

# Pour aller vers la responsabilisation communautaire dans la lutte contre la COVID-19 au Sénégal

Face à l'évolution de la situation de la COVID-19 au Sénégal, Le Président de la République du Sénégal a pris la décision de réorienter la stratégie de lutte, en tenant compte des réalités économiques, scientifiques et épidémiologiques dictant une réadaptation des comportements à l'évolution de la pandémie. Plus singulièrement, il s'est agi d'un assouplissement des mesures restrictives antérieures (ouverture des marchés, des lieux de prière, reprise de l'école pour les classes d'examen, réduction des heures de couvre-feu). Ce qui a aussi retenu l'attention, c'est l'appel à la responsabilité individuelle et collective dans la lutte et la nécessité d'apprendre à vivre en présence du virus.

Si les raisons objectives justifiant cette réorientation sont compréhensibles, l'impréparation des populations à ce changement de paradigme dans l'action publique a suscité plusieurs réactions, exprimant à la fois une bonne dynamique de l'esprit citoyen critique et un sentiment de démobilisation. En particulier les reproches sont assez divers (agenda caché d'immunisation collective, faillite de la santé publique, soumission du temporel au spirituel, abandon de ses prérogatives etc.) Elles le sont d'autant plus que les populations ont été habituées depuis le début à la présence visible d'un État Providence dans la gouvernance de la lutte contre l'épidémie. Mais passée cette émotion, il y a besoin de se remobiliser pour la lutte communautaire, d'abord parce que le virus n'attend pas, ensuite parce que la responsabilisation individuelle et collective dans la gestion de l'épidémie est une bonne option, si elle est mise en œuvre conformément à l'esprit de la lettre.

## 1. Comprendre le sens et la portée de la responsabilité individuelle et collective dans la lutte communautaire contre COVID-19

L'éthique de la responsabilité individuelle et collective renvoie à l'idée que pour lutter contre la COVID-19, arrêter la chaîne de transmission, il faut responsabiliser et mettre au cœur de l'action les individus, les communautés qui sont capables d'autonomie, de se contrôler eux-mêmes, qui ont l'intelligence pour s'approprier les mesures barrière, adopter des comportements de réduction des risques, pour soi-même, avec et envers les autres, pour l'intérêt de tous. En consacrant l'intervention et la responsabilisation des individus et des collectifs dans l'action de santé publique, le Président de la République consacre en réalité l'approche de l'engagement communautaire, défini comme "un processus dans lequel s'instaure un partenariat entre le gouvernement et les communautés locales pour la



Sylvain Landry Faye

planification, l'exécution, l'exploitation des activités en vue de tirer parti de l'accroissement de l'auto-responsabilité et le contrôle social." (Guide d'orientation de l'engagement communautaire pour une réponse à l'épidémie de COVID-19, MSAS, Sénégal, Mars 2020)

Le principe qui consiste à engager les communautés, c'est-à-dire à reconnaître leurs savoir-faire, à leur assurer une place dans le processus décisionnel et dans l'action publique ne date pas d'aujourd'hui. La charte d'Ottawa (1986), qui a proclamé la promotion de la santé considérait déjà la nécessité de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Durant l'épidémie d'Ébola en Afrique de l'Ouest, ce principe a été réaffirmé comme une des meilleures stratégies pour créer la confiance (Faye, 2015, Enria L et al., 2016) collaborer avec les populations, s'assurer que les interventions des équipes de la Riposte soient adaptées au contexte et arriver à l'appropriation de la lutte. Les populations ont été responsabilisées dans la surveillance communautaire, et dans l'initiation et/ou la conduite d'activités de communication pour le changement de comportements.

L'éthique de la responsabilité individuelle et collective traduit alors le pari de la dévolution de pouvoir aux individus et communautés, considérés comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer leurs rôles dans la promotion de leur santé. Il s'agit de les reconnaître et d'en faire des partenaires clés, ayant le droit d'être informés, de participer aux prises de décisions qui affectent leur existence, d'être au cœur de l'élaboration et de la mise en œuvre des activités pour un milieu de vie sain et un changement de comportements en matière de santé.

Pour mieux la mettre en œuvre dans le cadre de la lutte contre la COVID-19, il est nécessaire d'en connaître et comprendre les prin-

cipes et ce qu'ils impliquent pour la pratique :

- La responsabilisation des individus et des collectifs dans la gestion de l'épidémie suppose d'abord de reconnaître leur intelligence sociale, leurs leadership et capacités d'acteurs. Il s'agit d'intégrer l'idée que les populations ne sont pas seulement revendicatives de leurs droits de disposer d'informations transparentes à temps réel, mais aussi d'une meilleure considération de leurs capacités à initier des solutions et des actions allant dans le sens de lutter contre l'épidémie qui les concerne au premier chef. Cette reconnaissance est considérée comme le moyen leur permettant de se penser comme des partenaires (Honnet, 2004) acteurs de leurs propres vies et de s'approprier le respect des mesures barrière en tant que nécessité d'existence et de survie. Par exemple, les décisions de plusieurs chefs religieux musulmans (Tivaouane, Saint-Louis, Dakar) et de l'Église Catholique de ne pas rouvrir les lieux de culte peuvent être analysées comme une défiance à l'égard de l'autorité de l'État. Pourtant, c'est aussi l'expression puissante de l'exercice de leur responsabilité reconnue (par les membres de leurs communautés et par l'État) d'orienter le cours de l'action publique (de manière fragmentée, diverse et variée). Dans ces conditions, la déclaration du Chef de l'État ne peut être qu'une proposition faite à l'intelligence sociale de ces figures de légitimité. Se sentant investies d'une responsabilité vis-à-vis de leurs collectifs, ces autorités sont aussi les meilleurs relais crédibles pour les engager dans l'appropriation des mesures barrières, sans avoir toujours besoin de la coercition.

- Valoriser l'approche d'engagement des communautés, c'est accepter de nouer un partenariat, une collaboration avec les individus et leurs collectifs : l'éthique de la responsabilité suppose un changement de paradigme, consistant à passer d'une approche coercitive, autoritaire, dictant des conduites par le biais des équipes techniques, à une démarche collaborative et de partenariat pour l'appropriation des mesures barrières (distance physique, lavage des mains, port de masques) et la surveillance épidémiologique à base communautaire. Cependant, ce partenariat ne peut s'établir que par le biais de personnes relais appartenant au tissu communautaire très large et diversifié au Sénégal. Il est possible de passer par les comités de santé, devenus maintenant les comités de développement sanitaire, les Comités de Veille et d'Alerte Communautaire intégrés (CVACi), structures adéquates pour promouvoir la lutte communautaire. Par ailleurs, il y a les

agents de santé communautaires (ASC), les relais communautaires, les agents porteurs de dynamiques communautaires (APDC), les bajenu gox etc. qui ont un rôle de promotion de la santé auprès des individus et de leurs familles. Il y a aussi les initiatives des jeunes dans les quartiers (ASC, organisations caritatives, mouvements religieux) qui sont des espaces d'engagement pour contribuer à la lutte actuelle. En dehors de ces acteurs, il y a aussi les leaders communautaires (autorités traditionnelles, religieuses, administratives) et les individualités, reconnues au sein des quartiers, des villages, des villes comme des figures de légitimité. Il s'agit donc de décentraliser la lutte, en particulier la définition des actions à mener et les moyens de la mettre en œuvre par les communautés elles-mêmes, et de positionner les équipes techniques (du district sanitaire, des services décentralisés de l'action sociale, les autorités administratives) comme des accompagnateurs, appuyant, encadrant et facilitant la dynamique communautaire. Les maires, les autorités administratives, les figures politiques ne doivent pas supplanter ou se substituer aux acteurs communautaires, mais passer par eux, collaborer et les appuyer dans les activités communautaires qui restent leur domaine de prédilection.

- Engager les communautés dans la gestion des épidémies va au-delà de la seule mobilisation des leaders religieux et communautaires : S'il y a une idée courante à déconstruire, c'est celle selon laquelle l'implication des chefs religieux, des chefs de quartiers, des présidents de conseil de jeunesse, de GPF, est suffisante pour engager les communautés. En fait il s'agit d'une approche utilisée par les projets de développement, dite de mobilisation sociale, qui a eu tendance à reproduire ces catégories figées comme représentatives de la communauté alors qu'elles ne correspondent pas toujours au réel social (figures souvent politisées). Ceci est d'autant vrai, dans les situations de crises socio-sanitaires où s'opère souvent une critique des légitimités politiques, traditionnelles et l'affirmation d'autres formes au ras-du-sol. Il ne s'agit pas de mettre à l'écart les chefs religieux, les chefs de quartiers, bref les légitimités religieuses et traditionnelles (souvent porteuses d'un statut officiel). Mais l'engagement communautaire requiert de collaborer aussi avec les figures charismatiques que les diverses communautés considèrent, reconnaissent et désignent elles-mêmes comme légitimes, exemplaires pour les représenter, les engager dans la promotion de la lutte contre la COVID-19. Collaborer en priorité avec les individualités ou les structures communautaires reconnues comme légitimes par les popu-

lations elles-mêmes pour les engager dans la lutte suppose d'en faire les véritables artisans de la conduite des activités de communication et de promotion des mesures barrières. Le travail des acteurs communautaires est aussi de promouvoir l'éthique de la responsabilité individuelle et la solidarité locale. La citoyenneté sanitaire est une donnée qui va être fondamentale dans la préparation, la réponse, la mitigation et la résilience face à l'épidémie actuelle et celles à venir.

- S'engager à renforcer les capacités des communautés en leur transférant les moyens de lutte : Il ne suffit pas de reconnaître chaque individu, groupe social, communauté comme un acteur et donc un partenaire incontournable dans la gestion de l'épidémie de la COVID-19 au Sénégal. Il faut aussi renforcer les capacités des individus et de leurs collectifs, les outiller, leur donner les moyens (logistiques, financiers) afin de leur permettre de réduire les risques d'infection et de rompre la chaîne de transmission. La responsabilisation des communautés ne signifie pas en principe une démission ou un désengagement de l'État. Ce dernier a le rôle d'accompagner, par le biais de ses structures décentralisées, les communautés dans le processus d'autonomisation, de renforcer leur résilience afin qu'elles prennent le contrôle de leur destin et adoptent des comportements favorables à une meilleure santé. C'est aussi à ce niveau que sont attendues les contributions des maires, des présidents de communes rurales, des figures politiques locales pour s'assurer que les acteurs communautaires disposent des moyens pour augmenter les capacités des populations à adopter les comportements souhaités. Il faut surtout éviter que la lutte communautaire soit le terrain d'affrontements de mouvements de jeunesse politique, financièrement armés par des hommes politiques concurrents, souvent à l'intérieur d'un même parti politique. Le communautaire devient un marché d'opportunités où chaque parti veut se rendre visible, avec l'argument d'un engagement citoyen qui cache d'autres motivations politiciennes. Ces ressources peuvent servir à motiver les personnes engagées et reconnues par les communautés, capables d'impulser une dynamique favorable à la lutte contre le virus.

Pour mettre en œuvre la stratégie communautaire dans le cadre de la Riposte à l'épidémie de COVID-19, le MSAS dispose d'une Cellule de santé communautaire. Avec l'appui de partenaires techniques et financiers, celle-ci a produit un guide d'orientation de l'engagement communautaire, portant principalement sur les stratégies possibles et les parties prenantes à la riposte. S'il faut louer cet effort, il nous faut constater que cette stratégie n'a pas été toujours opérationnalisée sur le terrain. En attendant de disposer d'une bonne stratégie nationale d'engagement communautaire pour les situations de risques et d'urgence sanitaire, il est nécessaire d'avoir quelques pistes pour actualiser ce guide et opérationnaliser l'approche, à la lumière des défis actuels de l'épidémie.

## 2. Actualisations de la réponse communautaire à la COVID-19 au Sénégal

- Pour une communication sociale qui promeut la responsabilité, la solidarité, la citoyenneté sanitaire pour l'appropriation de la lutte :

L'éthique de la responsabilité individuelle et collective recommande que les acteurs communautaires soient les principaux véhicules de la communication de proximité, interpersonnelle, à l'écoute des préoccupations des populations (qui quelques débordent, en apparence, le cadre de l'épidémie). Ce travail à la base avec les communautés, encadré par le district sanitaire, dans les espaces publics, dans les ménages (visites à domicile), au moment des rencontres associatives, de groupements de femmes, est celui qui adresse beaucoup plus la communication sociale sur les risques et donne plus de résultats. L'implication des acteurs communautaires légitimés par leurs pairs est la voie pour obtenir l'engagement des populations. Il est nécessaire de communiquer de façon à les amener à identifier les risques (pas seulement biomédicaux), à évaluer et comprendre leurs vulnérabilités. Par exemple, les acteurs communautaires ont pour rôle de s'assurer que les membres de leurs communautés accèdent aux dispositifs de lavage des mains, aux masques et en maîtrisent les techniques de portage et stérilisation. Ils doivent aussi valoriser, appuyer et faire connaître toutes les initiatives prises par les communautés allant dans le sens de la gestion de la maladie.

Toutefois, tenant compte du contexte actuel de l'épidémie et de la réorientation de la stratégie, la communication sociale a besoin d'être dynamique et intégrer aussi bien la promotion de l'adoption des mesures barrière que celle de la responsabilité individuelle et collective, la citoyenneté sanitaire, la solidarité de groupe. Elle doit insister sur des valeurs (contrat social, altruisme) pour renforcer les réseaux de solidarité, les liens qui unissent les individus, éléments nécessaires pour gérer la peur, le stress, mais aussi adopter des comportements qui protègent les autres et soi-même. C'est seulement à partir de ce moment qu'elle peut contribuer à un changement de comportement significatif, capable de réduire et rompre la chaîne de transmission du virus, pour le bien des personnes et de leurs collectivités.

- Organiser la surveillance épidémiologique active à base communautaire sous l'égide des CVACi à rendre plus fonctionnels :

Dans la phase actuelle de l'épidémie où les cas asymptomatiques ne sont pas négligeables et la transmission communautaire soutenue, il est plus que jamais nécessaire de procéder à une surveillance active au niveau communautaire. Une telle activité vient en complément de la recherche active de cas à travers la consultation des registres de maladies dans les structures hospitalières (stratégie décidée récemment par le MSAS).

Sur le terrain, l'expérience nous recommande d'organiser la surveillance communautaire sous la responsabilité et la coordination des Comités de Veille et d'Alerte

Communautaire intégrés (CVACi) : les différents acteurs communautaires, figures de légitimités, bénévoles ou responsables dans les quartiers doivent continuellement mener des investigations ou recevoir des alertes de la part des populations, identifier les cas suspects et leur demander d'adopter un comportement d'auto-isolement. Ensuite, ces acteurs peuvent notifier les informations aux CVACi qui ont la responsabilité de saisir les autorités de leur formation sanitaire. Ces structures doivent piloter la surveillance épidémiologique active, tous les autres acteurs venant en appui. C'est au niveau de ces structures que tous les acteurs communautaires qui interviennent dans les quartiers, obtiennent des informations ou des rumeurs sur des cas suspects, doivent se référer pour alerter.

Une telle approche pourra ainsi permettre de mieux centraliser, coordonner l'information et surtout assurer le suivi des personnes suspectées et qui doivent s'auto-isoler à la maison. Elle est d'autant plus nécessaire que le MSAS vient de mettre fin au confinement des cas contacts au niveau des réceptifs hôteliers, ces derniers devant être gérés au niveau communautaire. Pour cela, les relais communautaires, sous la coordination des CVACi, vont être utiles et incontournables pour accompagner les suspects et faciliter leur auto-isolement. Les visites à domicile à réaliser doivent aussi être l'occasion de discuter et suivre les familles, d'investiguer les dynamiques autour des suspects pour identifier de potentiels contacts. Le lien social qu'ils vont établir avec eux permettra aux suspects de pouvoir les aviser dès que des symptômes congruents de COVID-19 sont observés.

Pour réaliser cette approche, il faut que les autorités administratives et les maires laissent plus de place et donnent les moyens logistiques et financiers aux CVACi dont la vocation première est de jouer un rôle de veille et d'alerte en cas d'épidémie. L'absence de moyens financiers et de motivation des acteurs de ces structures est une des raisons de leur non fonctionnalité. Par ailleurs, l'orientation communautaire de la lutte contre la COVID-19 et l'arrêt du confinement des cas suspects dans les réceptifs hôteliers, imposent aux autorités administratives, sanitaires de district, de penser à la décentralisation communautaire de la prise en charge. Concrètement, il s'agit de mettre en place de sites communautaires, en collaboration avec les CVACi. Ces sites d'accueil au niveau périphérique pourront permettre de prendre en charge les cas asymptomatiques, simples, sous la responsabilité des infirmiers chef de poste ou l'équipe cadre de district.

- Collaborer avec les acteurs communautaires pour l'accompagnement psychosocial, la prévention et gestion de la stigmatisation sociale :

Depuis que la crise sanitaire de COVID-19 a commencé au Sénégal, la stigmatisation sociale a pris de plus en plus d'ampleur. Un nombre non négligeable de personnes guéries ou élargies de quarantaine, avec leurs familles ou leurs quartiers ont vécu une expérience traumatisante de la maladie. Celle-ci s'est traduite

par des actes d'indexation, de désignation, des scènes d'évitement de la part de leurs voisins, leur milieu de travail ou leurs réseaux sociaux. Une crise sanitaire s'accompagne aussi d'une indexation du personnel soignant et des structures sanitaires impliqués dans la prise en charge des cas. Dans le cadre de la COVID-19, la stigmatisation sociale illustre une peur et une anxiété liées aux risques réels et perçus d'infection. Les dimensions psycho-sociales, la perte d'estime de soi, les transformations psychosomatiques induites par l'expérience individuelle, familiale et sociale de l'épidémie sont essentielles dans la gestion de la maladie.

Pour prendre en charge cette question, le MSAS a prévu, à travers le COUS, une réponse décentralisée d'abord avec le dispositif des Équipes Mobiles d'Intervention psycho-sociale (EMIS), prévues dans chaque région, formées d'assistants sociaux, travailleurs sociaux, psychologues, psychiatres en fonction dans les services étatiques. Elles ont pour objectif de fournir, en cas de catastrophe, un accompagnement psychosocial pour les cas de stress post-traumatique. Dans la réalité de COVID-19, les EMIS n'ont malheureusement pas été activées. Par ailleurs, la Direction de l'Action Sociale (MSAS) a aussi mis en place une Équipe d'assistance sociale et matérielle (plus visible à Dakar) pour les personnes contact ayant été confinées, ainsi que les familles. Cette équipe devait trouver ses relais dans chaque commune avec les Centres de promotion et de réinsertion sociale (CPRS) où des travailleurs sociaux accompagnent et gèrent les secours ou appuis en lien avec COVID-19. Dans la pratique, les CPRS n'ont pas toujours eu les moyens pour mener l'assistance matérielle et financière requise pour les personnes qui l'ont sollicitée. Enfin, la Division de la santé mentale (MSAS) a aussi mis sur pied une Équipe d'appui psychologique pour les soignants et les personnes hospitalisées dans les services de santé.

Dans la perspective d'une meilleure réponse à ce problème de stigmatisation, il est fondamental d'impliquer les acteurs communautaires, qui vivent dans les quartiers et villages (CVAV, AVEC, APDC, ASC, bajenu gox etc.) et sont les mieux indiqués pour prolonger l'accompagnement psychosocial initié par les assistants sociaux, les travailleurs sociaux et les psychologues. Il est important de comprendre qu'en général, les personnes ou familles infectées, affectées par une maladie expriment aussi bien des besoins fonctionnels, émotionnels que sociaux et relationnels. La réponse psychosociale actuellement fournie prend plus en charge les besoins fonctionnels (argent, dépense quotidienne pour la famille) émotionnels (discussions et accompagnement individuel), mais adresse insuffisamment le dernier type de besoin. Au-delà de l'aide financière, les personnes stigmatisées veulent surtout enlever les étiquettes relatives à la maladie, renouer un lien social apaisé avec leur entourage, leurs quartier et groupes sociaux, bref, retrouver une certaine normalité de la vie quotidienne. La solidarité inter et intra-groupes, l'accompagnement par

des figures exemplaires respectées dans l'entourage est plus requise en ce moment pour les aider à accepter et mieux vivre l'expérience de la maladie. Les populations ont besoin de comprendre que le COVID 19 n'est pas une maladie de la honte, qu'il est utile de se parler, de se confier lorsqu'on observe des signes inquiétants pour mieux protéger les autres parents.

Par ailleurs, la stigmatisation étant le produit d'une interaction sociale, il ne faut pas que l'accompagnement psycho-social soit exclusivement consacré à celui qui est étiqueté. Les membres du voisinage qui fuient les maisons "keur Corona", indexent et évitent les personnes guéries ou les suspects sortis de confinement, ont autant besoin de cet accompagnement. A travers la désignation ou l'évitement, ils expriment aussi une

peur, une angoisse de la maladie et doivent être assistés pour diminuer leur angoisse. La présence continue des acteurs communautaires dans les quartiers est une opportunité pour offrir ce service nécessaire aussi bien pour eux que pour mettre fin à la désignation d'autrui. Cela requiert toutefois leur renforcement de capacités en matière de travail social, d'écoute. Il est nécessaire que les acteurs communautaires continuent la communication sur l'importance de ne pas renforcer les stéréotypes blessants concernant l'origine et la transmission du virus. ■

PAR SYLVAIN LANDRY FAYE,  
Socio-anthropologue,  
Professeur Titulaire des Universités  
Département de Sociologie, FLSH, Université  
Cheikh Anta DIOP

## AFRIQUE/MONDE

### SANTÉ - CORONAVIRUS : MADAGASCAR

## Lancement d'un nouveau laboratoire après des erreurs de diagnostic

Après des "erreurs" dans les résultats de tests menés conjointement par l'Institut Pasteur de Madagascar et les autorités sanitaires locales, le président Andry Rajoelina a annoncé l'ouverture d'un nouveau laboratoire avant le 26 juin.

Ce jeudi 7 mai, l'étonnement et les interrogations ont gagné la cellule de gestion de crise du Covid-19 à Madagascar. La veille, l'Institut Pasteur, le centre d'analyse de référence du pays, a détecté 67 nouveaux cas de coronavirus dans les échantillons que les autorités sanitaires lui ont transmis [l'institut ne s'occupe que des analyses et non des prélèvements, ndlr]. C'est environ six fois plus que la moyenne des bilans quotidiens.

"C'était inexplicable", se souvient Lalatiana Rakotondrazafy, porte-parole du gouvernement. Le président Andry Rajoelina lui-même décide alors de procéder à de nouveaux tests. Ces prélèvements sont effectués par le laboratoire Mérieux, rattaché à l'Université d'Antananarivo, et les analyses sont confiées conjointement à Pasteur et Mérieux. Dix jours plus tard, lors d'une allocution télévisée, le président Rajoelina annonce que les nouveaux résultats sont sans appel : il n'y a plus que 10 patients positifs sur les 67, soit 85 % de tests erronés.

En coulisses, certains conseillers de la présidence parlent de "manipulation politique" visant à faire gonfler les chiffres du nombre de cas de Covid-19, sans toutefois nommer de coupables. Lors d'une allocution télévisée, le 17 mai, Andry Rajoelina s'est lui aussi interrogé : "Était-ce une défaillance ou un acte volontaire pour semer le trouble ?". Sans préciser s'il s'agit d'une relation de cause à effet, le chef de l'État a par ailleurs annoncé le lancement d'un nouveau laboratoire avant le 26 juin, date du 60ème anniversaire de l'indépendance. On ignore néanmoins si la nouvelle structure remplacera Pasteur ou si elle viendra augmenter les capacités de tests.

### Mesure de l'efficacité du Covid-Organics

Comment expliquer de tels écarts entre les deux séries de prélèvements ? "Notre investigation n'a pas montré de

dysfonctionnement dans le processus de diagnostic, a déclaré le directeur de Pasteur, André Spiegel, le 15 mai, lors d'une conférence de presse. Mais tout n'est pas encore élucidé. Une charge virale exceptionnelle dans un échantillon a pu en contaminer d'autres sains", reconnaît-il, sans que l'on sache s'ils l'auraient été avant ou après leur arrivée au laboratoire.

Côté gouvernement, le président Rajoelina "n'a pas été satisfait des réponses données", déclare Lalatiana Rakotondrazafy, qui annonce que les investigations se poursuivent. Les autorités malgaches enquêtent aussi sur la chaîne de prélèvements, dont les équipes, récemment constituées, ne sont pas autant expérimentées que celles de l'Institut Pasteur. Depuis le début de l'épidémie, ce dernier a mené plus de 5 000 tests, à 18,5 euros de coût brut, soit près de 100 000 euros. "Nous ne recevons pas d'argent de la part de l'État malagasy", a précisé l'institut lors de la conférence de presse.

À Madagascar, si les tests mesurent l'avancée de la pandémie, ils évaluent aussi indirectement l'efficacité du Covid-Organics (CVO), la tisane "préventive et curative" contre le coronavirus, à base d'artémisia. Depuis début avril, le président fait la promotion de ce "remède miracle" qu'il a déjà offert à une vingtaine de pays africains. Son efficacité, qui n'a pas été prouvée scientifiquement mais suscite l'espoir d'une partie de la population, pourrait être contredite si le nombre de cas venait à augmenter soudainement à Madagascar.

Sur les trois derniers jours, le pays a compté respectivement 45, 21, puis 18 nouveaux cas. Le 17 mai, Madagascar a aussi annoncé son premier mort du Covid-19. "Toutes les personnes récemment atteintes n'avaient pas pris de CVO", a précisé le président Rajoelina qui n'a, cette fois, pas contesté les résultats des dépistages. ■

JEUNEAFRIQUE.COM