



Africa Infodemic
Response Alliance

A WHO-HOSTED NETWORK

Introduction

De quoi s'agit-il ?

Ce rapport vise à fournir aux gestionnaires d'infodémie, aux communicateurs et aux professionnels de santé publique des informations clés sur l'infodémie, afin de soutenir la création de communications publiques pertinentes, de productions médiatiques ou d'activités sur les risques et d'engagement communautaire (CREC). Il permet également d'éclairer les politiques et programmes de santé publique. Ce rapport est produit toutes les deux semaines par l'**Alliance africaine de réponse à l'infodémie (AIRA)**, un réseau hébergé par l'OMS regroupant des organisations internationales et régionales, ayant pour objectif de détecter et de répondre à la mésinformation en santé et d'améliorer les écosystèmes d'information dans la Région africaine

Que s'est-il passé pendant cette période ?

Entre le **1er et le 15 mars 2026**, nous avons surveillé un corpus de contenus publiés en ligne, comprenant des articles de presse ainsi que des publications issues de plusieurs plateformes sociales. Sur la base des volumes de veille disponibles, les thématiques les plus actives au cours de la période ont été la **mpox (245 articles publiés, 96 interactions sociales sur les articles)**, la **rougeole (57 articles publiés, 56 interactions sociales sur les articles)** et la **méningite (47 articles publiés, 17 interactions sociales sur les articles)**.

Sur les réseaux sociaux, les données d'interaction disponibles (1) par plateforme indiquent que les conversations se sont concentrées principalement sur **Facebook et X/Twitter** pour l'ensemble des trois sujets. Pour la méningite, les interactions ont atteint **10,4k sur Facebook et 27,7k sur X/Twitter**. Pour la rougeole, elles ont atteint **11,1k sur Facebook et 289,9k sur X/Twitter**. Pour la mpox, elles ont atteint **106,3k sur Facebook et 345k sur X/Twitter**.

Conformément à la méthodologie de l'AIRA, les données collectées ont été filtrées, analysées, puis codées selon le type d'enjeu infodémique (2) (**désinformation, mésinformation, lacunes informationnelles, préoccupations, demandes de clarification, défiance institutionnelle, etc.**) et regroupées par thèmes de santé selon notre taxonomie. Cette période a été caractérisée par des conversations particulièrement concentrées autour de la **méningite au Nigeria**, notamment autour des alertes saisonnières, des cartes de risque, des États à haut risque et des demandes de vaccins ; par une forte polarisation autour de la rougeole, marquée par la banalisation de la maladie, la confusion diagnostique et les récits de défiance vaccinale ; ainsi que par la persistance de la méfiance autour de la vaccination contre la **mpox à Madagascar**, alimentée par des récits de type « cobayes », des comparaisons avec le COVID-19 et des questions sur le ciblage des bénéficiaires. Cela ne signifie pas que des échanges similaires n'ont pas eu lieu ailleurs : les interactions varient selon l'accès à Internet, l'usage des plateformes, la situation sanitaire de chaque pays et d'autres facteurs (3).

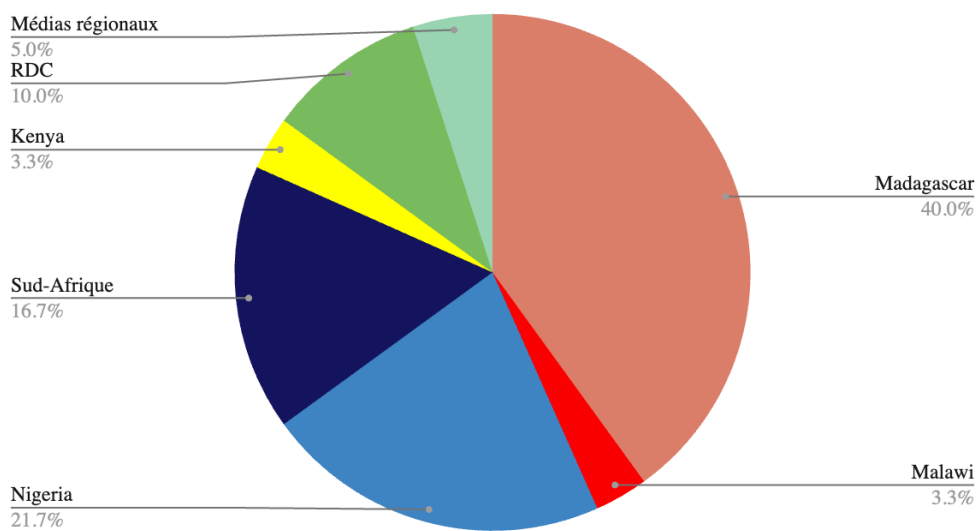


Figure 1 : Répartition géographique des données analysées pour cette période de référence (%) des pays (par source de médias ou page de médias sociaux) identifiés dans nos données pour la même période (4)

Les sujets les plus fréquemment abordés au cours de cette période sont les suivants (5) :

- **La méningite**, qui a mis en évidence des difficultés de communication autour des alertes de saison sèche, de l'identification des États à haut risque, de la compréhension du rôle des institutions impliquées, de la disponibilité des vaccins et de la clarté des messages de prévention ;
- **La rougeole**, qui a révélé des difficultés de communication liées à la banalisation de la maladie, aux doutes sur sa gravité, à la confusion autour des symptômes et du diagnostic, notamment avec la varicelle, ainsi qu'à la circulation de récits de désinformation vaccinale ;
- **La mpox**, autour de laquelle persistent des problèmes de communication concernant la sécurité du vaccin, l'identification des groupes prioritaires, l'accès aux centres de vaccination et la peur d'une expérimentation sur la population.

Aperçu par priorité de santé publique

Rapport sur les informations liées à l'infodémie du 1 au 15 Mars 2026 - No. 175

Cette section présente un aperçu des questions les plus pertinentes identifiées dans nos données, classées selon les principales urgences de santé publique. Bien que d'autres sujets aient été relevés, nous nous concentrons sur ceux dont la fréquence et la pertinence permettent une discussion éclairée et des orientations opérationnelles.

URGENCES DE SANTE PUBLIQUE

Nigeria, RDC, à l'échelle de la Région africaine

La méningite reste un sujet saisonnier récurrent dans la région, en particulier dans les pays situés dans la [ceinture africaine de la méningite](#), qui s'étend du Sénégal à l'Éthiopie. Dans cette zone, les flambées et les épidémies surviennent le plus souvent pendant la saison sèche, généralement de décembre à juin, avec un pic fréquent entre mars et avril, lorsque les vents poussiéreux, la faible humidité, les nuits froides, les infections respiratoires et la promiscuité augmentent le risque de transmission. Le Nigeria fait partie de cette ceinture, ce qui donne un fort ancrage contextuel aux messages de prévention diffusés pendant la période observée [\[lien\]](#).

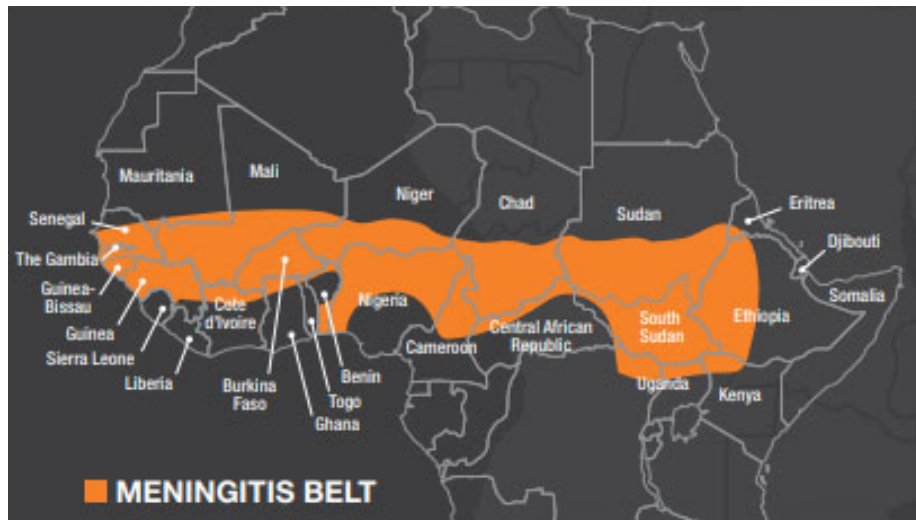


Figure 2 : Ceinture de méningite [\[Lien\]](#)

La méningite est restée un sujet largement discuté, principalement au Nigeria, à la suite de la publication par le Nigeria Centre for Disease Control and Prevention (NCDC), le **3 mars 2026**, d'un avis de **santé publique sur la méningite cérébrospinale**, rappelant que le risque augmente pendant la saison sèche et appelant à une vigilance accrue [\[lien\]](#).

Les conversations ont ensuite été ravivées par la diffusion au Nigeria d'une alerte du **12 mars 2026** émise par la [Nigerian Meteorological Agency](#) (NiMet), indiquant que **11 États, Sokoto, Zamfara, Kebbi, Katsina, Kano, Jigawa, Bauchi, Yobe, Borno, Gombe et Adamawa**, présentaient un risque élevé de méningite en raison des conditions atmosphériques en cours. Cette alerte, largement relayée par les médias, a contribué à renforcer l'attention du public autour du **lien entre la chaleur, la poussière et la méningite** [\[lien\]](#) [\[lien\]](#).

À l'échelle régionale, les discussions ont également été alimentées par des échanges provenant de la **République démocratique du Congo**. Le bulletin hebdomadaire de l'Africa CDC pour la période du **9 au 15 mars 2026** a mentionné une flambée de méningite méningococcique, une forme bactérienne de méningite, causée dans ce cas par *Neisseria meningitidis* (sérogroupe W), dans la **zone de santé de Mangembo, au Kongo Central**. Quelques jours plus tard, le 24 mars 2026, le CDC des États-Unis a publié un avis sanitaire aux voyageurs concernant cette même flambée, rappelant que, dans ce cas, la vaccination constituait la meilleure protection [\[lien\]](#).

À la suite de ces événements, nous avons relevé un niveau de préoccupation publique modéré mais persistant autour de la méningite, faisant de ce thème l'un des plus discutés pendant la période observée.

Les récits dominants associaient la méningite à la chaleur extrême, à la poussière, aux logements mal ventilés, à la promiscuité et à l'insuffisance de l'approvisionnement en électricité.

Un autre thème très visible concernait la demande de vaccins. Plusieurs réactions suggéraient que, si le risque était suffisamment grave pour justifier des alertes nationales et médiatiques, alors la vaccination devrait être rendue plus visible, plus accessible et plus explicitement organisée. Cette préoccupation peut également refléter une lacune de communication : le calendrier de vaccination de routine des enfants au Nigeria a historiquement inclus un vaccin antiméningococcique ciblant le sérotype A, alors que la flambée récente a été principalement causée par les sérotypes C et W. Par conséquent, les attentes du public à l'égard du « **vaccin contre la méningite** » peuvent ne pas correspondre à la réponse vaccinale spécifique requise pour les souches actuellement en circulation. La plupart des messages de communication n'expliquent pas clairement cette distinction et ne précisent pas non plus que toutes les formes de méningite, ni toutes les souches méningococciques en circulation, ne sont pas couvertes de la même manière par les vaccins existants.

Au Nigeria, nous avons également observé une **confusion autour du rôle de la NiMet dans la communication sur la méningite**, certains estimant que ce sujet devrait être traité uniquement par l'autorité nationale de santé. Cette réaction semble avoir été déclenchée par la séquence de communication elle-même : un premier avis sanitaire du NCDC, suivi d'une alerte de risque émise par une agence météorologique. Pour une partie du public, cette articulation n'a pas été suffisamment expliquée, déplaçant la discussion de la prévention vers des questions sur la légitimité du messenger.

En outre, **plusieurs commentaires minimisaient la gravité de la méningite par rapport à d'autres difficultés jugées plus immédiates, notamment la chaleur, le manque d'électricité, les conditions de vie ou l'insécurité**. Cela n'indique pas nécessairement un rejet du risque, mais plutôt une hiérarchisation des menaces à partir de l'expérience quotidienne. Dans un contexte où les recommandations de prévention peuvent sembler difficiles à appliquer, par exemple éviter la promiscuité ou améliorer la ventilation dans des logements contraints, le message sanitaire peut être perçu comme mal adapté aux réalités vécues. Cette tension est cohérente avec les facteurs structurels décrits par l'OMS pour les pays de la ceinture de la méningite, où la promiscuité et certaines conditions environnementales favorisent les flambées saisonnières.

Enfin, les commentaires ont révélé des expressions de fatalisme religieux, des signes d'inquiétude sans orientation pratique immédiate, ainsi que la présence de traitements non vérifiés ou de messages promotionnels opportunistes. Ce type de réaction tend à émerger lorsque les alertes renforcent la perception du danger sans fournir, dans le même temps, des informations de service suffisamment claires sur les symptômes d'alerte, les lieux de prise en charge ou l'accès à la vaccination.

Pourquoi est-ce préoccupant ?

Cette tendance est préoccupante parce que la confusion ne porte pas principalement sur l'existence de la maladie, mais plutôt sur la capacité du système à protéger concrètement la population. Si le public retient surtout que le risque est élevé, que plusieurs institutions s'expriment en parallèle, que l'accès aux vaccins n'est pas clair et que les recommandations semblent difficiles à appliquer dans les conditions réelles de vie, cela peut affaiblir la confiance et réduire l'efficacité des messages de prévention.

Ci-dessous, quelques commentaires illustratifs :

Mais attendez, ohhh. Quel est le lien entre la méningite et NIMET ?

Ahhh, NIMET mène maintenant aussi des recherches médicales ? 🤔

Outre les prévisions météorologiques, ils sont également impliqués dans les alertes sanitaires destinées au public. 🤔

Je pense que c'est la responsabilité du Centre nigérian de contrôle des maladies (CDC). Pas étonnant que la sécurité routière travaille dans ce qui est considéré comme la responsabilité de la police.

DES VACCINS DEVRAIENT ÊTRE MIS À DISPOSITION

Que pourrions-nous faire à ce sujet ?

Il serait utile de **clarifier systématiquement qui parle au nom de quoi dans chaque message public** ; d'associer chaque alerte à des informations de service précises sur la conduite à tenir, les symptômes d'alerte, les lieux de prise en charge et l'éventuel accès à la vaccination ; de produire des contenus simples expliquant pourquoi la saison sèche augmente le risque, sans laisser penser que la météo, à elle seule, « cause » la maladie ; et de mieux répondre aux préoccupations pratiques liées aux conditions de vie, afin que les recommandations paraissent plus crédibles et plus applicables.

IMMUNISATION

ROUGEOLE (7)

Risque modéré

Afrique du Sud, RDC, Nigeria

La rougeole est restée un sujet largement discuté pendant la période observée, autour de trois dynamiques principales : **la recrudescence des cas en Afrique du Sud, les alertes épidémiques et les campagnes de vaccination en RDC, ainsi que les efforts de mobilisation vaccinale au Nigeria**. En Afrique du Sud, la hausse des discussions a été alimentée par la confirmation d'une flambée à **Tshwane/Pretoria**, dans un contexte où la surveillance nationale signalait déjà une augmentation des cas de rougeole dans plusieurs provinces depuis la fin décembre 2025 [[lien](#)]. En RDC, les échanges ont été stimulés par les alertes sur l'augmentation des cas et des décès, puis par les campagnes de vaccination lancées au Nord-Kivu [[lien](#)]. Au Nigeria, les contenus institutionnels autour de la campagne rougeole-rubéole à Lagos ont surtout généré des échanges autour de la vaccination et de son utilité.

En Afrique du Sud, les conversations ont atteint un pic après la circulation d'articles signalant une flambée de rougeole à Pretoria/Tshwane. Le **11 mars 2026**, Rekord a rapporté **16 cas confirmés en laboratoire à Tshwane**, dont 10 au cours des quatre semaines précédentes, dans un contexte où le pays avait enregistré 491 cas confirmés entre le 29 décembre 2025 et le 1er mars 2026. Le rapport hebdomadaire du NICD pour la semaine 10 de 2026 a confirmé **la poursuite de cette hausse à l'échelle nationale, avec des foyers particulièrement marqués dans le Western Cape et le Gauteng** [[lien](#)]. Ces annonces, combinées à des publications d'organismes publics rappelant les signes de la rougeole et l'importance du rattrapage vaccinal, ont alimenté une forte activité dans les commentaires [[lien](#)].

En RDC, l'augmentation des conversations s'explique d'abord par une aggravation visible de la situation épidémique. Le **29 janvier 2026**, **Radio Okapi a rapporté qu'au moins 24 décès et 1 912 cas avaient été enregistrés en une semaine, avec une situation particulièrement critique au Nord-Kivu et au Sud-Kivu, ainsi que l'annonce d'une campagne de vaccination de grande ampleur prévue pour le mois de mars**. Quelques semaines plus tard, le 17 mars 2026, Radio Okapi a annoncé le lancement d'une campagne visant 260 000 enfants âgés de 6 à 59 mois dans les zones de santé de Goma, Karisimbi et Nyiragongo, en collaboration avec MSF. Cette séquence, aggravation de l'épidémie puis annonce d'une réponse vaccinale, a fortement influencé les réactions observées autour de la gravité de la maladie, de la protection des enfants et de la réponse sanitaire.

Au Nigeria, les discussions ont été principalement stimulées par les communications officielles autour de la campagne rougeole-rubéole à Lagos. Les contenus publiés par l'État de Lagos sur la marche de sensibilisation précédant le déploiement de 2026, puis sur le lancement de la campagne à partir du 27 janvier 2026, ont contribué à accroître la visibilité du sujet et à replacer la vaccination au centre du débat public.

Ces publications semblent avoir servi de point d'entrée à des commentaires mêlant soutien à la vaccination, questions pratiques et récits exprimant des doutes sur l'utilité du vaccin.

À la suite de ces événements, nous avons observé **une préoccupation publique persistante autour de la gravité réelle de la rougeole et de la vaccination** dans les trois pays couverts. Toutefois, la banalisation de la rougeole comme une maladie « normale » de l'enfance et la tendance à en minimiser la gravité étaient particulièrement visibles en Afrique du Sud ainsi que dans les discussions sur les réseaux sociaux examinées au Nigeria, tandis qu'en RDC les conversations étaient davantage façonnées par l'ampleur de la flambée, les décès et la réponse vaccinale.

Un autre thème très visible concerne **la confusion autour de la vaccination**. En Afrique du Sud comme au Nigeria et en RDC, les messages institutionnels invitaient le public soit à vérifier son statut vaccinal, soit à participer aux campagnes en cours. Pourtant, une partie des réactions remettait en question l'efficacité même du vaccin, en demandant pourquoi une flambée surviendrait si la vaccination existe, ou en suggérant que la réponse vaccinale était disproportionnée par rapport au niveau réel de risque tel qu'ils le percevaient. Ces réactions semblent avoir été directement déclenchées par l'intensification des messages de campagne et des rappels vaccinaux, sans toujours être accompagnées d'explications simples sur les lacunes de couverture vaccinale, les conséquences des doses de rattrapage manquées ou la nécessité de maintenir une forte immunité collective.

Nous avons également observé **une confusion persistante autour des symptômes**. Les contenus institutionnels et médiatiques mettent en avant la fièvre, l'éruption cutanée, la toux, l'écoulement nasal et les yeux rouges comme symptômes fréquents, générant de nombreux échanges dans lesquels les internautes comparaient la rougeole à d'autres maladies éruptives, notamment la varicelle. Cette confusion a probablement été renforcée par la circulation d'images de lésions et par des discussions communautaires dans lesquelles les utilisateurs tentaient eux-mêmes d'identifier la maladie à partir de signes visibles, sans recourir immédiatement à un professionnel de santé.

Enfin, plusieurs réactions semblent s'inscrire dans **une fatigue informationnelle** plus large à l'égard des messages de santé et des campagnes de vaccination. En RDC, l'annonce selon laquelle des millions d'enfants seraient ciblés par la campagne nationale de mars a suscité un mélange d'inquiétude et d'attente ; en Afrique du Sud, le cadrage médiatique autour de la « **panique** » à Pretoria a pu amplifier des réactions polarisées ; au Nigeria, les messages de mobilisation ont ravivé d'anciens débats sur la confiance dans les vaccins. Ces réactions montrent que les publications liées à la rougeole viennent s'ajouter aux souvenirs récents de crises sanitaires et aux expériences antérieures de vaccination.

Conclusion : Les éléments observés montrent une banalisation fréquente de la rougeole ; une minimisation de sa gravité malgré les flambées et les décès signalés ; une confusion autour de l'utilité de la vaccination ; une confusion avec d'autres maladies infectieuses ; ainsi qu'une circulation simultanée de questions légitimes et de récits de désinformation vaccinale.

Pourquoi est-ce préoccupant ?

Cette tendance est préoccupante parce que les réactions observées tendent à normaliser le doute. Lorsqu'une flambée confirmée, des décès et des campagnes de vaccination suscitent des commentaires qui minimisent la maladie, relativisent l'utilité de la vaccination ou attribuent le diagnostic à d'autres affections, cela peut retarder le recours aux soins, réduire l'adhésion vaccinale et affaiblir la réponse sanitaire.

Ci-dessous, quelques commentaires illustratifs

La rougeole n'est pas mortelle

Les enfants n'ont pas besoin de vaccins. Leur système immunitaire s'en chargera. Nous avons tous eu la rougeole en grandissant.

Procurez-vous rapidement de la chlorophylle liquide.

Ce n'est pas du tout contagieux.

C'est bon. Certains parents choisissent de ne pas faire vacciner leurs enfants. Les miens iront bien.

Si les enfants sont vaccinés contre la rougeole... pourquoi y a-t-il encore une telle épidémie et quelle différence le vaccin ferait-il alors ? N'y a-t-il pas une épidémie chaque année, comme pour le VRS, etc.

Il n'y a pas eu de panique quand j'ai eu la rougeole à l'époque et j'étais à Pretoria, pas besoin de répandre la peur du tout.

Pour une femme enceinte, est-ce un grand risque pour le bébé ?

À chaque maladie sa plante médicinale

Traduit de l'anglais en français via Google Traduction

Que pourrions-nous faire à ce sujet ?

Il pourrait être utile d'approfondir l'analyse afin de mieux comprendre les leviers de l'hésitation vaccinale contre la rougeole et les lacunes de couverture vaccinale au Nigeria, en Afrique du Sud et en RDC. Une collaboration avec des fact-checkers pourrait également permettre de déterminer si certains récits anti-vaccins observés en ligne s'inscrivent ou non dans une campagne de désinformation plus large.

Dans l'intervalle, les efforts pourraient être renforcés pour combler les lacunes d'information concernant les symptômes de la rougeole, la manière dont elle se distingue d'autres maladies infectieuses, et les raisons pour lesquelles une très forte couverture vaccinale est indispensable au maintien de l'immunité collective. Il pourrait aussi être pertinent d'accompagner les campagnes de vaccination par des informations de service plus visibles, lieux, groupes d'âge ciblés, calendrier et possibilités de rattrapage, afin de réduire l'espace laissé aux mauvaises interprétations et à la défiance.

Boîte à ressources

1. **Méningite** : [OMS Afrique](#), [Meningococcal Meningitis](#) : ressource utile pour la ceinture de la méningite, la saisonnalité, les sérogroupes et les vaccins disponibles.
2. **Rougeole** : [OMS](#), [Measles fact sheet](#) : ressource de référence sur la gravité de la rougeole, sa contagiosité, les complications et l'importance d'une forte couverture vaccinale.
3. **Mpox** : [OMS](#), [Mpox questions and answers](#) : ressource utile pour expliquer simplement la maladie, la transmission, la prévention et la logique de la vaccination ciblée.

Tendance à surveiller : persistance de la méfiance envers le vaccin contre la mpox à Madagascar (8)

Rapport sur les informations liées à l'infodémie du 1 au 15 Mars 2026 - No. 175

La mpox continue d'occuper une place importante dans les conversations à Madagascar, où la transmission communautaire reste élevée et où 94 cas confirmés ont été signalés entre janvier et décembre 2025 [\[lien\]](#). Toutefois, la discussion ne porte plus seulement sur la maladie elle-même. Elle se concentre de plus en plus sur la vaccination. En effet, la couverture médiatique et l'engagement sur les réseaux ont récemment été relancés par le lancement de la campagne de vaccination contre la mpox. [LOMS](#) indique qu'une allocation de 30 000 doses de vaccin MVA-BN a été accordée à Madagascar le 28 janvier 2026, puis livrée le 21 février 2026. Le lancement de la vaccination le 5 mars 2026, avec une priorité accordée aux agents de santé et aux groupes les plus exposés, a accru la visibilité du sujet. Les annonces sur les premières personnes vaccinées, les communications officielles et les explications sur la stratégie ont directement déclenché une vague de commentaires à la fois méfiants et pratiques.

Les discussions ont également été alimentées par l'ouverture progressive de centres de vaccination, notamment dans Analamanga, puis par l'extension de la campagne à d'autres régions. Des publications relayées localement ont annoncé l'ouverture de plusieurs sites le 24 mars 2026, tandis que l'OMS Madagascar a aussi communiqué sur le lancement régional dans l'Analanjirifo, en indiquant que 164 personnes avaient été vaccinées dès la première journée, principalement des agents de santé. Ces annonces ont donné davantage de visibilité à la campagne, mais elles ont aussi suscité de nouvelles questions : qui est ciblé, où se faire vacciner, pourquoi certains groupes sont prioritaires, et pourquoi il ne s'agit pas d'une campagne ouverte à toute la population.

À la suite de ces événements, nous avons observé une préoccupation publique persistante à l'égard du vaccin contre la mpox, faisant de ce sujet l'un des plus discutés autour de la mpox pendant la période. Le récit le plus visible était l'idée que les personnes vaccinées étaient traitées comme des « cobayes », plusieurs internautes suggérant que la campagne constituait une forme d'expérimentation. D'autres commentaires ont ravivé une méfiance façonnée pendant la période du COVID-19, certaines personnes présentant le vaccin contre la mpox comme une nouvelle version de stratégies vaccinales qu'elles avaient déjà regardées avec suspicion. Les discussions reflétaient également des doutes sur la sécurité du vaccin, des interrogations sur sa nécessité, ainsi qu'un malaise face à la priorisation de certains groupes. Cette dynamique n'est pas propre à Madagascar. En Afrique du Sud, par exemple, l'arrivée des doses d'Imvanex et le lancement d'une campagne ciblée dans les provinces les plus touchées ont également suscité des interrogations sur les raisons pour lesquelles la vaccination était introduite après un nombre encore limité de nouveaux cas, ce qui laisse penser que beaucoup ne comprenaient pas pleinement la logique consistant à vacciner en priorité les populations considérées comme les plus exposées [\[lien\]](#).

De même, l'expérience du Kenya montre que la méfiance peut être partiellement atténuée lorsque la campagne s'accompagne d'efforts visibles d'engagement communautaire et d'information pratique. La campagne menée en septembre 2025 au Kenya ciblait des groupes à haut risque tels que les chauffeurs routiers, les travailleuses du sexe et les agents de santé, en s'appuyant sur des sites mobiles, des informations sur le consentement et une communication de proximité [\[lien\]](#). Cet exemple est utile pour Madagascar, car il montre qu'une campagne ciblée peut être mieux comprise lorsque le public voit clairement qui est priorisé, pourquoi et comment accéder au vaccin. En d'autres termes, la vaccination ciblée reste difficile à comprendre pour une partie du public lorsqu'elle est annoncée sans suffisamment d'explications sur la logique de priorisation, la disponibilité limitée des doses et les modalités concrètes d'accès. C'est ce manque de clarté qui peut alimenter des récits de méfiance, de moquerie et de suspicion.

Aperçu des enseignements sur l'infodémie : Les principaux enseignements mettent en évidence une crainte persistante d'expérimentation sur la population, souvent exprimée à travers le récit des « cobayes » ; une réactivation directe de la méfiance ancrée dans le COVID-19 ; des doutes sur la sécurité et l'utilité du vaccin ; des questions sur le ciblage des bénéficiaires et la logique de priorisation ; un besoin d'informations de service sur les centres, l'accès et les critères ; ainsi qu'une compréhension encore partielle de la différence entre vaccination ciblée et vaccination de masse.

Méthodologie et notes de bas de page

Rapport sur les informations liées à l'infodémie du 1 au 15 Mars 2026 - No. 175

Méthodologie

La méthodologie de l'AIRA combine l'écoute sociale en ligne au niveau régional avec des données hors ligne lorsque disponibles, selon les capacités locales des membres. La veille en ligne est complétée par une surveillance systématique hors ligne en RDC, au Kenya et au Nigeria pour détecter les contenus viraux circulant dans les communautés. AIRA s'appuie aussi sur un réseau de plus de 350 gestionnaires de l'infodémie, praticiens RCCE et vérificateurs de faits qui partagent des informations pertinentes, consignées pour analyse. La surveillance est facilitée par des outils comme NewsWhip (Spike) et Google Trends. L'analyse repose sur des indicateurs d'engagement (likes, commentaires, partages), mais ceux-ci ont des limites : ils ne reflètent pas toujours la portée réelle ni l'intention des réponses. Une analyse qualitative complète ces données, en évaluant les risques liés aux récits émergents, aux priorités de santé publique et à leur potentiel de perturber la riposte.

Notes de bas de page

1. Les chiffres d'interaction par plateforme et les totaux d'« interactions sociales sur les articles » reflètent des unités de mesure différentes et ne doivent pas être additionnés. Ils sont utilisés pour indiquer où l'attention et l'engagement étaient les plus concentrés.
2. Ces points de données infodémiques comprennent la mésinformation, la désinformation, les lacunes informationnelles, les préoccupations, les affirmations ou demandes, les expressions de soutien ou de réactions positives, ainsi que les cas de couverture médiatique inexacte, incomplète ou trompeuse.
3. Ces données ne visent pas à représenter l'ensemble du paysage infodémique dans la Région africaine de l'OMS. Elles fournissent plutôt un aperçu des thèmes les plus visibles et les plus pertinents identifiés grâce à l'approche de veille de l'AIRA pendant la période observée.
4. Ces données ne visent pas à représenter l'ensemble du paysage infodémique dans la Région africaine de l'OMS ; elles fournissent plutôt un aperçu des principaux pays représentés dans les conversations, identifiés à l'aide de la même méthodologie.
5. Les sujets mis en avant dans ce rapport ont été sélectionnés sur la base de leur visibilité dans les données surveillées et de leur pertinence opérationnelle pour la communication en santé publique pendant la période observée.
6. Un total de 47 publications identifiées entre le 1er et le 15 mars 2026 ont généré 17 interactions sociales sur les articles et contenaient des informations infodémiques pertinentes, après une recherche préliminaire utilisant les mots-clés suivants : (« meningitis » OR « cerebrospinal meningitis » OR « CSM » OR « meningococcal meningitis » OR « outbreak » OR « epidemic » OR « dry season » OR « NiMet » OR « NCDC » OR « high-risk states » OR « vaccination » OR « meningitis belt »), appliqués à des contenus publiés dans toutes les langues en Afrique. Cette recherche a initialement permis d'identifier 47 articles de presse liés à la méningite pendant la période observée.
7. Un total de 57 publications identifiées entre le 1er et le 15 mars 2026, contenant des informations infodémiques pertinentes, ont été retenues après une recherche préliminaire utilisant les mots-clés suivants : (« measles » OR « rubella » OR « measles-rubella » OR « rash » OR « fever » OR « outbreak » OR « epidemic » OR « vaccination » OR « catch-up dose » OR « immunization campaign » OR « childhood illness » OR « chickenpox »), appliqués à des contenus publiés dans toutes les langues en Afrique. Cette recherche a permis d'identifier 57 articles de presse et 56 interactions sociales sur les articles pendant la période observée.
8. Un total de 245 publications identifiées entre le 1er et le 15 mars 2026, contenant des informations infodémiques pertinentes, ont été retenues après une recherche préliminaire utilisant les mots-clés suivants : (« mpox » OR « monkeypox » OR « poxvirus » OR « rash » OR « skin lesions » OR « vaccination » OR « mpox vaccine » OR « MVA-BN » OR « vaccination campaign » OR « health workers » OR « priority groups » OR « vaccination centres »), appliqués à des contenus publiés dans toutes les langues en Afrique. Cette recherche a permis d'identifier 245 articles de presse et 96 interactions sociales sur les articles pendant la période observée.