

Réflexions sur le confinement lors de la pandémie COVID-19 en Afrique subsaharienne francophone

Constat (réalités psychosociales) et préconisations (10/4/2020)

Le Constat

Pour rompre la chaîne de transmission, les gestes barrières sont essentiels. Le plus efficace est la distanciation sociale entre personnes infectées ou susceptibles de l'être et les individus indemnes. Sans reprendre les discussions sur la distance souhaitée (1m, 1,50m ?) et l'intérêt des différents types de masques selon leurs performances supposées et les catégories de la population qui doivent les porter, le confinement global autoritaire a été la mesure-phare. Il s'est imposé dès le début en Chine et en Europe avec le but de freiner le développement de la pandémie, afin de permettre la mise en place en temps utile des parades sanitaires, des structures de soin adaptées et de protéger les personnes fragiles.

Les moyens techniques pouvant être mis en œuvre pour la prévention et le traitement (lits de réanimation, masques, gants, tests diagnostiques etc.) et les personnels soignants sont d'une importance capitale. C'est une problématique non spécifique à l'Afrique, mais quelles sont les solutions satisfaisantes dans les pays en développement dont les moyens financiers sont mesurés et le nombre de soignants limité (par exemple, les structures hospitalières de Kinshasa qui est une ville de près de 12 millions d'habitants ne possédaient qu'une cinquantaine de respirateurs en début d'épidémie) ?

L'organisation de la distanciation sociale se révèle difficile dans de nombreux pays africains. De nombreux pays ont décidé tôt une première mesure qui a été la fermeture des écoles et universités (par exemple début mars au Sénégal). Les étapes suivantes ont été des mesures autoritaires de confinement voire de couvre-feu. Le couvre-feu a pu s'imposer rapidement (par ex. très tôt en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso, au Sénégal).

Apparemment, il y eu une acceptation relative dans les milieux aisés. Dans les **grands centres urbains**, le confinement des personnes plus avancées en âge et de catégories socio-culturelles les plus élevées semble se faire spontanément par auto-responsabilisation même s'il y a des difficultés professionnelles et de régulation sociale. Rappelons que la possibilité du télétravail est encore réservée à des élites dans les grands centres urbains (administrations et grandes entreprises).

La mise en œuvre s'est révélée difficile et souvent impossible dans les milieux populaires notamment dans **l'arrière-pays** pour des raisons culturelles et économiques.

Au **plan culturel** : le *vivre ensemble africain* est essentiel. Dans des cultures populaires du toucher et de l'oralité, comment faire respecter une certaine distance entre les gens surtout quand le refus de contact est vécu comme une insulte ? Quand on mange au même plat serré les uns contre les autres ? Quand on pense que l'individu isolé est en danger et que seul le groupe est salvateur ?

Au **plan économique** : les mesures de confinement global sont refusées pour des raisons existentielles dans des pays où l'économie est constituée en majorité par l'informel. Un témoignage résume le problème : « *au Sénégal, une partie importante de la population vit au jour le jour, obligée qu'elle est chaque jour d'aller chercher sa pitance et celle de sa famille* »

dans des activités journalières. Les conséquences économiques et nutritionnelles du confinement seraient énormes pour cette population ». Il y a de nombreux témoignages de refus plus ou moins véhéments vis-à-vis de l'autorité de la fermeture obligatoire des échoppes et autres établissements de commerce. En pratique, quasiment partout, persistent des marchés de village et grands marchés des villes car ils sont indispensables à la vie, à la survie des populations. Quelques mesures symboliques s'appliquent bien sûr sans problème : ici au Mali, avant d'entrer en boutique et à la sortie, on impose de se laver les mains, ce qui est impossible dans les marchés.

La population est jeune en Afrique. Ces jeunes sont peu réceptifs à des mesures contraignantes. Pour prendre un exemple, la population malgache est une population jeune avec une moyenne d'âge en dessous de 20 ans dont la majorité travaille déjà et qui a une résistance immédiate à la simple idée du confinement.

Par ailleurs, comment mettre en application ces décisions autoritaires dans l'arrière-pays ? En effet, les forces de l'ordre sont insuffisantes voire absentes ce qui est un autre obstacle. Cette insuffisance rend les limites interurbaines et les frontières internationales très poreuses.

Il y a aussi une peur au plan économique quand démarre une économie libérale ou planifiée. Il existe des divergences entre les responsables politiques qui prônent soit de sauvegarder l'activité économique à tout prix soit de faire une pause ou de refonder le système économique (sic). Certains gouvernants africains insistent sur la nécessité de garder une vie économique car *« seuls les Etats occidentaux peuvent se permettre de mettre l'économie en pause en organisant un confinement élargi en attendant la fin de la crise »*.

Le **transport en commun** indispensable à la majorité des Africains pour tout déplacement (bus, taxis brousse) pose un vrai problème de distanciation sociale. S'il peut y avoir des interdictions absolues de circuler en dehors des villes, ou sur certains grands axes, les transports urbains posent un problème d'incompréhension par rapport aux difficultés de la vie de tous les jours (ceci est noté par la plupart des membres du groupe).

Le **retour au village perturbe l'application d'une décision de confinement**: tant qu'elles restent possibles, tant que les routes sont restées ouvertes, ont été observées des ruées à partir des grandes villes très peuplées (par exemple à Abidjan à l'annonce du confinement) vers les villages d'origine (on imagine la dissémination potentielle du virus...). Il ne s'agit pas simplement d'une envie de nature, ou de meilleure subsistance voire de survie, car le retour au village, à la communauté d'origine, à la famille, a toujours été important dans la culture africaine lorsqu'il se pose une problématique existentielle, personnelle ou du groupe.

Le **respect des Anciens**, porteurs de la parole et maîtres de la coutume et du palabre ont gardé un peu partout une importance sociale. Ce sont eux, les sages, qui sont menacés. Le profond respect des personnes âgées est réel dans certains pays mais les conséquences peuvent être contraires. Par exemple, les personnes de plus de 60 ans sont invitées à ne plus circuler au Bénin ce qui est une bonne mesure. Mais les funérailles ne peuvent pas être évitées (importance du rite d'ancestralisation « les Ancêtres sont plus importants que la maladie ») ce qui pose un problème majeur (absence de distanciation sociale, contacts avec le mort). La proximité sera bien sûr à éviter en fin de vie et lors des funérailles ; on a vu que ce n'était souvent pas possible avec l'infection Ebola. A noter qu'il a pu être décidé que les personnes autorisées lors d'un enterrement puissent être en nombre limité (par ex. une 20ne en Côte d'Ivoire ce qui est déjà beaucoup).

Il a été noté que les régions qui avaient connu des épidémies les ayant marquées antérieurement (par exemple le choléra ou Ebola) s'adaptent plus facilement à un confinement ou à un couvre-feu.

Conséquences psychosociales immédiates du confinement tel qu'il a démarré dans divers pays d'Afrique.

D'emblée, le confinement global imposé par les autorités a été vécu comme très difficile voire impossible dans de nombreuses zones des pays africains, les zones périphériques surpeuplées des grands centres urbains et l'arrière-pays.

Les préconisations

En préalable, en l'absence de vaccins spécifiques à l'heure actuelle, l'objectif est une stratégie d'atténuation de la pandémie dans l'attente de la disparition du virus ou d'une immunité de groupe. Le niveau de l'immunité de groupe n'est pas encore connu que ce soit en Asie, en Europe, ou en Amérique, et a fortiori en Afrique, car dépend de facteurs génétiques et environnementaux (50 ou 60% de sujets atteints sont des chiffres avancés ?). Tous les experts en santé publique et organisations internationales sont en accord pour dire que le confinement total de la population (hormis certaines activités essentielles) est le seul moyen d'enrayer efficacement la pandémie. La problématique particulière de l'Afrique se situe à deux niveaux : sa démographie (la jeunesse de sa population, donc moins concernée par la gravité de COVID-19) et la survie alimentaire dans le cadre d'une économie informelle du quotidien.

Par ailleurs, pour prendre des décisions, la transparence politique est souhaitable et souhaitée par les populations. Les décisions sont prises sur les données objectives : la lutte contre les informations fausses ou fallacieuses est incontournable et fait l'objet d'un autre travail.

Que faire ?

Constatant l'impossibilité d'un confinement global autoritaire d'une durée suffisante pour freiner la pandémie, certains évoquent alors le **confinement sélectif**. Il est possible à deux niveaux :

Soit le **confinement sélectif de zone** dans des régions ayant leur autorité bien identifiée (par exemple des villes, des chefferies, des provinces, des Etats constitutifs d'un pays).

Soit le **confinement sélectif de groupe**, qui concerne les personnes à risques (de transmettre ou de recevoir). C'est en effet une demi-mesure pragmatique susceptible d'être acceptée socialement dans la durée.

Les deux niveaux peuvent coexister dans un même pays.

Le **confinement sélectif de groupe** est celui qui a été mis en avant dans ce travail :

Qui ?

Le **risque de transmission** : en l'absence actuelle de tests diagnostiques accessibles à tous, le confinement sélectif des personnes infectées non symptomatiques (porteurs sains) est impossible. Avec des moyens moins importants, celui des personnes symptomatiques présumées COVID-19 peut s'organiser.

Le risque de réception : quelles sont les personnes fragiles ?

- Toutes les études mettent au premier plan les personnes âgées, dès 60 ans, pour des raisons de réponses immunitaires spécifiques ce que d'aucuns appellent l' « immuno-sénescence ».

- Plus particulièrement, les personnes âgées qui ont une prévalence élevée de comorbidités. Rappelons qu'en Afrique, ces personnes âgées ne vivent pas habituellement dans des maisons de retraite ou des institutions médicosociales. Elles sont encore au sein de leur famille et donc exposées au contact probable d'un individu souvent jeune porteur sain ou malade dans leurs foyers. La prise en compte de ceci est délicate mais indispensable.

- D'une façon générale, toutes les personnes ayant une pathologie associée lourde qui favorise l'invasion virale agressive et la réaction inflammatoire disproportionnée qui peut être responsables de la mortalité. Ce terrain les rend souvent incapables de subir le choc d'une hospitalisation en soins intensifs quand celle-ci est possible. L'insuffisance respiratoire sous toutes ses formes est au premier plan. Diverses comorbidités importantes, surtout si elles ne sont pas équilibrées (diabète notamment de type 2, HTA, insuffisance cardiaque, toutes maladies cardiovasculaires) et, répétons-le, d'autant plus que l'âge est avancé. L'obésité est un facteur aggravant. La prévalence importante et en augmentation rapide de ces Maladies Non Transmissibles est un souci majeur de santé publique sur le continent africain comme le souligne l'OMS.

- Les handicapés, malades mentaux et défavorisés en situation de grande pauvreté doivent aussi faire l'objet d'une attention spécifique.

- Les personnes infectées par le VIH ? C'est une population importante quantitativement en Afrique, de plus de 25 millions (selon l'OMS). Il n'y a pas encore suffisamment de données scientifiques qui permettent d'affirmer que les personnes vivant avec le VIH sont plus exposées au risque d'acquisition du Covid-19 ni qu'elles développeront une forme plus grave de l'infection. Mais en se basant sur ce qui se passe avec d'autres virus, on peut craindre que le risque d'une forme grave soit probablement plus élevé lorsque le taux de CD4 est bas (<200/mm³), Ce n'est bien sûr qu'une hypothèse et il est important d'évaluer rapidement les cohortes de patients associant VIH et COVID-19.

Quand ?

Dans le contexte de la rapidité de diffusion de l'épidémie, le plus tôt est le mieux pour organiser le confinement. A défaut d'un confinement élargi, le confinement sélectif est une option à saisir rapidement dans les zones où la contamination communautaire commence à s'installer. Il faudra donc une remontée d'informations efficace (les acteurs locaux ont à ce propos un rôle essentiel). La décision est prise mais si possible avec des mesures d'accompagnement qui permettront d'éviter une sous-alimentation et en conséquence des réactions populaires violentes.

Comment ?

Le confinement sélectif a de meilleures chances de fonctionner s'il est **compris et volontaire**.

Ceci nécessite un **plan de communication et d'action intégrant les aspects psychosociaux africains** (en adaptant les modèles étrangers notamment occidentaux ou asiatiques) c'est à dire avec une mobilisation de tous les acteurs potentiels +++ ce qui n'avait pas été fait pour d'autres épidémies. Ce plan cible les responsables économiques, toutes professions confondues, les responsables scolaires, universitaires, non uniquement dans les domaines de la santé. Surtout, il ne faudra pas oublier les chefs traditionnels tels que rois, chefs des villages, les Aînés des clans et lignages, les associations et confréries de guérisseurs traditionnels (tradipraticiens de santé). On sait que les tradipraticiens de santé constituent le premier recours pour les soins de santé primaires (notamment en cas d'épidémies, surtout dans le contexte local où le système conventionnel de santé semble désarmé). Les confréries de chasseurs dans le Mandé sont particulières de par leurs rôles dans la guérison et le maintien de l'ordre local.

Les responsables religieux (musulmans, chrétiens, traditionnalistes) ont un rôle capital. Par ailleurs, on constate maintenant une implication forte des religieux après des résistances initiales et des interprétations apocalyptiques de certains.

Tous les medias seront mobilisés (radios, télévisions, journaux, internet, crieurs publics, griots). Les artistes peuvent jouer un rôle important de supports populaires de communication n raison de leur notoriété.

Le but est de définir de façon la plus consensuelle possible les priorités et ensuite de lancer un plan stratégique acceptable par l'ensemble de la population, puis dans chaque secteur défini, dans sa diversité : informer, rassurer, agir pour les plus faibles.

La communication organisée par ces différents acteurs doit être rassurante, il est important d'engager la responsabilité individuelle et collective, pour agir dans l'intérêt collectif de la communauté. Il est important de dégager avec eux, les messages, les manières et les explications en faveur d'une prise de conscience sur la nécessité de se protéger en premier lieu, de protéger sa famille, sa communauté.

Insistons sur le fait que le confinement des personnes âgées est à considérer prioritairement. Dans ce cadre, définir une stratégie spécifique de communication et de protection vis à vis des Anciens semble incontournable. Elle doit être réfléchie au plus haut niveau (avec les responsables traditionnels et religieux) organisée ensemble et affichée.

Pour le VIH, la question reste en suspens. En pratique, il est plus difficile à organiser, étant donné la stigmatisation de ces personnes comme l'ont montré divers travaux.

La mise en œuvre

Le groupe de réflexion n'avait pas mission de traiter le contexte technique (système de santé, les moyens dont la structuration médico-hospitalière). Bien évidemment, la protection des soignants est une exigence absolue.

Le déclenchement de la mise en œuvre est à l'évidence politique et au niveau national. Par exemple, la décision d'une d'évaluation (tests de diagnostic rapides) et d'isolement des personnes suspectes arrivant de l'étranger. Ceci est facile dans les aéroports et les ports mais difficile pour les frontières terrestres qui sont poreuses par manque de moyens de surveillance.

Nous savons qu'il y a différents modèles pour ce type de mobilisation générale telle la conférence nationale stratégique ou la déclinaison à tous les étages de responsabilité à

partir d'un comité national de lutte. Les experts médicaux et de santé publique sont importants mais il faut prendre en compte explicitement la dimension culturelle spécifique à chaque région (spécialistes des sciences humaines et sociales).

Est-il possible d'associer dans un même pays, ici des mesures de confinement sélectif par zones et ailleurs de confinement sélectif par groupes? Pourquoi pas, s'il s'agit de régions bien identifiées (par exemple villes, ethnies, chefferies, provinces, Etats constitutifs d'un pays) avec une nécessité d'un isolement donc une limitation et un contrôle stricts des déplacements, notamment le blocage des routes, afin d'éviter des contaminations entre ces régions traitées différemment. Les procédures ne sont pas simples mais méritent d'être étudiées. Cette problématique devrait aussi apparaître dans l'avenir au moment crucial du déconfinement.

Les **mesures d'accompagnement** sont souhaitables sinon obligatoires :

Le confinement s'associe naturellement à des fermetures administratives (écoles, universités etc.).

La fermeture des marchés des échoppes et commerces : étant données les impossibilités pratiques d'organisation et d'acceptation que nous avons vues, on pourrait recommander un calendrier limitatif d'ouverture ce qui permet une fermeture stricte sous contrôle des forces de sécurité les autres jours. Ce type de décision doit être mûrement réfléchi car il faut évaluer les avantages et inconvénients : la concentration ou l'étalement de la fréquentation versus la possibilité d'un contrôle strict efficace de la distanciation entre clients et fournisseurs.

Par ailleurs, le confinement a des conséquences psychologiques voire psychopathologiques indéniables qui nécessite un accompagnement par des spécialistes en santé mentale.

Un des soucis majeurs du confinement est lié à l'impact économique. Le constat est que les Etats africains ne peuvent pas assurer de façon durable une survie ne serait-ce qu'alimentaire des populations, si bien que se développent des comportements de contournement (*tout juste pour survivre...*). Les mesures d'appui économique semblent difficilement opérationnelles dans des systèmes où l'informel prédomine.

Ce peut être la mise en place d'une banque alimentaire avec distribution de bons alimentaires pour les catégories de population en difficulté mais aussi d'un service médical itinérant.

NB : Les mesures du déconfinement pourront faire l'objet de réflexions complémentaires du groupe de réflexion.

Participants au groupe, tous de rang universitaire dans le domaine de la santé et ayant ou ayant eu des responsabilités importantes dans leurs différentes institutions et pays:

Naby Balde (Guinée),

Raphaël Darboux (Bénin),

Isidore Mohenou Diomandé (Côte d'Ivoire),

Gérard Grésenguet (Centrafrique),

Abdel Karim Koumaré (Mali),

Méliane Ndhatz (Côte d'Ivoire),

Edouard Ngou-Milama (Gabon),

Rivo Andry Rakotoarivelo (Madagascar)

Luc Samison (Madagascar),

Martin Sanou (Burkina Faso),

Ekoe Tetanye (Cameroun),

Abdoulaye Samb (Sénégal)

Meissa Touré (Sénégal)

Propos colligés par Jacques Barrier (France)

Contact: jacques.barrier@univ-nantes.fr

Experts sollicités : Hortense Aka psychologue (Côte d'Ivoire), Eric Billaud infectiologue COREVIH Pays de Loire (France), Charles Boelen RIFRESS (Belgique, France), Pierre Boutin religieux (France, Côte d'Ivoire), Mr Ekroa tradipraticien (côte d'Ivoire), Michel Gakomo économiste (Congo-Brazzaville, France), Chantal Gauthier ethnologue (France, Togo, Cameroun), Baba Koumaré psychiatre (Mali), Mamadou Koumaré pharmacien ancien coordinateur de la médecine traditionnelle OMS / Afrique, Yvon Lebranchu immunologiste Tours, Académie de Médecine (France), Abe N'Doumy sociologue (Côte d'Ivoire), Kako Nubukpo économiste (Togo), Emmanuel Puga sociologue (Cameroun), Rahantsoa Finaritra (Madagascar), Rokia Sanogo pharmacienne (Mali) et autres en cours. Pour participer à ces réflexions, s'adresser au coordinateur.

Sous l'égide du Conseil scientifique de la CIDMEF : Etienne Lemarié (France) et Yves Tremblay (Canada Québec).