les ministères de la santé, les gouvernements et les autres parties prenantes en Afrique doivent de toute urgence construire davantage d'installations de lutte contre les maladies infectieuses et équiper les installations de dispositifs adéquats nécessaires à la gestion des maladies infectieuses.

Il est recommandé **aux pays africains de tirer parti de leur nouvelle capacité de recherche médicale en utilisant les structures et mécanismes existants qui ont été mis en place depuis de nombreuses années pour lutter contre d'autres menaces de santé publique telles que l'Ebola, le VIH, la tuberculose et le paludisme.** Les pays africains n'ont pas réussi à établir des réseaux d'agents de santé multidisciplinaires compétents dans le multitâche, comme l'éducation communautaire et le dépistage dans une approche multi-maladies, dans le but de gérer les pénuries de personnel. Par conséquent, l'Afrique a besoin d'investissements solides et d'une volonté politique pour poursuivre sa voie ascendante afin d'aligner les ressources

de santé publique, les partenariats public-privé et l'expertise scientifique pour prévenir, contrôler et gérer les futures flambées avant qu'elles ne deviennent une épidémie.

Les compétences en leadership transformationnel, ainsi que les structures de gouvernance et de responsabilisation, doivent être encore renforcées dans de nombreux projets gouvernementaux en Afrique. Ceci afin d'éviter les mauvaises performances et la riposte à la pandémie COVID-19, le détournement de fonds COVID-19 et les dénégations politiques. Un leadership à l'échelle du continent pour les activités de lutte contre la pandémie impliquant les communautés médicales et scientifiques peut jouer un rôle important dans les stratégies nationales et le processus de prise de décision à cet égard.

Le leadership au sein des ministères de la santé doit garantir une collaboration et une coopération solides entre l'OMS Afrique, la CDC Afrique et les autres parties prenantes dans la gestion des institutions de santé - en particulier dans les domaines de la planification, de la coordination, de l'engagement, de la mobilisation communautaire et de la gestion - pour réduire les taux d'infection/transmission dans les établissements de santé, les centres de quarantaine et les centres d'isolement.

Sur le plan socio-économique, l'avènement de la pandémie de coronavirus a mis au jour plusieurs vulnérabilités dans les pays africains dans les domaines du développement humain et des secteurs économique et social. Ces vulnérabilités, notamment un faible développement humain et des niveaux élevés de pauvreté, ont entravé la capacité des pays à mettre en œuvre des politiques et des mesures pour faire face de manière adéquate à la précarité des entreprises et des populations vulnérables. Néanmoins, malgré ces défis, pratiquement tous les pays ont rapidement reconnu le caractère dévastateur de la maladie et ont pris des mesures énergiques dans un premier temps pour tenter de répondre à son impact socio-économique. Ces mesures ne se sont pas révélées suffisantes ou efficaces à long terme face au nombre considérable de personnes, de ménages et d'entreprises qui ont été touchés.

Il appartient donc aux pays **de développer et de renforcer les partenariats à la fois dans les cadres bilatéraux et multilatéraux existants, ainsi que dans la coopération Sud-Sud, afin de mobiliser rapidement et durablement les ressources financières et techniques nécessaires pour renforcer plus efficacement la résilience face à la pandémie actuelle et assurer la préparation pour de telles crises futures.**

Enfin, l'OMS Afrique devrait renforcer ses partenariats avec l'UNICEF, les CDC Afrique, les CDC Atlanta, les CDC Europe, les CDC Chine, etc. **pour améliorer l'efficacité de la prévention, de la gestion et du contrôle de la pandémie COVID-19 en Afrique et, surtout, pour assurer un développement équitable des vaccins et la production en Afrique pour éviter une menace de nationalisme mondial des vaccins.** En outre, les parties prenantes doivent garantir un approvisionnement transparent en vaccins, promouvoir le plaidoyer et soutenir les vaccinations gratuites contre la COVID-19 en Afrique en raison de l'endettement de ses populations. Les donateurs doivent veiller à ce que les gouvernements et les dirigeants politiques se concentrent sur la lutte contre la COVID-19 en tant que priorité pour atteindre les objectifs de développement durable des Nations Unies.

Références bibliographiques

- Abdelhafiz, A.S., Z. Mohammed, M. E. Ibrahim, H. H. Ziady, M. Alorabi, M. Ayyad, and E. A. Sultan. (2020). Knowledge, perceptions, and attitude of Egyptians towards the novel coronavirus disease (COVID-19). *Journal of Community Health*. Volume 45, Issue 5. pp: 881-890.
- ACBF. (2019a). Capacity Imperatives for the SDGs; African Union Agenda 2063
- ACBF. (2019b) Africa Capacity Report 2019: Fostering Transformative Leadership for Africa's Development. Harare: The African Capacity Building Foundation.
- ACBF and AUC. (2016). African Union Agenda 2063: African Critical Technical Skills: Key Capacity Dimensions Needed for the First 10 Years of Agenda 2063. Harare: The African Capacity Building Foundation.
- ACDC. (2020). Press Releases. Available at <https://africacdc.org/news-item/africa-cdc-partners-with-sacids-on-covid-19-preparedness-and-response/> (consulté le 18 novembre 2020)
- AfDB. (2020). African Development Bank launches record-breaking \$3 billion "Fight COVID-19" Social Bond. African Development Bank. 22/02/2020. Available at: <https://www.afdb.org/en/news-and-events/press-releases/african-development-bank-launches-record-breaking-3-billion-fight-covid-19-social-bond-34982>. Accessed on 30/03/2020 (consulté le 27 novembre 2020)
- Akande-Sholabi, W. (2020). Nigeria relies heavily on drug imports. Why this is worrying in the time of COVID-19. The conversation. March 31, 2020. consulté le 10 mai 2020.
- Alhas, A. M. (2020). Worldwide COVID-19 testing ratio per country, million. Disponible à: <https://www.aa.com.tr/en/latest-on-coronavirus-outbreak/worldwide-covid-19-testing-ratio-per-country-million/1800124> (consulté le 29 novembre 2020)
- AUC. (2020). The impact of Coronavirus on Africa economies. Disponible à: https://au.int/sites/default/files/documents/38326-doc-covid-19_impact_on_african_economy.pdf (consulté le 24 septembre 2020)
- Ayebare, R., Waitt, P., Okello, S., Kayiira, M., Ajok, M.A., Nakatudde, I., Bhadelia, N., and Lamorde, M. (2020). Leveraging investments in Ebola preparedness for COVID-19 in Sub-Saharan Africa. *AAS Open Res.* 2020 Mar 18;3:3. doi: 10.12688/aasopenres.13052.1. PMID: 32500116; PMCID: PMC7236423.
- Craig, J., Kalanxhi, E., and Hauck, S. (2020). National estimates of critical care capacity in 54 African countries. *BMJ*. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.13.20100727v2.article-info> (accessed on 23 December 2020)
- Demissie, B, Holt, T., Kimeu, M., Sun, Y.S. and Okebukola, P. (2020). Acting now to strengthen Africa's health systems. Available at: <https://www.mckinsey.com/featured-insights/middle-east-and-africa/acting-now-to-strengthen-africas-health-systems> (accessed on 23 December 2020)
- den Bakker, C.M., Anema, J.R., Huirne, J.A.F., Twisk, J., Bonjer, H.J., and Schaafsma, F.G. (2020). Predicting return to work among patients with colorectal cancer. *BJS*;107:140–148.
- Dzinamarira, T., Dzobo, M. and Chitungo, I. (2020). A perspective on Africa's capacity and response COVID 19. *J Med Virol*;92:2465–2472 DOI: 10.1002/jmv.26159
- Ebenso B, O. A. (2020). Can Nigeria contain the COVID-19 outbreak using lessons from recent epidemics? Disponible à: <https://doi.org/10.1016/S2214-109X>.
- El-Sadr, W.M. and Justman, J. (2020). Africa in the Path of Covid-19. *The New England Journal of Medicine*. 383;3.
- SSMI. (2020). Global Health Security Index 2019. Prepared by the Johns Hopkins Center for Health Security, the Nuclear Threat Initiative and the Economist Intelligence Unit. Disponible à: <https://www.SSMindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf> (accessed on 23 December 2020)
- Human Rights Watch. (2020). Human rights dimensions of COVID-19 response. Disponible à: <https://www.hrw.org/news/2020/03/19/human-rights-dimensions-covid-19-response#Toc35446586> [consulté le 11 juillet 2020].

- IMF. (2020). Country Tracker on policy responses to COVID-19. Disponible à: <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19> (consulté le 19 février 2021).
- IOM Mozambique. (2020). Mozambique – COVID-19 Preparedness Assessment in The Resettlement Sites. Disponible à: <https://migration.iom.int/reports/mozambique-%E2%80%93-covid-19-preparedness-assessment-resettlement-sites-april-2020>
- IRC. (2020). Coronavirus by the numbers. International Rescue Committee. Disponible à: <https://www.rescue.org/article/coronavirus-numbers> (consulté le 23 novembre 2020)
- Josephson, A., Kilic, T. and Michler, J.D. (2020). Socioeconomic Impacts of COVID-19 in Four African Countries. World Bank Policy Research Working Paper 9466.
- Limboro, C. M. (2020). Kenya's Response to COVID-19. Disponible à: <https://practiceconnect.azimpremjiuniversity.edu.in/kenyas-response-to-covid-19/> (consulté le 23 décembre 2020)
- Lucero-Prisno, D.E., Adebisi, Y.A. & Lin, X. (2020). Current efforts and challenges facing responses to 2019-nCoV in Africa. *Global Health Resource Policy* 5, 21.
- Madden, P. (2020). Figure of the week: Socioeconomic impacts of COVID-19 in Ethiopia, Malawi, Nigeria, and Uganda. Disponible à: <https://www.brookings.edu/blog/africa-in-focus/2020/12/02/figure-of-the-week-socioeconomic-impacts-of-covid-19-in-ethiopia-malawi-nigeria-and-uganda/> (consulté le 24 décembre 2020)
- McMahon, D.E., Peters, G.A., Ivers, L.C., and Freeman, E.E. (2020). Global resource shortages during COVID-19: bad news for low-income countries. *PLoS Negl Trop Dis* 2020;14: e0008412.
- Milken Institute. (2021). COVID-19 Data Explorer. Disponible à: <https://covid19africawatch.org/> (consulté le 24 janvier 2021)
- Mishra, A. (2020). Africa and COVID-19: Impact, Response, and Challenges to Recovery. ORF Occasional Paper No. 275, September 2020, Observer Research Foundation.
- Modern Ghana. (2020). Lack of Covid-19 treatment and critical care could be catastrophic for Africa. Disponible à: <https://www.modernghana.com/news/993332/lack-of-covid-19-treatment-and-critical-care-could.html> (consulté le 22 novembre 2020)
- Morris, J. (2020). Efforts to support Botswana San with their Covid-19 struggles. <https://naturaljustice.org/efforts-to-support-botswana-san-with-their-covid-19-struggles/> (consulté le 20 décembre 2020)
- Motlathledi, K., Bogatsu, Y., Maotwe, K., & Tsima, B. (2020). Coronavirus disease 2019 in Botswana: Contributions from family physicians. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 12(1), 3 pages. doi:<https://doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2497>
- Nachega, J. B., Grimwood, A., Mahomed, H., Fatti, G., Preiser, W., Kallay, O., Mbala, P. K., Muyembe, J.-J. T., Rwagasore, E., Nsanzimana, S., Ngamije, D., Condo, J., Sidat, M., Noormahomed, E. V., Reid, M., Lukeni, B., Suleman, F., Mteta, A. and Zumla, A. (2020). From Easing Lockdowns to Scaling Up Community-based Coronavirus Disease 2019 Screening, Testing, and Contact Tracing in Africa—Shared Approaches, Innovations, and Challenges to Minimize Morbidity and Mortality. *Clinical Infectious Diseases*. 2020 May 31:ciaa695. doi: 10.1093/cid/ciaa695. Epub ahead of print. PMID: 32474594.
- OCHA (2020c). Quick alerts Country: CHAD 16 October 2020. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs www.unocha.org.
- Ouma, P. N., Masai, A. N. and Nyadera, I. N. (2020). Health coverage and what Kenya can learn from the COVID-19 pandemic. *Journal of global health*.
- Pathologists Overseas. (2020). COVID Testing Dashboard. Disponible à: <https://www.pathologistsoverseas.com/covid-testing-information> (consulté le 23 décembre 2020)
- Reuters. 2020. Factbox-Latest on the worldwide spread of the coronavirus. 20 December 2020.
- UN Mozambique (2020). COVID-19 Update Situation Reports. Disponible à: <https://reliefweb.int/organization/un-rc-mozambique> (consulté le 23 décembre 2020)

UNDP Botswana. (2020). UNDP Botswana Support to the National Response to Contain the Impact of COVID-19. Disponible à: <https://www.undp.org/content/dam/rba/docs/COVID-19-CO-Response/undp-rba-covid-botswana-apr2020.pdf> (consulté le 23 novembre 2020)

UNCTAD. (2020). South-South Cooperation at the time of COVID-19: Building solidarity among developing countries. Trade and Development Report 2020 Update. The United Nations Conference on Trade and Development.

UNDP. (2020). 2020 Human Development Report. "The Next Frontier: Human Development and the Anthropocene. Disponible à: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020.pdf> (consulté le 23 décembre 2020)

UNICEF DRC. (2020). COVID-19_Situation Report#14.pdf. ICEF Novel Coronavirus (Global humanitarian response plan for COVID-19) Global Appeal. Disponible à: <https://www.unicef.org/coronavirus/covid-19/donate> (consulté le 23 décembre 2020)

UNICEF Mauritania. (2020). Mauritania: COVID-19 Situation Reports. Disponible à: <https://www.unicef.org/appeals/mauritania/situation-reports> (consulté le 23 décembre 2020)

United Nations Coordinated Appeal. (2020). Global Humanitarian Response plan COVID-19. Disponible à: <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Global-Humanitarian-Response-Plan-COVID-19.pdf> (consulté le 28 décembre 2020)

World Economic Outlook. (2021). World Economic Outlook Report: World Economic Outlook Update. The International Monetary Fund.

WHO. (2021). COVID-19 Explorer. Disponible à: <https://worldhealthorg.shinyapps.io/covid/> (consulté le 28 février 2021)

WHO. (2020a). Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331513>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WHO. (2020b). Regional Impacts and Responses to the COVID-19 Pandemic, and the Imperatives for Accelerated Health Integration in Africa. Global Health Observatory. The World Health Organization.

WHO Botswana. (2020). Responding to the COVID-19 pandemic: WHO's action in countries, territories and areas, 2020. The World Health Organization.

WHO DRC. (2020). WHO Health Emergency Dashboard COVID-19: Democratic Republic of the Congo Situation. The World Health Organization.

WHO Egypt. (2020). Regional updates on COVID-19. Disponible à: <https://www.who.int/countries/egy/> (consulté le 23 novembre 2020)

WHO Mauritania. (2020). Mauritania Publications. Disponible à: <https://www.afro.who.int/countries/41/publications> (consulté le 18 novembre 2020)

Winter, O. and Lev, T. (2020). Challenges to Egypt from the Coronavirus Pandemic. Disponible à: <https://www.inss.org.il/publication/egypt-coronavirus-test/> (consulté le 18 novembre 2020)
(accessed on 18 November 2020)

World Bank. (2021). DataBank: World Development Indicators. Disponible à: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators> (consulté le 23 décembre 2020)

World Bank. (2020). Egypt COVID-19 Emergency Response. Disponible à: <https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P173912> (consulté le 13 décembre 2020)

World Economic Forum. (2020a). The global risk report 2020. Disponible à: <https://www.weforum.org/reports/the-global-risks-report-2020> (consulté le 24 décembre 2020)

World Economic Forum. (2020b). Why Sub-Saharan Africa needs a unique response to COVID-19. Disponible à: <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/why-sub-saharan-africa-needs-a-unique-response-to-covid-19/> (consulté le 25 novembre 2020)

Worldometers. (2021). COVID-19 Coronavirus Pandemic. Disponible à: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (consulté le 26 février 2021)

Yabi, O.G. (2020). Coronavirus and Africa - in Senegal, Communication and Prevention are the Key Words. Disponible à: <https://www.institutmontaigne.org/en/blog/coronavirus-and-africa-senegal-communication-and-prevention-are-key-words> (consulté le 20 mars 2020)

Annexes

Annexe A : Résumé de la riposte des gouvernements africains à la COVID-19

Annexe A 1: Riposte des pays africains à la COVID-19 dans le domaine de la politique budgétaire

Pays	Aide économique annoncée (USD) (non compris les nouvelles dépenses de santé)	Aide annoncée (% PIB)	Dépenses de santé annoncées dans le cadre de la COVID-19 (USD)	% des dépenses de santé liées à la COVID-19, par rapport à l'ensemble des dépenses du gouvernement	Reports et exemptions de l'impôt sur le revenu des sociétés	Appuis supplémentaires aux entreprises (y compris les garanties, les subventions, etc.)	Transferts en espèces aux citoyens (y compris les allocations de chômage)	Aide alimentaire
Algérie	323 millions	0,20 %	29 millions	0,10 %	✓		✓	
Angola	67 millions	0,10 %	120 millions	1,20 %	✓			
Benin	148 millions	1,00 %	99 millions	4,50 %	✓	✓	✓	
Botswana	124 millions	0,70 %	39 millions	0,80 %	✓	✓	✓	
Burkina Faso	-	-	-	-	✓	✓		✓
Burundi	28 millions	0,80 %	-		✓		✓	
Cabo Verde	21 millions	1,10 %	1 million	0,10 %	✓	✓	✓	✓
Cameroun	724 millions	1,90 %	101 millions	1,50 %	✓	✓	✓	
RCA	48 millions	2,10 %	69 millions	23,10 %	✓		✓	
Tchad	165 millions	1,50 %	69 millions	5,30 %	✓	✓		✓
Comores	25 millions	2,10 %	-	-	✓		✓	
Côte d'Ivoire	1 350 millions	3,10 %	158 millions	1,70 %		✓	✓	
Congo (Rép.)	165 millions	1,40 %	-	-	✓			
RDC	-	-	135 millions	2,70 %	✓			
Djibouti	70 million	2,40 %	-	-				✓
Égypte	6 329 millions	2,50 %	316 millions	0,40 %	✓	✓	✓	
Guinée équatoriale	137 millions	1,00 %	137 millions	6,00 %	✓	✓	✓	
Érythrée	143 millions	-	-	-				
Eswatini	53 millions	1,10 %	5 millions	0,40 %	✓	✓		✓
Éthiopie	1.210 million	1,50 %	430 millions	4,00 %	✓	✓	✓	✓
Gabon	178 million	1,10 %	109 millions	4,20 %	✓	✓		✓
Gambie	26 millions	1,70 %	19 millions	6,30 %			✓	✓
Ghana	1 931 millions	3,00 %	600 millions	5,40 %	✓	✓		
Guinée	378 millions	3,10 %	47 millions	2,60 %	✓	✓	✓	
Guinée-Bissau	1 million	0,10 %	5 millions	1,70 %				✓
Kenya	534 millions	0,60 %	377 millions	1,80 %	✓	✓	✓	✓
Lesotho	63 millions	2,30 %	37 millions	4,10 %	✓	✓	✓	
Liberia	-	-	-	-				
Libye	-	-	693 millions	2,00 %				
Madagascar	100 millions	0,80 %	4 millions	0,20 %	✓		✓	
Malawi	50 millions	0,70 %	20 millions	1,10 %	✓		✓	
Mali	165 millions	1,00 %	86 millions	2,70 %	✓	✓	✓	✓
Mauritanie	260 millions	5,00 %	80 millions	6,20 %	✓	✓	✓	
Maurice	736 millions	5,20 %	33 millions	1,10 %		✓	✓	
Maroc	1 942 millions	1,60 %	1 942 millions	6,00 %	✓	✓	✓	
Mozambique	*US 700mn sollicités	486*	49 millions	1,20 %	✓	✓	✓	
Namibie	304 millions	2,10 %	115 millions	3,30 %	✓	✓	✓	

Pays	Aide économique annoncée (USD) (non compris les nouvelles dépenses de santé)	Aide annoncée (% PIB)	Dépenses de santé annoncées dans le cadre de la COVID-19 (USD)	% des dépenses de santé liées à la COVID-19, par rapport à l'ensemble des dépenses du gouvernement	Reports et exemptions de l'impôt sur le revenu des sociétés	Appuis sup- plémentaires aux entreprises (y compris les garanties, les subventions, etc.)	Tranferts en es- pèces aux citoyens (y compris les allocations de chômage)	Aide alimentaire
Niger	121 millions	1,30 %	-	-		✓	✓	✓
Nigeria	1 771 millions	0,40 %	1 362 millions	3,00 %	✓	✓	✓	
Rwanda	314 millions	3,30 %	-	-	✓	✓	✓	✓
Sao Tome & Principe	-	-	-	-		✓	✓	
Sénégal	801 millions	3,40 %	130 millions	2,70 %	✓	✓	✓	✓
Seychelles	90 millions	5,70 %	69 millions	11,50 %		✓		
Sierra Leone	245 millions	6,00 %	8 millions	1,10 %		✓		
Somalie	-	-	-	-	✓			
Afrique du Sud	37 879 millions	10,30 %	-	-	✓	✓	✓	✓
Soudan du Sud	3 millions	0,10 %	13 millions	0,80 %				
Soudan	415 millions	1,20 %	542 millions	14,70 %		✓	✓	✓
Tanzanie	408 millions	0,70 %	12 millions	0,10 %	✓	✓	✓	
Togo	131 millions	2,40 %	187 millions	15,60 %	✓		✓	
Tunisie	862 millions	2,20 %	-	-	✓	✓	✓	
Ouganda	288 millions	1,00 %	81 millions	1,50 %	✓	✓	✓	✓
Zambie	142 millions	0,50 %	35 millions	0,90 %	✓			
Zimbabwe	50 millions	0,20 %	5 millions	0,50 %	✓	✓	✓	✓

Source: Milken Institute (2021).

Annexe A2.

Mesures liées aux politiques monétaires prises par les pays africains vis-à-vis de la COVID-19

Pays	Mesures de politiques monétaires annoncées	Taux directeur actuel	Taux directeur le plus bas en 2020	Réduction due à la riposte à la COVID-19	Réduction du taux directeur	Réduction du capital requis	Mesures de soutien des liquidités	Report de prêt / Cadre de refinancement	Mesures de taux de change	Technologie financière / Mesures de soutien du paiement électronique
Algérie	La Banque d'Algérie a réduit son taux directeur de 25 points de base à 3,00 % le 30 avril 2020. Il s'agissait de la deuxième baisse de taux en riposte à la COVID-19, après une précédente réduction de 3,75 à 3,25 le 15 mars.	3,00 %	3,00 %	-1	✓	✓				
Angola	La Banco Nacional de Angola a maintenu le taux directeur et a mis en place une facilité spéciale de liquidités d'un montant de 100 milliards de Kz.	15,50 %	15,50 %				✓			✓
Benin Burkina Faso Côte d'Ivoire Guinée- Bissau Mali Niger Sénégal Togo	La Banque centrale des États de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO) a augmenté les ressources disponibles aux banques pour les porter à 4,750 milliards de FCFA, a étendu le cadre de garantie à 1 700 entreprises pré-qualifiées et a annoncé divers cadres de refinancement de crédit. Elle a également fourni 25 milliards de FCFA de subventions à la Banque ouest-africaine de développement (BOAD). La BCEAO a ajusté le plafond et le plancher du corridor de politique monétaire à la baisse de 50 pb, à 4,00 et 2,00 % respectivement.	4,00 %	4,00 %	0			✓			
Botswana	La Banque du Botswana a réduit le taux directeur de 50 points de base à 3,75 % le 8 octobre 2020. Il s'agissait de la deuxième baisse de taux en riposte à la COVID-19, après une autre réduction de 50 points de base à 4,25 % le 30 avril 2020.	3,75 %	3,75 %	-1	✓	✓	✓	✓		
Cabo Verde	La Banco de Cabo Verde a réduit le taux directeur de 125 points de base à 0,25 % et a réduit les taux des réserves obligatoires des banques.	0,25 %	0,25 %	-1	✓	✓	✓			
Cameroun RCA Tchad Congo Guinée équatoriale Gabon	La Banque des États de l'Afrique centrale (BEAC) a réduit le taux directeur de 3,5 % à 3,25 %, abaissé le taux de la facilité de prêt marginal de 6 % à 5 % et augmenté les provisions de liquidités à 500 milliards de FCFA.	3,25 %	3,25 %	0			✓			
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO	La Banque centrale du Congo a relevé le taux directeur en le faisant passer de 7,5 % à 18,5 %. En mars, la BCC a annoncé plusieurs mesures supplémentaires de riposte pour assurer la stabilité du marché et augmenter les liquidités.	18,50 %	7,50 %	-		✓				✓
Égypte	La Banque centrale d'Égypte (CBE) a réduit son taux directeur pour la troisième fois, de 50 points de base à 8,25 %, le 12 novembre 2020. La précédente baisse de taux, également de 50 points de base à 8,75 %, a eu lieu le 24 septembre 2020. Auparavant, en mars, la CBE a annoncé un vaste programme d'allègement de la dette ciblant les secteurs du tourisme et des PME et a réduit le taux directeur de 300 points de base à 9,75 %.	8,25 %	8,25 %	-3			✓			✓
Érythrée	Aucune mesure de politique monétaire en riposte à la COVID-19.	-	-	-						
Eswatini	La Banque centrale d'Eswatini a réduit le taux directeur de 25 points de base à 3,75 % le 24 juillet 2020. Il s'agissait de la quatrième baisse de taux, après une précédente réduction de 4,5 % à 4,0 % le 22 mai.	3,75 %	3,75 %			✓	✓			✓
Éthiopie	La Banque nationale d'Éthiopie a pris des mesures pour encourager une utilisation plus large des services bancaires mobiles dans le pays et a annoncé une facilité de liquidités de 15 milliards de BIRR.	-	-	-						
Gambie	La Banque centrale de Gambie a encore réduit le taux directeur de 2 points de pourcentage à 10 % le 28 mai 2020. Il s'agissait de la deuxième baisse de taux, après une précédente réduction de 12,5 % à 12 % le 27 février 2020.	10,00 %	10,00 %	-2	✓					
Ghana	La Banque du Ghana a abaissé le taux directeur de 16 % à 14,5 % et les réserves obligatoires des banques à 8 % pour soutenir le secteur financier.	14,50 %	14,50 %	-1	✓	✓				✓
Guinée	La Banque centrale de Guinée (BCRG) a initialement réduit le taux directeur de 100 points de base à 11 % et a mis en œuvre des programmes de soutien des liquidités du marché en avril 2020. Plus tard, en juin, la BCRG a augmenté le taux directeur de 50 points de base à 11,5 %.	11,50 %	11,00 %	-1			✓			
Kenya	La Banque centrale du Kenya a réduit le taux directeur de 25 points de base à 7,00 % le 29 avril 2020. Il s'agissait de la deuxième baisse de taux, après une précédente réduction de 8,25 à 7,25 le 24 mars.	7,00 %	7,00 %	-1			✓			
Lesotho	Le 28 juillet 2020, la Banque centrale du Lesotho a annoncé une nouvelle réduction du taux directeur de 25 points de base, de 3,75 % à 3,50 %. Il s'agissait de la quatrième réduction de taux, après la réduction du 22 mai de 4,25 %.	3,50 %	3,50 %					✓		✓

Pays	Mesures de politiques monétaires annoncées	Taux directeur actuel	Taux directeur le plus bas en 2020	Réduction due à la riposte à la COVID-19	Réduction du taux directeur	Réduction du capital requis	Mesures de soutien des liquidités	Report de prêt / Cadre de refinancement	Mesures de taux de change	Technologie financière / Mesures de soutien du paiement électronique
Liberia	Le 29 mai 2020, la Banque centrale du Liberia a décidé de réduire le taux directeur à 25 % et a procédé à des changements de politique pour encourager les transactions d'argent mobiles et atténuer les pressions sur les remboursements des emprunteurs dans les secteurs touchés, entre autres mesures.	25,00 %	25,00 %		✓					✓
Libye	Le 16 décembre 2020, la Banque centrale de Libye a modifié le taux de change officiel du dinar libyen pour le dollar américain et les droits de tirage spéciaux internationaux.	3,00 %	3,00 %	-						
Madagascar	La Banque centrale de Madagascar a fourni une injection de liquidités de 420 milliards d'ariary dans le marché et a pris des mesures pour encourager l'utilisation des transferts d'argent par téléphone portable, entre autres mesures.	9,50 %	9,50 %	-			✓			✓
Malawi	La Reserve Bank of Malawi a réduit le taux directeur de 150 points de base à 12 % le 23 novembre 2020, invoquant une évolution favorable de l'inflation. Auparavant, en avril, la Banque avait injecté 12 milliards de K dans les banques du Malawi et abaissé le taux Lombard (taux d'intérêt appliqué par la banque centrale) de 50 %, à 0,2 % au-dessus du taux directeur.	12,00 %	12,00 %	-1	✓	✓	✓	✓		✓
Mauritanie	La Banque centrale de Mauritanie a réduit le taux directeur de 150 points de base à 5 pour cent et a mis en place une facilité d'échange de devises pour éviter les fluctuations du taux de change.	5,00 %	5,00 %	-1	✓	✓	✓			
Maurice	La Banque de Maurice a ramené le taux de prise en pension à 1,85 % le 16 avril. Il s'agissait de la deuxième baisse de taux, après une précédente réduction de 3,35 % à 2,85 % le 10 mars.	1,85 %	1,85 %	-1	✓		✓			
Maroc	Le 16 juin 2020, la Bank Al Maghrib a réduit le taux directeur de 50 points de base à 1,5 %. Il s'agissait de la deuxième réduction du taux en riposte à la pandémie de la COVID-19. D'autres mesures de riposte annoncées dans le domaine des politiques comprenaient des facilités de liquidités ciblant à la fois les approvisionnements en devises locales et étrangères.	1,50 %	1,0 %	-1		✓	✓	✓	✓	
Mozambique	La Banco de Mozambique a encore réduit le principal taux directeur de 100 points de base à 10,25 % le 17 juin 2020. Il s'agissait de la deuxième baisse de taux, après une précédente réduction de 12,75 % à 11,25 % le 16 avril 2020.	10,25 %	10,25 %	-2	✓	✓	✓		✓	✓
Namibie	La Banque de Namibie a réduit le taux de prise en pension à 3,75 % le 19 août 2020. Il s'agissait de la quatrième baisse de taux en réponse aux impacts économiques mondiaux du COVID-19.	3,75 %	3,75 %	-3		✓				
Nigeria	La Banque centrale du Nigeria a réduit son taux directeur de 1 % à 11,5 %, ce qui était la deuxième baisse de taux depuis mars 2020. La banque a créé une facilité de crédit ciblée de 50 milliards de nairas et a pris d'autres mesures pour injecter des liquidités dans le système bancaire.	11,50 %	11,50 %	-2	✓					✓
Rwanda	La Banque nationale du Rwanda (BNR) a réduit le taux directeur de 50 points de base à 4,5 % le 29 avril 2020. Auparavant, la BNR avait annoncé une facilité de liquidités de 50 milliards de francs rwandais pour les banques et abaissé le ratio des réserves obligatoires de 100 points de base à 4 pour cent, entre autres mesures.	4,50 %	4,50 %	0	✓	✓	✓			✓
Seychelles	La Banque centrale des Seychelles a encore abaissé le taux directeur de 100 points de base à 3 % le 22 juin 2020 pour soutenir l'économie nationale. Il s'agissait de la deuxième baisse de taux, à la suite d'une réduction de taux antérieure à 4 % le 22 mars 2020.	3,00 %	3,00 %	-2	✓					
Sierra Leone	La Banque de Sierra Leone a mis en place un fonds de prêt dédié de 500 milliards de Le pour le secteur privé et a abaissé le taux directeur de 150 points de base à 15 pour cent, entre autres mesures.	15,00 %	15,00 %	-1	✓	✓	✓			
Somalie	La Banque centrale de Somalie a introduit environ 3 millions de dollars EU de prêts aux PME.	-	-	-			✓			
Afrique du Sud	La South African Reserve Bank a de nouveau réduit le taux de prise en pension à 3,50 %, à compter du 24 juillet 2020, pour soutenir les liquidités du marché. Il s'agissait de la quatrième baisse de taux en riposte à la COVID-19, après la réduction à 3,75 % de 4,25 % le 22 mai 2020.	3,50 %	3,50 %	-3		✓	✓			
Soudan du Sud	La Banque du Soudan du Sud a relevé le taux directeur de 10 % à son niveau d'avant la pandémie de 15 % le 6 novembre 2020, invoquant les performances limitées du système financier et la nécessité d'éponger l'excès de liquidités dans le secteur bancaire. En juillet, la Banque avait réduit le taux d'intérêt de référence de 3 % à 10 %. En avril, la Banque avait réduit le taux directeur de 15 % à 13 %.	15,00 %	10,00 %	-5		✓				
Tanzanie	La Banque de Tanzanie a réduit le taux directeur de 200 points de base à 5,00 % et augmenté les plafonds de transactions d'argent par téléphone portable, entre autres mesures.	5,00 %	5,00 %	-2	✓	✓		✓		✓
	mesures.									
Tunisie	La Banque centrale de Tunisie a réduit le taux directeur de 50 points de base 6,25 pour cent. Il s'agissait de la deuxième baisse de taux de la Banque, après une baisse de 100 points de base à 6,75 % en mars, lorsque la Banque a également fourni des garanties de crédit d'un montant de 500 millions de TND, entre autres mesures.	6,25 %	6,75 %	-1	✓		✓	✓		✓
Ouganda	La Banque d'Ouganda a encore réduit le taux directeur à 7 % le 8 juin 2020. La Banque centrale a initialement réduit le taux directeur de 9 à 8 % le 6 avril 2020.	7,00 %	7,00 %	-2	✓		✓	✓		✓
Zambie	La Banque de Zambie a réduit le taux directeur de 125 points de base supplémentaires à 8 pour cent. Entre autres mesures, la Banque de Zambie a annoncé la mise en place d'une facilité de refinancement d'un montant de 10 milliards de ZMK, révisé les classifications des prêts et a exhorté les banques commerciales à renoncer aux frais de transaction bancaire.	8,00 %	8,00 %	-3	✓		✓			✓
Zimbabwe	La Reserve Bank of Zimbabwe a relevé le taux directeur à 35 % en raison de pressions macro financières pressantes le 1er juillet 2020. La Reserve Bank a précédemment réduit le taux directeur de 25 à 15 % le 1er mai 2020.	35,00 %	15,00 %	-20	✓	✓	✓		✓	

Source: Milken Institute (2021).

Annexe B : Instruments d'enquête

Composante 'santé'

Titre : Impératif du renforcement des capacités pour la riposte contre les pandémies : bâtir des systèmes sanitaires, sociaux et économiques résilients et assurer la transformation socio-économique en Afrique

Introduction

Cette étude est menée par la Fondation pour le renforcement des capacités en Afrique (ACBF) en partenariat avec la Banque islamique de développement (IsDB) avec comme objectif majeur d'informer les politiques et les réformes dans la préparation et la riposte des secteurs sanitaire, social et économique de votre pays face à la COVID-19. Le but de ce questionnaire est d'aider à construire des systèmes de santé, économiques et sociaux résilients, afin de garantir une transformation socio-économique en Afrique. Nous vous encourageons de fournir autant que possible des informations précises et à jour concernant le secteur de la santé dans votre pays.

Veuillez noter que les informations que vous fournissez ne seront utilisées que dans le cadre de la présente étude. À ce titre, vos réponses seront traitées de façon strictement confidentielle. Nous vous remercions pour votre contribution et soutien.

Les pays proposés pour servir d'études de cas pour la recherche sont les suivants :

Région	Pays choisis pour l'étude
Afrique du nord	1. Mauritanie, 2. Egypte
Afrique de l'Ouest	1. Nigéria, 2. Sénégal
Afrique central	1. République démocratique du Congo, 2. Tchad
Afrique de l'est	1. Kenya 3. Soudan
Afrique australe	1. Botswana, 2. Mozambique

Les personnes ou groupes-cibles dans chaque pays :

- Les équipes de gestion de la COVID19 et des pandémies
- L'Organisation mondiale de la santé, ONG internationales et organisations communautaires
- Les parlementaires, ministres, leaders culturels et organisations confessionnelles
- Les professionnels paramédicaux, informateurs clés, groupes focaux et jeunes professionnels
- Agents de santé, et fonctionnaires du ministère de la Santé, etc.
- Institutions de recherche /think tanks
- Experts socio-économiques
- Ministères en charge des politiques économiques et sociales

Section A : Information de base

A1- Nom du pays.....

A1a. Lieu de résidence :

Milieu rural.....1

Milieu urbain.....2

A2- Affiliation institutionnelle [la structure que vous représentez ou pour laquelle vous travaillez].....

A3- Votre sexe

Homme	Femme
1	2

A4- Votre groupe d'âge

21 – 30 ans	31 – 40 ans	41 – 50 ans	Plus de 50 ans
1	2		

SYSTEMES DE SANTE

(À remplir par un personnel de santé du gouvernement dans votre pays)

SECTION B : Disponibilité des infrastructures de la santé (Veuillez indiquer les nombres pour chaque rubrique)

B.1- Nombre d'hôpitaux publics

B.2- Nombre d'hôpitaux publics équipés pour faire face aux pandémies

B.3- Nombre de personnels de santé / spécialistes des pandémies dans le pays

B.4- Ratio personnel de santé / patient en cas d'urgence est de 1 pour : (règle d'or standard de 1: 1000 de l'OMS)
a.) Moins de 1001 b.) 1001 – 2000 c.) 2001-3000 d.) Plus 3000

B.5- Votre pays dispose-t-il d'un(e) plan / stratégie / politique, de systèmes et de processus d'intervention en cas de pandémie ?

Oui _____ Non _____

Si oui, indiquez le nom / la référence de la Stratégie de réponse

Section C : Impacts de la COVID-19 sur les systèmes de la santé

C1- La Covid-19 a-t-elle affecté les systèmes de santé de votre pays en ce qui concerne les éléments suivants

	Intervention	Oui	Non
1	Engagement des établissements de la santé dans la lutte contre d'autres maladies		
2	Ressources destinées à lutter contre d'autres maladies		
3	Disponibilité du personnel pour aider à faire face à la COVID-19		

Outre les problèmes que vous avez soulevés ci-dessus, comment la COVID-19 a-t-elle affecté le système de santé de votre pays?.....

C2- En matière de renforcement des capacités quelles sont les implications de la Covid-19 sur les composantes suivantes du système de santé dans votre pays ?

- Leadership et gouvernance du système de santé
- Systèmes d'information sanitaire
- Financement du système de santé
- Ressources humaines pour la santé
- Produits et technologies médicaux essentiels
- Prestation de services de santé

C3- Quelles compétences techniques essentielles sont nécessaires dans vos pays pour lutter contre les pandémies ?.....

.....

Évaluation des priorités pour le renforcement des capacités humaines et institutionnelles des pays africains dans la lutte contre les pandémies telle que la COVID-19.

Section D : Compétences humaines / spécialités techniques critiques /compétences spécialisées

D1- Dans quelle mesure le personnel de santé de votre pays a-t-il été formé pour lutter contre les pandémies sans faire appel à de l'expertise hors du pays ? Sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie PAS DU TOUT et 10 signifie DANS UNE GRANDE MESURE, veuillez noter cet aspect

D2- Dans quelle mesure les dirigeants politiques de votre pays peuvent-ils respecter et adhérer aux recommandations du personnel de santé concernant la réponse aux pandémies ?

Dans une grande mesure _____ Dans une certaine mesure _____ Pas du tout _____

D3- Dans quelle mesure votre personnel de santé prévient-il la transmission communautaire en trouvant et en isolant rapidement les personnes affectées en cas de pandémie ?

Dans une grande mesure _____ Dans une certaine mesure _____ Pas du tout _____

D6- En cas de pandémie, nos professionnels de la santé peuvent facilement faire ce qui suit :

Intervention	Peut être fait efficacement	
	Oui	Non
Rechercher les cas-contacts		
Mettre tous les cas-contacts en quarantaine		
Soutenir tous les cas-contacts		
Fournir les soins médicaux nécessaires aux cas-contacts		
Fournir des informations, sensibiliser sur la pandémie et guider sur l'obtention de l'aide		
Tester les cas suspects et de leurs contacts		

D7- Quelles compétences techniques / spéciales essentielles font actuellement défaut au personnel de santé pour relever les défis du système de santé dans la lutte contre la COVID-19 dans votre pays ?

.....

D8-a.) Une étude a-t-elle été menée pour identifier les insuffisances dans les compétences du personnel de santé de votre pays dans un effort de lutte contre les pandémies ?

Oui _____ Non _____

b.) Si oui, qui a mené l'étude ? Exemples – consultants internationaux, consultants nationaux, autres (veuillez indiquer)

.....

c.) Qui a commandité l'étude ?

Ministère de la Santé _____ Partenaire (s) international (aux) _____ Secteur privé _____ Autre (veuillez indiquer) _____

d.) Cette étude est-elle accessible au public ?

Oui _____ Non _____

Si oui, veuillez fournir de plus amples informations sur la manière d'accéder à l'étude.....

.....

D9- Comment évaluez-vous la performance de votre pays en matière de capacité à lutter contre les pandémies au regard des mesures indiquées dans le tableau ci-dessous ?

	Intervention	Médiocre	Passable	Bien	Excellent
1	Planification stratégique	1	2	3	4
2	Surveillance électronique – système de traçabilité et de suivi	1	2	3	4
3	Systèmes de dépistage	1	2	3	4
4	Systèmes de communication	1	2	3	4
5	Applications stratégiques en ligne basées sur le GSM comme les SMS, etc.	1	2	3	4

Section E : Capacité pour le leadership transformateur

E1- Décrivez les structures de leadership / gouvernance utilisées pour lutter contre la pandémie de covid-19 dans votre pays ?

.....

E2- Qui conseille le gouvernement dans la lutte contre la Covid-19 ?.....

.....

Veuillez expliquer brièvement.....

E3- Quelle qualité de leadership est la plus recherchée pour lutter efficacement contre les pandémies dans votre pays ?.....

.....

E4- Quelles sont les actions menées par les chefs traditionnels pendant la lutte contre la covid-19 pour soutenir la lutte contre les pandémies ?.....

.....

E5 – Le secteur privé est-il efficacement mobilisé pour lutter contre les pandémies ?

Oui _____ Non _____

Veuillez expliquer brièvement.....

E6- a.) Décrivez la disponibilité des ressources de gestion dans votre pays pour lutter contre les pandémies.

.....

b.) Pensez-vous qu'il existe un niveau approprié de redevabilité dans la gestion des ressources lorsque votre pays est confronté à des pandémies ? Oui _____ Non _____

c.) Si votre réponse est Non, que pensez-vous qu'il faudrait faire pour rendre les dirigeants plus redevables dans la gestion des ressources en cas de pandémie ?.....

.....

Section F : Capacités opérationnelles institutionnelles

F1- Quelles institutions existent pour lutter contre les pandémies dans votre pays ?.....

Lequel de des aspects suivants peut être très bien géré par vos établissements de santé ?

(Veuillez cocher correctement)

	Coordination et planification	Oui	Non
1	Nos institutions peuvent tenir des réunions de planification auxquelles toutes les parties prenantes sont représentées	1	2
2	Tous les partis politiques se concentrent sur la pandémie comme ennemi commun	1	2
3	Tous les ministères et institutions gouvernementaux concernés jouent un rôle actif dans la lutte contre les pandémies dans ce pays	1	2
	Engager et mobiliser les communautés pour limiter l'exposition		
1	Les communautés de notre pays sont conformes aux pratiques opérationnelles standard pendant les pandémies.	1	2
2	En cas d'épidémie, les communications peuvent être rapidement envoyées par les parties prenantes concernées aux populations dans les langues locales afin qu'elles puissent comprendre la nécessité d'un comportement prudent.	1	2
3	Il y a toujours des numéros verts sans frais que les communautés peuvent utiliser pour signaler des urgences telles qu'une pandémie.	1	2
4	Les questions et les malentendus sur les pandémies et leur propagation sont rapidement abordés dans votre pays par les responsables de la santé et les équipes spéciales concernées.	1	2
5	Les individus de la communauté ne risquent pas des arrestations ou des contraintes dans la lutte contre les épidémies.	1	2
	Identification des cas d'infections et gestion des transmissions de maladies		
	Nos institutions peuvent facilement :		
1	Identifier les cas suspects dans les communautés	1	2
2	Effectuer des tests de dépistage sur un grand nombre de personnes et rendre compte des résultats en temps opportun	1	2
3	Mobiliser les équipements de test de dépistage pour les pandémies	1	2
4	Mobiliser les communautés pour qu'elles soient en état d'alerte face à tout cas suspect	1	2
5	Augmenter rapidement les effectifs et offrir des formations si nécessaire	1	2
6	Fournir un équipement de protection individuelle à tout le personnel de santé concerné	1	2
	Supprimer la transmission communautaire		
1	Adapter les mesures de distanciation au niveau de la population	1	2
2	Appliquer les restrictions de mouvement en plus d'autres mesures de santé publique et du système de santé	1	2
3	Promouvoir des mesures personnelles qui réduisent le risque de transmission de personne à personne, comme le lavage des mains, l'éloignement physique et l'étiquette respiratoire	1	2
4	Identifier les zones à haut risque tels que les postes frontalières, les aéroports ou d'autres points d'immigration	1	2
5	Soutenir les mesures au niveau communautaire pour réduire les contacts entre les individus, telles que la suspension des rassemblements de masse, la fermeture des lieux de travail non essentiels et des établissements d'enseignement, et la réduction des transports publics	1	2

F2- Décrivez les faiblesses de ces institutions qui ont été créées pour lutter contre la covid-19 ?.....

.....

F3- Quelles sont les forces et les faiblesses que vous avez observées dans les mécanismes de coordination institutionnelle de lutte contre les pandémies dans votre pays ?.....

.....

F4- a.) Quels(les) plans, politiques, systèmes et processus sont en place pour lutter contre les pandémies dans votre pays ?

.....

b.) Dans quelle mesure les politiques, systèmes et processus sont-ils adéquats ?.....

.....

c.) Quels changements, le cas échéant, sont nécessaires pour rendre ces politiques, systèmes et processus plus efficaces ?.....

Section G. Implications pour le renforcement des capacités et recommandations de politiques à mettre en place

G1.) Quelles recommandations de politiques sanitaires peuvent être formulées pour combler les insuffisances de capacité identifiées pour une action efficace des parties prenantes telles que les gouvernements et les acteurs non étatiques, les communautés économiques régionales, les organismes continentaux en cas de pandémie ?.....

G2.) Quelles actions de renforcement des capacités peuvent être mises en place pour combler les insuffisances de capacité identifiées pour une riposte efficace des parties prenantes telles que les gouvernements et les acteurs non étatiques, les communautés économiques régionales, les organismes continentaux en cas de pandémie ?.....

Merci beaucoup d'avoir renseigné le questionnaire

Fin

Systèmes socio-économiques

Titre : L'impératif du renforcement des capacités pour la riposte contre les pandémies : bâtir des systèmes sanitaires, sociaux et économiques résilients et assurer la transformation socio-économique en Afrique

Introduction

Cette étude est menée par la Fondation pour le renforcement des capacités en Afrique (ACBF) en partenariat avec la Banque islamique de développement (IsDB) avec comme objectif majeur d'informer les politiques et les réformes dans la préparation et la riposte des secteurs sanitaire, social et économique de votre pays face à la COVID-19. Le but de ce questionnaire est d'aider à construire des systèmes de santé, économiques et sociaux résilients, afin de garantir une transformation socio-économique en Afrique. Nous vous encourageons de fournir autant que possible des informations précises et à jour concernant le secteur de la santé dans votre pays.

Veuillez noter que les informations que vous fournissez ne seront utilisées que dans le cadre de la présente étude. À ce titre, vos réponses seront traitées de façon strictement confidentielle. Nous vous remercions pour votre contribution et soutien.

Les pays proposés pour servir d'études de cas pour la recherche sont les suivants :

Région	Pays choisis pour l'étude
Afrique du nord	1. Mauritanie, 2. Egypte
Afrique de l'Ouest	1. Nigéria, 2. Sénégal
Afrique central	1. République démocratique du Congo, 2. Tchad
Afrique de l'est	1. Kenya 3. Soudan
Afrique australe	1. Botswana, 2. Mozambique

Les personnes ou groupes-cibles dans chaque pays :

- Les équipes de gestion de la COVID19 et des pandémies
- L'Organisation mondiale de la santé, ONG internationales et organisations communautaires
- Les parlementaires, ministres, leaders culturels et organisations confessionnelles
- Les professionnels paramédicaux, informateurs clés, groupes focaux et jeunes professionnels
- Agents de santé, et fonctionnaires du ministère de la Santé, etc.
- Institutions de recherche /think tanks
- Experts socio-économiques
- Ministères en charge des politiques économiques et sociales

SYSTEMES SOCIAUX ET ECONOMIQUES

(À remplir par un personnel du gouvernement en charge des affaires économiques, financières et / ou sociales)

Section A : Information de base

A1- Nom du pays.....

A1a. Lieu de résidence:

Milieu rural -----1

Milieu urbain.....2

A2- Affiliation institutionnelle [la structure que vous représentez ou pour laquelle vous travaillez].....

A3- Votre sexe

Homme	Femme
1	2

A4- Votre groupe d'âge

21 – 30 ans	31 – 40 ans	41 – 50 ans	Plus de 50 ans
1	2	3	4

Section B- Soutien aux PME pour la croissance et la reprise post-COVID

B1- a.) Une évaluation rapide du marché a-t-elle été menée dans votre pays sur les chaînes de valeur durables potentielles depuis le début de la COVID-19 ?

Oui_____ Non_____

b.) Si vous avez répondu **Oui** à A1, quelles sont les principales conclusions de l'évaluation rapide du marché ?.....

.....
.....
.....

B2- Votre pays a-t-il mis en place un programme pour soutenir des partenariats efficaces autour des chaînes de valeur agricoles locales ? Oui_____ Non_____

Si OUI, indiquez le nom du programme :.....

B3- Votre pays a-t-il mis en place une initiative ou un programme de changement transformationnel des entreprises pour assurer l'innovation dans les processus commerciaux, les modèles d'affaires, les technologies, l'amélioration de la productivité, le recyclage et le perfectionnement des compétences ?

Oui_____ Non_____

Si OUI, indiquez le nom du programme :.....

B4- Votre pays a-t-il adopté des programmes pour promouvoir et financer des solutions-e innovantes dans le secteur privé afin de stabiliser l'offre (par exemple, promotion de la banque et du commerce numériques, réduction des taxes sur Internet et les TIC) ?

Oui_____ Non_____

Si OUI, indiquez le nom du programme :.....

B5- Votre pays a-t-il mis en place des initiatives de promotion de l'entrepreneuriat menées par les jeunes ?

Oui_____ Non_____

Si OUI, indiquez le nom du programme :.....

B6- Votre pays a-t-il adopté des initiatives pour soutenir les entreprises, les activités économiques et produits des femmes rurales, y compris l'accès aux chaînes de valeur spécifiques ?

Oui_____ Non_____

Si OUI, indiquez le nom du programme :.....

B7- Merci de répondre aux questions suivantes :

a. Quel est le nombre de start-ups soutenues dans le cadre de l'appui du gouvernement aux microentreprises / petites et moyennes entreprises (MPME) en réponse à la COVID-19 ? _____

- c. Combien de PME ont amélioré leur capacité à soumissionner pour des contrats du secteur public, y compris par des approches collaboratives dans le cadre du soutien du gouvernement aux entreprises touchées par la COVID ? _____
- d. Combien d'entreprises appartenant à des femmes ont augmenté leur capacité d'accéder aux services de promotion des entreprises et au soutien financier offert par votre gouvernement à la suite de la COVID-19 ? _____
- e. Combien d'entreprises dirigées par des jeunes ont augmenté leur capacité à accéder aux services de promotion des entreprises et au soutien financier offert par votre gouvernement à la suite de la COVID-19 ? _____
- f. Quels types de mécanismes ou de plates-formes existent dans votre pays pour renforcer les partenariats commerciaux afin de soutenir les chaînes de valeur locales face au COVID-19 ? Choisissez tout ce qui s'applique

1 Financement des PME	3 Associations et clubs d'entreprises	5 Subventions aux prix des TIC
2 Facilités de crédit	4 Autres (Indiquer)	6 Aucun

Section C. Renforcer la résilience du secteur privé et des entreprises en réponse aux pandémies

C1- Quels secteurs de l'économie de votre pays présentent le plus de potentiel de croissance ? (Veuillez n'en choisir que deux)

1 Chaîne d'approvisionnement alimentaire	3 Education	5 Secteur manufacturier
2 Services financiers	4 TIC	6 Secteur des transports
7 Construction	8 Autres (Indiquer)	

C2- La spécialisation intelligente est un cadre stratégique combinant les politiques industrielles, d'innovation et d'éducation (y compris leur conception, leur mise en œuvre et leur évaluation) afin de promouvoir de nouvelles opportunités de croissance basées sur l'innovation et la connaissance (OCDE).

Votre pays dispose-t-il actuellement d'une stratégie et d'un plan d'action de spécialisation intelligente pour renforcer la résilience des entreprises face à une pandémie ?

Oui _____ Non _____

Si OUI, indiquez le nom du programme :

C3- Dans votre pays, le secteur privé a-t-il adopté des technologies innovantes (échanges électroniques, numérisation des processus commerciaux et des chaînes de valeur) pour la croissance économique ?

Yes _____ No _____

C4- En fonction de votre réponse à la question C3, veuillez répondre aux questions suivantes :

a. Quelle proportion d'entreprises privées sont équipées de capacités électroniques dans votre pays ?

Moins de 11%	11% - 20%	21% - 30%	31% - 40%	Plus de 40%
1	2	3	4	5

b. Quelles proportions de travailleurs ont été formés ou ont acquis des compétences numériques dans votre pays ?

Moins 11%	11% - 20%	21% - 30%	31% - 40%	Plus de 40%
1	2	3	4	5

Section D: Stratégies de riposte macroéconomiques et de gestion de la dette

D1. a.) Votre pays a-t-il développé une stratégie de gestion de la dette pour renforcer la résilience face à la COVID-19 ?

Oui _____ Non _____

b. Si OUI, indiquez le nom de la stratégie :

c. Si OUI, dans quelle mesure la stratégie a-t-elle été mise en œuvre avec succès ?

Avec beaucoup de succès _____ Avec un certain succès _____ Avec un succès minimal _____

d. Si votre réponse à D1.a. est OUI, décrivez les éléments clés de la stratégie de gestion de la dette de votre pays pour renforcer la résilience face à la COVID-19 _____

D2. a.) Votre pays a-t-il formulé des stratégies durables de mobilisation des revenus et de croissance des revenus pour renforcer la résilience financière à la COVID-19 et aux futures pandémies ?

Oui _____ Non _____

b.) Si OUI, décrivez les éléments clés des stratégies de mobilisation des revenus et de croissance des revenus de votre pays pour renforcer la résilience financière à la COVID-19 et aux futures pandémies. _____

Section E: Protection des groupes et des personnes pauvres et vulnérables face à une pandémie

E1. a.) Votre pays a-t-il mis en place des programmes de transferts monétaires humanitaires pour aider les ménages pauvres ?

Oui _____ Non _____

b. Si OUI, indiquez le nom du programme : _____

c. Si OUI, combien de ménages ont-ils bénéficié à ce jour de ces programmes de protection sociale ? (Note m=million)

Moins de 0.5m	0.5m – 1.0m	1.1m – 1.5m	1.6m – 2.0m	Plus de 2m
1	2	3	4	5

E2. a.) Votre pays dispose-t-il de programmes de protection sociale d'urgence pour répondre aux besoins des populations vulnérables, notamment les personnes âgées, les femmes, les filles et les personnes handicapées ?

Oui _____ Non _____

b. Si OUI, indiquez le nom du programme : _____

c. Dans l'affirmative, répondez à la question suivante : Combien de personnes vulnérables ont bénéficié de ces programmes de protection sociale d'urgence ?

(Note m=million)

Moins de 0.5m	0.5m – 1.0m	1.1m – 1.5m	1.6m – 2.0m	Plus de 2m
1	2	3	4	5

E3. a.) Votre pays fournit-il un soutien direct aux personnes vulnérables pour démarrer et maintenir des activités génératrices de revenus pour se remettre de la crise de la COVID-19 ?

Oui _____ Non _____

b. Si OUI, indiquez le nom du programme : _____

c. Si Oui, répondez à la question suivante : Combien de personnes vulnérables ont bénéficié de ces programmes de soutien direct aux personnes vulnérables pour des activités génératrices de revenus après la COVID19 ?

(Note m=million)

Moin de 0.5m	0.5m – 1.0m	1.1m – 1.5m	1.6m – 2.0m	Plus de 2m
1	2	3	4	5

E4. a.) Votre pays a-t-il élaboré des réglementations pour établir des protocoles et des mécanismes permettant l'accès des communautés vulnérables à des services de protection sociale intégrés de qualité en temps de crise, y compris la mise en place de lignes téléphoniques d'urgence ?

Oui _____ Non _____

b.) Si oui, décrire les réglementations et guides les plus importants _____

E5. a.) Votre pays a-t-il élaboré et approuvé des normes et des protocoles pour des modèles de services intégrés de santé, de protection sociale, d'éducation inclusive et d'emploi ?

Oui _____ Non _____

b.) Si oui, décrire les normes et protocoles les plus importan

Section F: Impact de la COVID-19 sur les systèmes sociaux et économiques de votre pays

F1- a.) Comment évalueriez-vous l'impact de la Covid-19 sur les activités socio-économiques suivantes (veuillez l'indiquer en sélectionnant une option pour chacun des éléments ci-dessous)

		Très destructeur	Destructif	Aucun effet
1	Chaîne d'approvisionnement alimentaire	1	2	3
2	Éducation	1	2	3
3	Secteur manufacturier	1	2	3
4	Services financiers	1	2	3
5	TIC	1	2	3
6	Secteur des transports	1	2	3
7	Construction	1	2	3
8	Hôtellerie (hôtels, vacances, restaurants, etc.)	1	2	3
9	Autres (Indiquer)	1	2	3

b.) Veuillez développer vos réponses et fournir des exemples pour chaque activité de F1 :

- i.) Chaîne d'approvisionnement alimentaire.
- ii.) Education
- iii.) Secteur manufacturier.....
- iv.) Services financiers
- v.) TIC
- vi.) Secteur des transports.....
- vii.) Construction.....
- viii.) Hôtellerie (hôtels, vacances, restaurants, etc.....
- xix.) Autres (Indiquer)

F2- Quelles compétences techniques / spécialités essentielles sont actuellement disponibles pour répondre aux défis socio-économiques de la lutte contre les pandémies dans vos pays ?.....

F3- Quelles sont les insuffisances que vous avez observées dans votre pays dans les compétences techniques et spécialités essentielles dans les domaines de la politique sociale et économique nécessaires pour lutter efficacement contre les pandémies ?.....

F4- Quelles implications pour le renforcement des capacités dans votre pays la Covid-19 pose-t-elle à la lumière de ses effets sur les systèmes sociaux et économiques de votre pays ?.....

Section G: Capacités opérationnelles institutionnelles

G1- Quelles institutions économiques et sociales existent-elles pour aider à lutter contre les pandémies dans votre pays ?...

G2- Quelles insuffisances avez-vous constatées par rapport aux mécanismes de coordination institutionnelle qui existent pour lutter contre les pandémies dans votre pays ?.....

G3- a.) Quels plans, politiques, systèmes et processus socio-économiques sont-ils en place pour soutenir la lutte contre les pandémies dans votre pays ?

b.) Les politiques, systèmes et processus sociaux et économiques existants dans votre pays sont-ils adéquats pour lutter contre la COVID-19 et les futures pandémies ?

c.) Quels changements sont-ils nécessaires pour rendre ces politiques, systèmes et processus socio-économiques plus efficaces ?

Section H. Implications pour le renforcement des capacités et recommandations politiques

H1.) Quelles actions de renforcement des capacités peuvent être mises en place pour combler les insuffisances de capacités identifiées pour une riposte efficace des parties prenantes telles que les gouvernements et les acteurs non étatiques, les communautés économiques régionales, les organismes continentaux en cas d'épidémie ?.....

H2.) Quelles recommandations de politiques socio-économiques peuvent être formulées pour combler les insuffisances de capacités identifiées pour une action efficace des parties prenantes telles que les gouvernements et les acteurs non étatiques, les communautés économiques régionales, les organismes continentaux en cas d'épidémie ?.....

Merci beaucoup d'avoir renseigné le questionnaire
Fin

Annexe C : Corrélation de l'analyse pour le pourcentage de décès dans les cas confirmés, et l'indice global SSM et la mesure de l'indice SSM qui indique la solidité du secteur de la santé dans les pays sélectionnés pour l'étude

Corrélation entre le pourcentage de décès dans les cas confirmés et l'indice global SSM et la mesure de l'indice SSM					
		Pourcentage	Indice global SSM	Mesure de l'indice SSM	
Pourcentage	Pearson	1	-0,155	-0,295	
	Valeur-p	0,669	0,669	0,408	
	N	10	10	10	
Indice global SSM	Pearson	-0,155	1	0,625	
	Valeur-p	0,669	0,669	0,053	
	N	10	10	10	
Mesure de l'indice SSM	Pearson	-0,295	0,625	1	
	Valeur-p	0,408	0,053	0,053	
	N	10	10	10	
Corrélation entre le pourcentage de décès par cas confirmés et l'indice global SSM					
		Pourcentage	Indice global SSM		
Pourcentage	Pearson	1	-0,155		
	Valeur-p	0,669	0,669		
	N	10	10		
Indice global SSM	Pearson	-0,155	1		
	Valeur-p	0,669	0,669		
	N	10	10		
Corrélation entre le pourcentage de décès par cas confirmés et l'indice global SSM					
		Pourcentage	Mesure de l'indice SSM		
Pourcentage	Pearson	1	-0,295		
	Valeur-p	0,408	0,408		
	N	10	10		
Mesure de l'indice SSM	Pearson	-0,295	1		
	Valeur-p	0,408	0,408		
	N	10	10		

Corrélation entre le pourcentage de décès par cas confirmés et la mesure de l'indice SSM					
		Pourcentage	Indice global SSM	Mesure de l'indice SSM	Population
Pourcentage	Corrélation de Pearson	1	-0,155	-0,295	0,013
	Valeur-p	0,669	0,669	0,408	0,971
	N	10	10	10	10
Indice global SSM	Corrélation de Pearson	-0,155	1	0,625	0,490
	Valeur-p	0,669	0,669	0,053	0,150
	N	10	10	10	10
Mesure de l'indice SSM	Corrélation de Pearson	-0,295	0,625	1	0,422
	Valeur-p	0,408	0,053	0,053	0,224
	N	10	10	10	10
Population	Corrélation de Pearson	0,013	0,490	0,422	1
	Valeur-p	0,971	0,150	0,224	0,224
	N	10	10	10	10

Source : Calculs des auteurs à partir des données de l'indice SSM (2020) et de l'OMS (2021)



The African Capacity Building Foundation
2 Fairbairn Drive, Mount Pleasant, Harare, Zimbabwe
Tel: +263-4-304649
Email: root@acbf-pact.org
Website: www.acbf-pact.org

La **Fondation pour le Renforcement des Capacités en Afrique (ACBF)** est une agence spécialisée de l'Union africaine pour le renforcement des capacités. La vision de l'ACBF est une Afrique capable de réaliser son propre développement. Créée en 1991, la vision de l'ACBF est une Afrique capable d'atteindre son propre développement. L'ACBF travaille pour que les priorités de développement continentales de l'Afrique, comme l'Agenda 2063, soient efficacement atteintes, en fournissant un soutien spécifique pour chaque pays, en incitant le secteur privé et la société civile à contribuer efficacement au développement et à produire des connaissances fondées sur des preuves pour le renforcement des capacités.

La **Banque islamique de développement (BID)** est une institution financière internationale qui compte actuellement 57 pays. Sa mission est de promouvoir un développement humain global, en mettant l'accent sur les domaines prioritaires de la réduction de la pauvreté, l'amélioration de la santé, la promotion de l'éducation, l'amélioration de la gouvernance et la prospérité de la population. La BID soutient ses pays membres pour leur permettre de développer leurs économies et leurs sociétés, afin qu'ils soient prêts à relever les défis et les opportunités du monde moderne. La Banque islamique de développement (BID) est une institution financière internationale qui compte actuellement 57 pays. Sa mission est de promouvoir un développement humain global, en mettant l'accent sur les domaines prioritaires de la réduction de la pauvreté, l'amélioration de la santé, la promotion de l'éducation, l'amélioration de la gouvernance et la prospérité de la population. La BID soutient ses pays membres pour leur permettre de développer leurs économies et leurs sociétés, afin qu'ils soient prêts à relever les défis et les opportunités du monde moderne.