



COVID-19

# Revue scientifique hebdomadaire

**8-14 août 2020**

Cette revue scientifique hebdomadaire présente un aperçu des données scientifiques nouvellement disponibles sur la COVID-19 au cours de la période en question. Il s'agit d'un examen des sujets et articles importants en la matière, et non d'un guide pour la mise en place d'une politique ou d'un programme particulier. Les résultats présentés sont sujets à modification au fur et à mesure que de nouvelles informations voient le jour. Tout commentaire et retour sont appréciés : [covid19-eiu@vitalstrategies.org](mailto:covid19-eiu@vitalstrategies.org).

## **Les répercussions indirectes de la COVID-19 sur la santé et les services de santé essentiels en Afrique subsaharienne**

**Message principal :** La pandémie de COVID-19 et les mesures mises en œuvre pour y répondre peuvent avoir des conséquences dévastatrices sur la santé des individus et de leurs communautés en Afrique subsaharienne. Cela est dû en grande partie à l'incidence de la pandémie sur les systèmes de santé au niveau local, et plus particulièrement sur les services de santé essentiels. Il est possible de tirer des enseignements de l'épidémie de maladie à virus Ebola qui a sévi en 2014 en Afrique de l'Ouest, mais la pandémie de COVID-19 présente des difficultés sans précédent. C'est à travers l'étude de l'offre et de la demande en matière de services de santé que l'on peut tenter de définir comment la pandémie de COVID-19 affecte la santé. Les conséquences sanitaires de ces impacts peuvent être évaluées de différentes manières, une solution consistant à examiner les données actuellement à notre disposition. En effet, même si les données disponibles sont limitées, elles offrent un bon aperçu des difficultés auxquelles les systèmes de santé, les soignants et les patients sont confrontés en Afrique subsaharienne.

## **Pourquoi se concentrer sur l'Afrique subsaharienne ?**

Pendant la pandémie, les systèmes de santé ont dû relever des défis spécifiques afin de répondre aux besoins de la population locale. La capacité d'un système de santé à répondre aux besoins de la population pendant la pandémie de COVID-19 dépend de plusieurs facteurs, dont : 1) la charge que représentaient les autres maladies lorsque la pandémie s'est déclarée, 2) le scénario local de transmission de la COVID-19, et 3) les capacités du système de santé au départ, puis au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie. La charge mondiale de morbidité est disproportionnée en Afrique subsaharienne, où la charge de morbidité de référence est importante, à la fois pour les maladies transmissibles et non transmissibles. Parmi les maladies transmissibles, l'incidence de trois menaces majeures en termes de santé publique au niveau mondial (le VIH, la tuberculose et la malaria) est la plus élevée en Afrique subsaharienne. En outre, le fardeau que constituent les maladies évitables par la vaccination, comme la rougeole, est significatif et continue de représenter une cause de décès importante chez les jeunes enfants. Au cours des dernières décennies, tandis que les populations d'Afrique subsaharienne se sont urbanisées et que les modes de vie ont évolué, on a noté une « transition épidémiologique » vers l'accroissement de la charge des maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires, les maladies rénales chroniques, le diabète et le cancer. Quant au scénario local de transmission de la COVID-19 en Afrique subsaharienne, l'incidence directe de la COVID-19 s'est avérée moins dramatique que prévu. En effet, le nombre de cas de contamination n'a pas été aussi élevé que les chiffres prévus par de nombreuses projections. En outre, le taux de mortalité ajusté selon l'âge est bien plus faible chez les cas de COVID-19 que les taux de létalité observés en Europe et aux États-Unis. Cependant, et en partie en raison des obstacles qui existent lorsqu'il s'agit de détecter et de signaler les cas et les décès liés à la COVID-19, il n'est toujours pas possible de dire si l'Afrique subsaharienne connaît effectivement une forme atténuée de la pandémie ; notons également que les répercussions directes de la COVID-19 sont en constante évolution et s'aggravent. Enfin, en Afrique subsaharienne, par rapport aux autres régions du monde, les systèmes de santé qui étaient déjà fragiles au départ se trouvent encore plus affaiblis par la pandémie et les mesures mises en œuvre pour y répondre, comme nous l'expliquons ci-après. La pandémie de COVID-19 risque ainsi de réduire à néant les progrès réalisés sur plusieurs décennies dans la lutte contre le VIH, la malaria, la tuberculose et d'autres maladies.

### **Quels sont les enseignements tirés de l'épidémie à virus Ebola et est-il possible de les appliquer à la pandémie de COVID-19 ?**

L'épidémie à virus Ebola qui a sévi en 2014 en Afrique de l'Ouest a eu un impact dévastateur sur les systèmes de santé locaux. Les conséquences délétères sur la santé de la population sont d'ailleurs susceptibles d'avoir été plus graves que les conséquences directes du virus Ebola à proprement parler. Ainsi, il est possible que l'épidémie à virus Ebola en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone ait entraîné la mort de 10 000 personnes, imputable au VIH, à la tuberculose et au paludisme, soit presque autant que le nombre de décès dus au virus Ebola. Plus de 500 soignants sont décédés du virus Ebola ; au Liberia, ces décès ont touché 8 % de l'ensemble du personnel soignant. Les indicateurs en matière de santé maternelle et de santé pédiatrique, comme les taux de consultations prénatales, d'accouchements en établissements de santé et de vaccination des enfants ont diminué de façon considérable lors de l'épidémie à virus Ebola ; en Sierra Leone, la diminution du recours aux services de santé essentiels en santé sexuelle et en santé maternelle a été à l'origine d'au moins 3 600 décès supplémentaires qui concernaient les femmes enceintes, les nouveau-nés et les cas de mortinatalité. Quant aux taux de

vaccination en baisse, ils favorisent souvent des épidémies de maladies qui pourraient être évitées par un vaccin : ainsi, en République démocratique du Congo, les épidémies de rougeole ont entraîné davantage de décès que les récentes épidémies à virus Ebola. Lorsque l'épidémie à virus Ebola de 2014 s'est terminée, les systèmes de santé ont mis du temps à rétablir leur fonctionnement initial, et certains indicateurs suggèrent qu'ils ne l'ont pas encore rétabli.

L'épidémie à virus Ebola de 2014 a eu une influence positive : elle a permis de renforcer les systèmes de surveillance des maladies et de réponse aux épidémies. Certaines ressources techniques élaborées au cours de l'épidémie à virus Ebola et d'autres épidémies survenues en Afrique subsaharienne sont actuellement adaptées à la réponse à la pandémie de COVID-19. Cependant, les caractéristiques de la pandémie de COVID-19 risquent de faire naître une crise de plus grande ampleur, par rapport à celles observées lors d'autres épidémies. Pour commencer, la propagation géographique de la COVID-19 est considérable. Les systèmes de santé du monde entier, y compris dans chacun des pays de l'Afrique subsaharienne, sont confrontés à la COVID-19. Ce ne fut pas le cas lors de l'épidémie Ebola de 2014 par exemple, lors de laquelle de nombreux pays sans cas d'infection par le virus Ebola étaient en mesure d'offrir directement leur aide aux pays touchés en Afrique de l'Ouest. Ensuite, la longévité de la pandémie de COVID-19 risque de perturber les systèmes de santé sur le long terme. Lorsque les services seront effectivement rétablis, il est probable qu'ils le soient dans le cadre d'une « nouvelle normalité », définie par les risques qui continuent d'exister en matière de transmission de la COVID-19. En troisième lieu, une proportion significative de personnes infectées par le virus responsable de la COVID-19 est asymptomatique, et les patients qui présentent des symptômes d'infection sont plus contagieux lors des phases précoces de l'évolution de la maladie, avant même que les symptômes ne se développent. Le contrôle de la propagation d'une maladie est plus simple si les patients symptomatiques représentent la majeure partie des transmissions, comme pour le virus Ebola. Pour finir, et c'est sans doute l'aspect le plus important, les mesures prises par les gouvernements pour contrôler la pandémie de COVID-19 ont causé plus de perturbations pour la société que les mesures prises lors d'autres épidémies. En Afrique subsaharienne, plusieurs gouvernements ont rapidement mis en œuvre des mesures sanitaires strictes. Pour les économies fragiles tout particulièrement, de telles mesures peuvent avoir des conséquences délétères imprévues, notamment des répercussions négatives sur les systèmes de santé et la santé des populations.

### **Quelles sont les répercussions directes et indirectes de la COVID-19 sur la santé et les systèmes de santé ?**

Il est possible de mesurer les répercussions directes de la pandémie de COVID-19 sur la santé en étudiant la mortalité (taux de décès) ou la morbidité (conséquences et complications de la maladie autres que les décès) qui sont directement imputables à la COVID-19. L'ampleur de la mortalité due à la COVID-19 peut être difficile à quantifier et il n'est pas encore possible de bien comprendre les aspects de la morbidité liée à la COVID-19. Toutefois, les répercussions indirectes de la COVID-19 sur la santé sont encore plus complexes et difficiles à évaluer. Les répercussions indirectes sur la santé incluent la morbidité et la mortalité dues à des pathologies qui ne sont pas liées à la COVID-19, mais qui, en l'absence de la COVID-19, auraient pu survenir à une autre fréquence ou donner lieu à d'autres résultats. Il est possible que les conséquences sanitaires de certaines pathologies s'étalent sur les

décennies à venir, et que les taux de mortalité et de morbidité augmentent par la suite. Par exemple, les interruptions dont les services de prévention et de traitement du VIH ont fait l'objet pendant la pandémie peuvent mener à l'augmentation des infections par le VIH. Une personne qui contracte le VIH pendant la pandémie pourra, des années plus tard, transmettre le VIH à d'autres et finir par développer le SIDA ; la prise en charge de cette personne risque en outre d'avoir un impact négatif sur la santé des membres de la famille sur le long terme.

Il est probable que parmi les répercussions indirectes d'une épidémie sur la santé, nombreuses sont celles qui découlent des conséquences de la pandémie et de la réponse des systèmes de santé. La morbidité et la mortalité dues à des pathologies non liées à la COVID-19 peuvent ainsi augmenter en raison des impacts de la pandémie de COVID-19 sur les services de prévention, de diagnostics et de traitements. La perturbation des programmes dédiés à la prévention des maladies graves peut également avoir des conséquences dévastatrices par la suite. La vaccination constitue une mesure sanitaire peu coûteuse et très efficace qui permet de sauver des millions de vie chaque année, et l'interruption des programmes de vaccination est susceptible d'entraîner des pics de cas de maladies évitables. Il existe d'autres exemples des efforts consacrés à la prévention des maladies graves : citons ceux qui se concentrent sur le VIH (comme la thérapie antirétrovirale et les tests diagnostiques) et le paludisme (comme la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et le traitement préventif). Les ressources nécessaires aux diagnostics peuvent être détournées en réponse à la COVID-19, et il existe un risque de pénuries de tests diagnostiques destinés aux maladies autres que la COVID-19 si les laboratoires pharmaceutiques et les chaînes d'approvisionnement internationales privilégient les outils diagnostiques de la COVID-19. De surcroît, la capacité à traiter des pathologies non liées à la COVID-19 peut être limitée si le nombre de soignants vient à manquer. En effet, les soignants peuvent être réaffectés dans le cadre de la réponse apportée à la COVID-19, éviter de travailler par crainte d'être contaminés, ou développer eux-mêmes la COVID-19. En Afrique, plus de 10 000 cas de COVID-19 ont d'ailleurs été signalés parmi le personnel soignant.

Afin de prévenir la morbidité et la mortalité indirectes pendant la pandémie de COVID-19, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande aux pays d'identifier les services de santé qui leur sont essentiels et dont le fonctionnement doit être assuré en priorité lors de la phase aigüe de la pandémie de COVID-19. Chaque pays accordera la priorité à certains services essentiels en fonction de la charge de morbidité au niveau local, de l'ampleur de la propagation de la COVID-19 et des capacités du système de santé. L'OMS communique sept catégories de services à forte priorité que les pays doivent considérer comme étant essentiels :

- les services indispensables à la prévention des maladies transmissibles, plus particulièrement les vaccinations ;
- les services liés à la santé sexuelle, notamment la prise en charge des grossesses et des accouchements ;
- les services destinés aux populations vulnérables, comme les nouveau-nés et les personnes âgées ;

- la fourniture de médicaments, de matériel et de soutien par des soignants afin de ne pas interrompre la prise en charge des maladies chroniques, y compris les maladies mentales ;
- les traitements indispensables administrés en centre hospitalier (comme les dialyses rénales) ;
- la prise en charge des pathologies urgentes et les manifestations fréquentes de formes aiguës (comme les crises cardiaques et les blessures) qui nécessitent des interventions urgentes ;
- les services auxiliaires, comme l'imagerie diagnostique de base, les laboratoires d'analyses et les services de banque du sang.

Il est probable que les programmes de vaccination, de soins prénatals et les soins maternels et infantiles constituent une priorité pour la plupart des pays. Les services de prévention et de traitement des maladies transmissibles, comme la tuberculose, le paludisme et le VIH peuvent être prioritaires pour certains pays, tandis que d'autres pourront privilégier la prise en charge du cancer et les programmes de dépistage.

Il convient de noter que certaines des répercussions indirectes de la pandémie de COVID-19 sur les services de santé essentiels trouvent leur origine dans les recommandations sanitaires. Les recommandations internationales qui expliquent comment assurer la continuité des soins communautaires dans le contexte de la COVID-19 reconnaissent que « certaines activités devront peut-être faire l'objet de modifications si un autre mode de prise en charge est sans danger, ou temporairement suspendues lorsque le risque de transmission de la COVID-19 est élevé. » Certains exemples de recommandations spécifiques portent sur le fait de délivrer plusieurs mois de médicaments aux patients présentant des pathologies chroniques, d'opter pour les technologies de communication à distance plutôt que pour les visites en personne afin de continuer à accompagner les patients dans leur traitement, de suspendre de façon temporaire certaines campagnes sanitaires non essentielles, et de restructurer les consultations médicales pour que la prévention des infections et les mesures de contrôle y soient intégrées. Le vaste éventail de stratégies qui sont utilisées afin de limiter les répercussions indirectes de la pandémie de COVID-19 sur la santé sort du cadre de cette synthèse.

### **Quelles sont les répercussions possibles de la COVID-19 sur les services de santé ?**

La capacité d'un système de santé à répondre aux besoins de santé de la population pendant une épidémie dépend à la fois de l'offre et de la demande en matière de services de santé. La diminution de l'offre en matière de services de santé semble être le problème le plus important et le plus crucial, et y remédier peut représenter une tâche colossale d'un point de vue financier et logistique. Mais le problème que pose la baisse de la demande en matière de services de santé peut s'avérer plus complexe et insidieux. En effet, la baisse de la demande peut s'expliquer par les changements des comportements en termes de recours aux soins médicaux : ces changements naissent d'une perte de confiance dans le système de santé, et rétablir cette confiance peut être difficile. La pandémie peut en

outre exacerber les inégalités sociales systémiques qui compromettent l'accès aux soins médicaux, un processus susceptible d'avoir des répercussions durables. Sont présentées ci-dessous différentes façons dont la pandémie de COVID-19 peut avoir une influence sur l'offre et la demande, en incluant des exemples issus de l'Afrique subsaharienne.

#### Facteurs qui ont une influence sur l'offre en matière de services de santé :

- Les services peuvent être réduits tandis que le système de santé accorde la priorité à la prise en charge des patients infectés par la COVID-19 si le nombre de cas de contamination est élevé.
- Il peut y avoir des pénuries d'équipements médicaux si les ressources sont limitées en raison de ruptures au niveau des chaînes d'approvisionnement, ou si elles sont allouées différemment en réponse à la COVID-19.
- Le triage effectué afin d'identifier les cas de COVID-19 risque de détourner les patients des services nécessaires.
- Le manque de soignants peut survenir dans les situations suivantes :
  - s'ils se trouvent réaffectés dans le cadre de la réponse apportée à la COVID-19 et ne peuvent plus assumer leurs tâches habituelles ;
  - s'ils développent eux-mêmes la COVID-19 ;
  - s'ils doivent être placés en quarantaine suite à une exposition potentielle ;
  - s'ils sont dans l'impossibilité de se rendre au travail en raison de l'absence de moyens de transport ou d'autres restrictions ;
  - s'ils souffrent d'épuisement professionnel, causé par l'augmentation de la charge de travail ou du stress ;
  - s'ils ne se rendent pas au travail ou évitent de s'occuper de certains patients parce qu'ils craignent une infection.
- La nécessité de mettre en œuvre des mesures de prévention et de contrôle lorsque la propagation de l'infection s'est généralisée, y compris le port d'équipements de protection individuelle (EPI), est susceptible de perturber les soins.
- Les recommandations en matière de mesures sociales et de santé publique, comme le respect de la distanciation physique, peuvent mener à la réduction ou à la suspension des programmes de santé au niveau local, tout particulièrement les programmes de prévention des maladies.
- Les économies en difficulté peuvent soumettre les services de santé à des restrictions budgétaires.

Facteurs qui ont une influence sur la demande en matière de services de santé :

- Les patients peuvent avoir peur d'accéder aux services médicaux en raison du risque de contracter la COVID-19 dans le centre qui dispense les soins.
- Les mesures sociales et de santé publique mises en œuvre afin de lutter contre la COVID-19, notamment les restrictions en matière de déplacements, risquent de limiter l'accès aux soins.
- Les difficultés économiques peuvent donner lieu à un accès restreint aux services médicaux si les patients ne sont pas en mesure de payer les moyens de transport ou des éléments de leur prise en charge en médicale.
- L'incertitude qui se crée quant à la disponibilité des services de santé peut faire naître un manque de confiance dans le système de santé sur le long terme et avoir une incidence négative en termes de recours aux soins.

Ce tableau inclut quelques-uns des changements qui ont été rapportés au sujet de l'offre et de la demande en matière de services de santé pendant la pandémie de COVID-19, et les raisons de ces changements. Il est possible que les rapports qui incluent les changements observés à la fois en termes d'offre et de demande soient mentionnés à plusieurs reprises.

<b>Offre</b>		
<b><u>Type de service de santé</u></b>	<b><u>Pays ou région</u></b>	<b><u>Changements signalés pendant la pandémie de COVID-19 et raisons suggérées</u></b>
<u>Santé pédiatrique</u>	Somalie	Les campagnes de santé communautaire de grande ampleur qui proposaient des vaccins pédiatriques contre la rougeole et la polio, des compléments alimentaires en vitamine A et des vermifuges ont été remises à plus tard.
<u>Services cliniques</u>	Liberia, Nigeria, Afrique du Sud	L'organisation Médecins Sans Frontières signale la réduction ou la suspension de plusieurs activités. Au Liberia, les interventions chirurgicales pédiatriques ont été différées, car les restrictions des moyens de transport ont conduit à une pénurie de personnel soignant. Au Nigeria, les activités de lutte contre le saturnisme ont cessé. En Afrique du Sud, les consultations de routine dans le cadre de pathologies chroniques ont été réduites.

<u>Prévention du VIH</u>	Malawi	Les services suivants ont été interrompus ou suspendus pendant la pandémie : circoncision masculine médicale volontaire, prophylaxie préexposition dans le cadre du VIH, traitement préventif de la tuberculose, distribution de préservatifs, surveillance de la charge virale des patients infectés par le VIH en état stable, et groupes de soutien des patients.
<u>Prévention et traitement du VIH</u>	Eswatini	L'organisation Médecins Sans Frontières signale que les activités de prévention du VIH sont en pause et que le nombre de patients qui commencent un traitement contre le VIH dans leurs établissements médicaux a chuté. Il leur a été signalé que des soignants qui ne disposaient pas d'EPI suffisants évitaient les patients par crainte de la COVID-19.
<u>Traitement du VIH</u>	Kenya	La pénurie actuelle de professionnels de santé prenant en charge le VIH a augmenté pour plusieurs raisons : les cliniques ont réduit leurs heures de travail afin d'accorder aux soignants le temps nécessaire pour rentrer chez eux avant le couvre-feu ; les soignants bénévoles n'étant plus autorisés à aider les professionnels de santé, la charge de travail repose uniquement sur les médecins et le personnel infirmier, ce qui mène à l'épuisement professionnel ; enfin, les soignants ont été réaffectés dans le cadre de la réponse apportée à la pandémie.
<u>Santé maternelle</u>	Zimbabwe	Les pénuries d'EPI ont été à l'origine de grèves des soignants. Ces grèves ont mené à la fermeture de certains centres médicaux et à des effectifs réduits dans d'autres établissements, une situation qui a entraîné des décès maternels et de nouveau-nés.
<u>Santé maternelle</u>	Kenya	Les professionnels de santé ont déserté les établissements médicaux par peur de contracter la COVID-19. Les organisations qui dépendent de certains événements de levée de fonds, qui ont dû être annulés, sont préoccupées par l'éventuelle nécessité de réduire leurs services.
<u>Équipement de protection individuelle</u>	Au niveau mondial	Les pénuries d'EPI mettent en danger le personnel soignant qui est mal équipé pour s'occuper des malades de la COVID-19 et des autres patients. Ces pénuries peuvent être dues à des prix exorbitants, à des chaînes d'approvisionnement insuffisantes et à une demande accrue au niveau mondial.



<u>Santé sexuelle</u>	Multiple pays d'Afrique subsaharienne	L'organisation Marie Stopes International signale que les confinements ont conduit à la fermeture de certaines cliniques.
<u>Traitement de la tuberculose</u>	Afrique du Sud	Les services de traitement de la tuberculose ont été convertis en services de traitement de la COVID-19 et les patients tuberculeux ont été renvoyés chez eux.
<u>Vaccination</u>	Au niveau mondial	De nombreux pays risquent d'être confrontés à des ruptures de stock de vaccins, car les envois de vaccins sont retardés (principalement en raison d'une disponibilité limitée et de l'augmentation des coûts des vols commerciaux et des charters).
<u>Vaccination</u>	Afrique du Sud	On a observé une diminution significative des taux de vaccination des enfants dans l'ensemble du pays pendant la pandémie, notamment à cause des pénuries de vaccins.
<u>Vaccination</u>	Au niveau mondial	Les programmes de vaccination massive contre la polio ont été suspendus et sont actuellement relancés.
<u>Vaccination</u>	Au niveau mondial	L'organisation Gavi, the Vaccine Alliance signale la suspension des programmes de vaccination de routine dans plusieurs pays.
<b>Demande</b>		
<b><u>Type de service de santé</u></b>	<b><u>Pays ou région</u></b>	<b><u>Changements signalés pendant la pandémie de COVID-19 et raisons suggérées</u></b>
<u>Services cliniques</u>	Éthiopie	Les entretiens menés auprès des soignants et des patients révèlent que l'accès aux cliniques a été limité : cela s'explique par un accès réduit aux moyens de transport en raison de la pauvreté et des restrictions imposées en matière de déplacements. Les femmes et les enfants ont été les plus touchés. Bien que de nombreux centres médicaux restent ouverts, certains patients évitent ces établissements par crainte de contracter la COVID-19, y compris des femmes qui ont choisi

		d'accoucher chez elles pendant la pandémie, sans la présence d'une personne qualifiée.
<u>Prévention et traitement du VIH</u>	Kenya	Les centres publics de prise en charge du VIH ont observé une baisse de la présentation des patientes. Cela s'explique notamment par les facteurs suivants : la pandémie de COVID-19 a affecté les revenus familiaux ; le coût des moyens de transport a augmenté pendant la pandémie ; et certains patients ne sont pas en mesure d'acheter les masques exigés pour entrer dans les cliniques. D'autre part, les patients craignent de contracter la COVID-19 : dans certaines cliniques qui auraient traité des patients infectés par la COVID-19, on constate une baisse considérable du nombre de patients.
<u>Santé maternelle</u>	Éthiopie, Kenya, Sierra Leone, Ouganda et Zimbabwe	Une série de reportages décrit la façon dont les restrictions en matière de déplacements imposées pendant le confinement ont contribué à augmenter la mortalité maternelle et néonatale.
<u>Santé maternelle</u>	Kenya	Selon les plaignants d'un procès contre le gouvernement du Kenya, certains aspects de la réponse apportée à la pandémie ont empêché l'accès aux soins, ce qui a mis en danger la vie de femmes enceintes.
<u>Santé sexuelle</u>	Zimbabwe, Sierra Leone et d'autres pays en Afrique subsaharienne	L'organisation Marie Stopes International signale que les confinements ont restreint l'accès aux soins. Au Zimbabwe, la police a restreint l'accès aux services de santé reproductive en imposant des restrictions en matière de déplacements, alors que ces services étaient jugés essentiels par le gouvernement. En Sierra Leone, les restrictions qui ont été imposées en matière de déplacements sans avis préalable et les rumeurs circulant au sein des communautés ont restreint l'accès aux soins.
<u>Vaccination</u>	Afrique du Sud	La baisse considérable des taux de vaccination des enfants observée dans l'ensemble du pays pendant la pandémie est due en partie au fait que les soignants se retrouvent dans l'impossibilité d'accéder aux

		services pendant le confinement, et à la peur de contracter la COVID-19 dans les cliniques.
--	--	---

La pandémie de COVID-19 a également eu une incidence délétère sur la santé des individus et des populations sans que cela ne soit directement lié aux services de santé et aux soins dispensés. Ainsi, l'insécurité alimentaire, qui peut avoir des répercussions majeures sur la santé, est un sujet de préoccupation dans toute l'Afrique subsaharienne pendant la pandémie de COVID-19. Plusieurs changements au niveau économique et sociétal, liés à la pandémie et aux mesures mises en œuvre pour y répondre en Afrique subsaharienne, ont une incidence disproportionnée sur les groupes vulnérables, notamment les femmes, les jeunes filles, les travailleurs/-ses du sexe, les travailleurs/-ses migrant(e)s et d'autres groupes.

### **Comment peut-on mesurer les répercussions indirectes de la COVID-19 sur la santé ? Que montrent les données ?**

Il existe plusieurs approches pour déterminer les répercussions indirectes de la pandémie de COVID-19 sur la santé et les systèmes de santé : trois d'entre elles sont décrites ci-dessous. Chaque approche a ses avantages et inconvénients et peut donc être plus ou moins adaptée à différentes problématiques. Les deux premières approches (la modélisation épidémiologique et le calcul de la surmortalité) constituent des techniques importantes pour l'estimation des répercussions d'une épidémie sur la santé, mais nous nous concentrerons ici sur les données actuellement disponibles. En effet, même si celles-ci sont limitées, elles donnent des informations sur la situation en Afrique subsaharienne que la modélisation et la surmortalité ne fournissent pas.

#### **A. Modèles**

La modélisation épidémiologique est un outil qui peut être utilisé pour prévoir la propagation ou l'impact d'une maladie. Pour créer un modèle prédictif, on sélectionne les facteurs qui peuvent influencer le résultat à l'étude. De manière générale, les modèles visant à évaluer les répercussions indirectes de la pandémie de COVID-19 sur la santé intègrent des facteurs comme le type et la durée des interruptions des services de santé, et les conséquences possibles de ces interruptions. Les valeurs de ces facteurs doivent être considérées comme des données qui ne sont pas encore disponibles. En effet, ces estimations comportent une certaine dose d'incertitude et les modifications des valeurs incluses, même mineures, peuvent avoir une incidence considérable sur les conclusions. Il convient donc de faire preuve de prudence lors de l'interprétation de ces résultats. Ces modèles sont toutefois souvent utilisés pour orienter les réponses sanitaires lors d'une épidémie. Les modèles visant à évaluer les répercussions indirectes potentielles de la pandémie de COVID-19 et de la réponse à la pandémie sur la santé ont permis de générer des résultats impressionnants :

- Ainsi, une étude qui a évalué les avantages en matière de santé lorsque les programmes de vaccination pédiatrique sont maintenus, en les comparant au risque de contracter la COVID-19 lors de l'administration du vaccin dans 54 pays d'Afrique, a montré que pour chaque cas de surmortalité (y compris parmi les membres du foyer des enfants vaccinés) associé à une exposition pendant la vaccination, 84 décès d'enfants âgés de moins de cinq ans pouvaient être évités en poursuivant les vaccinations de routine.
- Par ailleurs, une étude portant sur l'impact potentiel des confinements en termes d'incidence de la tuberculose et de la mortalité associée indique qu'un confinement d'une durée de trois mois et une période de rétablissement des services de 10 mois pouvaient conduire à un excès mondial de 6,3 millions de cas de tuberculose et 1,4 million de décès d'ici à 2025.
- Une étude sur l'impact des perturbations potentielles des services dédiés au VIH suggère quant à elle qu'une perturbation des thérapies antirétrovirales d'une durée de six mois risquait de doubler le nombre de décès (soit 500 000 décès supplémentaires) dus aux maladies associées au SIDA en Afrique subsaharienne pendant la période 2020-2021.
- En outre, une analyse des conséquences de la perturbation de l'accès aux outils de contrôle du paludisme a démontré que dans le pire des scénarios (qui implique la suspension des campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et une baisse de 75 % de l'accès aux médicaments contre le paludisme), 750 000 décès dus au paludisme seraient à déplorer en 2020 (soit le double du nombre de décès dus à la malaria par rapport à l'année 2018).
- Enfin, une analyse de la surmortalité due au VIH, à la tuberculose et au paludisme, causée par les perturbations des services de santé, a révélé que dans des contextes où ces maladies représentent une charge particulièrement lourde, les décès dus au VIH, à la tuberculose et à la malaria sur cinq ans risquaient d'augmenter de 10 %, 20 % et 36 %, respectivement, par rapport à une situation sans pandémie de COVID-19. En cinq ans, le nombre de morts pourrait atteindre celui directement lié à la COVID-19.

## B. Estimations de la surmortalité

La surmortalité correspond au taux de décès qui excède celui que l'on prévoit dans des conditions « normales ». Ces estimations peuvent permettre d'établir une vue plus complète des répercussions de la pandémie, par rapport au nombre officiel de décès liés à la COVID-19. Cependant, les informations fournies par les taux de surmortalité sont limitées. Même si certains décès de cette surmortalité ont déjà eu lieu, il est possible que la majeure partie de la surmortalité imputable à la pandémie ne soit pas observable avant plusieurs mois ou plusieurs années ; cela s'applique tout particulièrement aux maladies comme le VIH et la tuberculose ainsi qu'aux maladies pour lesquelles il existe un vaccin. En outre, les estimations de la surmortalité ne font pas la différence entre les répercussions directes et indirectes de la pandémie. Ces estimations sont en effet une combinaison des décès imputables à la COVID-19 qui n'ont pas été liés de manière officielle à la COVID-19, et aux décès liés à d'autres causes dont le nombre aurait été différent en l'absence de la pandémie. Enfin, la surmortalité peut être calculée uniquement si des données exactes sur la mortalité des années précédentes sont disponibles à

des fins de comparaison. Ce type de données n'est pas disponible dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne.

### C. Données disponibles

Les données issues des services de santé qui sont recueillies régulièrement peuvent permettre de générer des informations précieuses sur la continuité des services. Toutefois, les processus de collecte des données peuvent eux aussi être ralentis pendant la pandémie. Dans la lignée des recommandations de l'OMS portant sur l'identification des services essentiels, la collecte et l'analyse des données peuvent se concentrer sur un ensemble d'indicateurs fondamentaux en vue de surveiller l'impact de la pandémie sur les soins médicaux. Ces indicateurs incluent le nombre total de consultations de soins de santé primaires, les sorties après une hospitalisation, les naissances en établissements de santé, les nouveaux cas de tuberculose, le nombre de soignants pendant la pandémie de COVID-19, et d'autres critères. Il convient de comparer les données recueillies pendant la pandémie de COVID-19 aux données agrégées des années précédentes.

Le tableau ci-dessous présente certaines des données actuellement disponibles sur les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la santé et les services de santé en Afrique subsaharienne. Il ne s'agit pas d'une étude systématique ou d'une synthèse des données disponibles, mais plutôt d'un aperçu de certaines données quantitatives qui ont été publiées. Nous avons avant tout recherché des données sur l'Afrique subsaharienne, mais plusieurs sources de données pertinentes incluent des résultats au niveau mondial.

<b>Maladie ou pathologie (emplacement géographique)</b>	<b>Source des données et méthode de collecte des données</b>	<b>Résultats</b>
<b>Maladies transmissibles</b>		
<u>VIH et tuberculose (Afrique du Sud)</u>	Ministère de la Santé de la province du Gauteng, étude des dossiers thérapeutiques entre le mois de mars et le mois de mai	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 000 patients tuberculeux et 10 000 patients infectés par le VIH ne sont pas venus retirer leurs médicaments pendant la période à l'étude.</li><li>• La diminution moyenne en pourcentage du retrait des médicaments par rapport aux périodes précédentes était de 1,4 % pour la tuberculose et de 19,6 % pour le VIH.</li></ul>

<p><u>VIH, tuberculose et malaria (au niveau mondial)</u></p>	<p>The Global Fund, enquête sur les programmes menée dans 106 pays</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 85 % des programmes contre le VIH ont signalé une perturbation de la prestation des services</li> <li>• 78 % des programmes contre la tuberculose ont signalé une perturbation de la prestation des services</li> <li>• 73 % des programmes contre la malaria ont signalé une perturbation de la prestation des services</li> <li>• Les restrictions imposées en matière de rassemblements et de moyens de transport sont les raisons principales expliquant la perturbation de ces activités. Parmi les autres raisons de cette perturbation, citons la réticence des soignants lorsqu'il faut dispenser des soins à des personnes dont les symptômes correspondent à ceux de la COVID-19, et les patients qui évitent le recours aux soins par crainte de contracter la COVID-19 ou en raison de difficultés financières.</li> </ul>
<p><u>Tuberculose (Afrique du Sud)</u></p>	<p>National Institute of Communicable Diseases, Afrique du Sud, données de surveillance issues des tests de dépistage de la tuberculose, collectées à compter de six semaines avant l'introduction des restrictions nationales, deux semaines de distanciation physique et cinq semaines de confinement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendant le confinement, on a constaté une baisse hebdomadaire moyenne de 48 % du nombre de tests réalisés et une diminution de 33 % du nombre de tests dont le résultat s'est avéré positif.</li> <li>• Le taux hebdomadaire de résultats positifs au test était plus élevé pendant la période du confinement.</li> </ul>

<p><u>Tuberculose (20 pays où la tuberculose constitue une charge considérable)</u></p>	<p>Stop TB Partnership, étude portant sur des programmes nationaux contre la tuberculose dans 20 pays où la tuberculose constitue une charge considérable, et étude parallèle de 16 communautés au sein de ces pays</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au moins 40 % des programmes ont indiqué que les centres qui étaient dédiés à la tuberculose sont désormais utilisés dans le cadre de la réponse à la COVID-19, en partie ou complètement.</li> <li>• Tous les programmes ont constaté une diminution du nombre de personnes qui avaient recours aux services de prise en charge de la tuberculose.</li> <li>• Les raisons expliquant cette baisse de patients incluent l'accès restreint dû aux moyens de transport limités et les couvre-feux obligatoires, la crainte de contracter la COVID-19 dans les établissements de santé, et des laboratoires saturés par les tests de détection de la COVID-19 qui ne sont donc plus en mesure de réaliser les tests de la tuberculose.</li> </ul>
<p><u>Vaccinations (au niveau mondial)</u></p>	<p>Organisation mondiale de la Santé, étude sur les programmes de vaccination réalisée en avril (premier sondage d'opinion sur la vaccination)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 64 % des 107 pays qui ont pris part au sondage ont signalé des perturbations ou des suspensions.</li> <li>• Les raisons qui expliquent la diminution des consultations liées à la vaccination incluent les mesures de distanciation physique, les difficultés d'accès aux moyens de transport et la crainte de la transmission de la COVID-19 dans les établissements qui dispensent les soins médicaux.</li> <li>• La plupart des pays ont signalé des perturbations de la distribution des vaccins à l'échelle nationale.</li> <li>• Plus de la moitié des pays ont signalé des perturbations liées à la détection, l'investigation et le signalement des cas de rougeole. Les perturbations étaient attribuables à des pénuries de personnel dans les laboratoires, aux problèmes d'acheminement du matériel/des échantillons pour le laboratoire, et au fait</li> </ul>

		<p>que les laboratoires ont été convertis en centres de détection de la COVID-19.</p>
<p><u>Vaccinations (au niveau mondial)</u></p>	<p>Organisation mondiale de la Santé, étude sur les programmes de vaccination réalisée en juin (deuxième sondage d'opinion sur la vaccination)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 53 % des 129 pays ayant pris part au sondage (et 89 % des pays participants situés en Afrique) ont signalé des perturbations de services modérées à sévères en mars et avril.</li> <li>• Les raisons expliquant ces perturbations incluent la crainte de l'exposition à la COVID-19 pendant la vaccination (48 %) et l'interruption de l'accès aux services de vaccination pendant le confinement (33 %).</li> <li>• Les raisons expliquant la disponibilité limitée des vaccins incluent le nombre insuffisant d'EPI pour les soignants (49 %), les restrictions imposées en matière de déplacements (40 %) et la disponibilité limitée des soignants (43 %).</li> </ul>
<p><b>Maladies non transmissibles</b></p>		



<p><u>Cardiologie (Afrique subsaharienne)</u></p>	<p>Recherche initiale, étude menée auprès des professionnels de santé exerçant en cardiologie en Afrique subsaharienne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 participants (52 % de cardiologues, 48 % d'internes en médecine) de 14 pays ont indiqué que par rapport à la période ayant précédé la pandémie, les heures de travail des cardiologues avaient connu une baisse significative, tout comme le nombre de consultations hebdomadaires.</li> <li>• La majeure partie des services de cardiologie (76,5 %) et des programmes de consultation (85 %) ont été réorganisés pour soutenir les services dédiés à la COVID-19.</li> </ul>
<p><u>Services liés aux maladies non transmissibles (au niveau mondial)</u></p>	<p>Organisation mondiale de la Santé, étude sur 155 ministères de la Santé réalisée en mai</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans 94 % des pays participants, les membres du ministère de la Santé qui travaillaient dans le domaine des maladies non transmissibles ont été réaffectés, en partie ou complètement, en réponse à la COVID-19.</li> <li>• Le traitement des pathologies suivantes a été perturbé : hypertension (53 % des pays), diabète (49 % des pays), cancer (42 % des pays) et urgences cardiovasculaires (31 % des pays).</li> <li>• Les raisons expliquant la réduction de ces services incluaient la baisse de la disponibilité des transports publics et le manque de soignants, ceux-ci ayant été réaffectés à la COVID-19.</li> <li>• Dans 20 % des pays qui ont signalé des perturbations, on a observé une pénurie d'équipements médicaux.</li> <li>• 50 % des pays ont indiqué que les programmes publics de dépistage (par exemple dans le cadre du cancer du sein ou de l'utérus) avaient été reportés.</li> </ul>

<u>Soins de santé primaires (Afrique du Sud)</u>	Enquête initiale, étude de cohorte longitudinale de consultations en clinique, à compter de 60 jours avant le confinement jusqu'à 35 jours après	Sur 36 291 personnes qui représentaient 55 545 consultations en clinique, aucun changement n'a été observé en termes du nombre total de consultations par clinique par jour entre les périodes avant et après le confinement, à deux exceptions près : on a noté une diminution des consultations pédiatriques en clinique pendant le confinement, et une augmentation des consultations portant sur le traitement du VIH immédiatement après le confinement.
<u>Soins de santé sexuelle (au niveau mondial)</u>	IPPF (International Planned Parenthood Federation, « Fédération internationale pour la planification familiale »), étude menée auprès des membres nationaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans 64 pays, 5 633 cliniques et centres de soins communautaires (14 % des centres dispensant des services médicaux disponibles en 2018) ont fermé en raison de problèmes liés à la pandémie. La région Afrique comptait le nombre le plus élevé de fermetures de cliniques mobiles (447).</li> <li>• Les nations membres ont signalé une réduction des services liés aux domaines suivants : dépistage du VIH (44 pays), contraception (41 pays), violence liée au genre (36 pays) et avortement (23 pays).</li> </ul>

D'après le tableau ci-dessus, il est évident que les données disponibles relatives aux répercussions indirectes de la pandémie de COVID-19 sur la santé et les services de santé en Afrique subsaharienne sont limitées. Les données manquent à la fois d'envergure et de précision dans la présentation des pathologies, des services de santé et des zones géographiques. Les données ne sont disponibles que pour une minorité des indicateurs fondamentaux suggérés. Les répercussions sanitaires des changements qui ont déjà eu lieu ne sont pas encore visibles et la situation reste extrêmement changeante. Néanmoins, les données démontrent clairement que la pandémie de COVID-19 a déjà des répercussions dramatiques et mesurables sur la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins de la population. Il existe donc une préoccupation fondée : celle que les répercussions indirectes de la pandémie de COVID-19 sur la santé et les services médicaux l'emportent sur ses répercussions directes. Cette préoccupation a encore plus de sens dans les zones où l'impact direct de la COVID-19 est moins grave et/ou où le recours aux services médicaux essentiels est plus fréquent (par exemple dans les endroits où le risque de maladies évitables par la vaccination est plus élevé, ou ceux dans lesquels le VIH, la tuberculose ou la malaria constituent une lourde charge). Au fur et à mesure que la pandémie continue d'évoluer, il est important d'évaluer avec précision la nécessité de certains aspects de la réponse apportée à la COVID-19, en tenant compte de leurs éventuelles répercussions négatives sur la santé. En outre, les services de santé devront être structurés en fonction de la menace potentiellement

durable de la transmission de la COVID-19. L'impact final de la pandémie de COVID-19 dépendra en grande partie des mesures qui seront prises afin de gérer ces répercussions indirectes (prévues ou observées) sur la santé.

-----

## **Articles**

### [Traitement par transfusion de plasma convalescent chez les patients atteints de formes graves de la COVID-19 ou mettant en jeu le pronostic vital : une analyse des métadonnées](#)

(Journal of Infectious Diseases, 10 août)

**Message principal** : les options thérapeutiques disponibles pour les patients qui développent une forme grave de la COVID-19 sont limitées. Au vu des expériences dans le cadre d'autres maladies virales graves, l'immunisation passive — [une transfusion de plasma convalescent](#) provenant de patients qui ont survécu à la COVID-19 — pourrait permettre à certains patients gravement malades de guérir. Les auteurs ont examiné les données issues de neuf études publiées sur le plasma convalescent utilisé pour le traitement de formes graves de la COVID-19, en procédant à une méta-analyse de ces données. À la suite d'une transfusion de plasma provenant d'un donneur guéri, les patients atteints d'une forme grave de la COVID-19 ont présenté des améliorations en termes d'infection, d'inflammation et de gravité de la maladie. Malgré ces résultats encourageants, cette étude ne prouve pas que le plasma convalescent constitue un traitement efficace ; elle n'identifie pas non plus les types de patients qui seraient les plus susceptibles d'en bénéficier.

- La transfusion de plasma convalescent pour le traitement des patients infectés par les virus SARS, H1N1 et Ebola suggère que l'immunisation passive réduit la charge virale et améliore les résultats cliniques, permettant ainsi de diminuer le nombre de décès et d'écourter la durée du séjour en unité de soins intensifs (USI), tout en s'accompagnant d'effets secondaires minimes. Bien que cette approche n'ait pas été démontrée ou approuvée pour le traitement des formes graves de la COVID-19, la FDA aux États-Unis a publié des recommandations d'urgence portant sur [l'utilisation expérimentale de plasma convalescent](#) pendant l'urgence sanitaire en cours.
- Les auteurs ont regroupé les données recueillies avant et après les transfusions de plasma convalescent effectuées chez 149 patients atteints d'une forme grave de la COVID-19, qui avaient été rapportées par neuf différentes études publiées, et ont réalisé une méta-analyse en utilisant un modèle à effets aléatoires, ainsi qu'une méta-régression. Après avoir reçu le plasma convalescent, les patients présentaient une diminution de la charge virale (RR 0,13 ; 95 % IC, 0,09 à 0,18) et des taux de protéine C-réactive (MRO 0,11 ; 95 % IC, 0,01 à 0,86) ainsi qu'une amélioration clinique (ROM 0,53 ; 95 % IC, 0,36 à 0,79), avec des effets secondaires minimes.
- Cette analyse suggère que le plasma convalescent permet d'améliorer la guérison chez les patients atteints de formes graves de la COVID-19 (bien que certaines études parmi celles incluses ici aient généré des résultats différents). En combinant les données issues de multiples études de plus petite taille, les auteurs ont pu exploiter au maximum des données limitées. Précisons cependant que cette méta-analyse n'incluait pas de comparaison ni de groupe de patients de contrôle. En outre, les paramètres cliniques et de laboratoire des patients auraient également pu présenter une amélioration, même en l'absence des transfusions de plasma : il est donc possible que l'effet observé soit dû à d'autres facteurs.

## Association entre le tabagisme, l'utilisation de cigarettes électroniques et la COVID-19 chez les jeunes

(Journal of Adolescent Health, 11 août)

**Message principal :** les résultats d'une étude en ligne révèlent que chez les adolescents et les jeunes adultes âgés de 13 à 24 ans, la COVID-19 était cinq à sept fois plus fréquente chez ceux qui avaient indiqué utiliser, par le passé ou récemment, des cigarettes standard à base de tabac (tabagisme) ou des cigarettes électroniques (« vapotage »). Dans cette tranche d'âge, qui a généralement été décrite comme étant moins à risque de présenter des symptômes et des formes graves de la COVID-19, il peut être nécessaire de mieux cibler la communication et l'éducation afin d'illustrer les risques de façon plus exacte. Les résultats de cette étude vont dans le sens d'une association entre le vapotage et la COVID-19 : l'utilisation de cigarettes électroniques, de façon individuelle ou couplée à la consommation de cigarettes standard, constitue un facteur de risque de COVID-19 chez les adolescents et les jeunes adultes.

- À partir des semaines du 6 et du 14 mai 2020, les auteurs ont recruté 4 351 adolescents et jeunes adultes âgés de 13 à 24 ans dans l'ensemble des États-Unis afin de participer à une étude en ligne sur le tabagisme, le vapotage et la COVID-19. Par l'intermédiaire d'un échantillonnage par quotas, les auteurs ont été en mesure de répartir les participants en fonction de l'origine ethnique, de l'âge et du sexe pour sélectionner 50 % de participants qui avaient déjà utilisé une cigarette électronique et 50 % qui n'en avaient jamais utilisé. La pondération a permis aux auteurs d'obtenir des estimations représentatives lors de leurs statistiques. Les participants qui indiquaient fumer et vapoter ont été placés dans la catégorie « Double utilisation ». Les auteurs ont procédé à une régression logistique multivariée pour tester les associations entre le vapotage, le tabagisme et la COVID-19.
- Les personnes qui relevaient de la catégorie « Double utilisation » étaient sept fois plus susceptibles d'obtenir un résultat positif au test de la COVID-19, par rapport aux personnes qui n'avaient jamais fumé ni vapoté. De même, les personnes qui utilisaient les deux depuis peu (double utilisation au cours des 30 derniers jours) étaient 6,8 fois plus susceptibles d'obtenir un résultat positif au test de la COVID-19, par rapport aux personnes qui n'avaient jamais fumé ni vapoté. Les personnes qui avaient déjà utilisé une cigarette électronique étaient cinq fois plus susceptibles d'obtenir un résultat positif au test de la COVID-19, par rapport aux personnes qui n'avaient jamais vapoté. Aucune relation statistiquement significative n'a été observée entre le tabagisme seul et un résultat positif au test de la COVID-19. Toutefois, les personnes qui avaient déjà fumé étaient plus susceptibles d'être testées que celles n'ayant jamais fumé.
- Cette étude démontre donc une association entre le vapotage et la COVID-19, mais pas de causalité. On a noté d'autres facteurs qui augmentaient la probabilité d'un résultat positif au test de la COVID-19 : taux plus élevé de tests positifs de COVID-19 dans l'État, sous-poids, origine hispanique ou autre/origine ethnique mixte, sexe masculin ou personne non-binaire, et personnes dont la mère a achevé des études supérieures après le lycée.

## Santé mentale, usage de drogues et idées suicidaires pendant la pandémie de COVID-19 — États-Unis, 24-30 juin 2020

(MMWR, 14 août)

**Message principal** : selon les résultats issus d'une étude en ligne, au cours de la dernière semaine du mois de juin 2020, les adultes américains ont signalé une augmentation considérable des troubles suivants liée à la pandémie de COVID-19, par rapport à l'année précédente : dépression et anxiété, augmentation du stress ou des traumatismes, usage de drogues, idées suicidaires et troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Les jeunes adultes étaient de loin les plus susceptibles de signaler des conséquences négatives en matière de santé mentale ou de comportement. Les minorités ethniques, les travailleurs exerçant dans les secteurs essentiels et les aidants non rémunérés ont également signalé une aggravation disproportionnée de ces troubles. Il est indispensable d'intervenir dès maintenant pour prévenir et prendre en charge les effets sur la santé mentale de la pandémie de COVID-19. Ces conclusions mettent en évidence certaines des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la santé de manière générale.

- À partir de la semaine du 24 juin 2020, les auteurs ont invité 9 896 adultes à participer à une étude en ligne sur la santé mentale. Au total, 5 412 participants ont répondu à l'enquête, certains ayant été invités à participer en avril. Les auteurs ont utilisé des méthodes d'échantillonnage pour obtenir un groupe d'adultes représentatifs de la population américaine en termes de tranche d'âge, de sexe et d'origine ethnique. Par ailleurs, l'utilisation d'outils standardisés a permis d'évaluer les symptômes d'anxiété, de dépression et de troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, tandis que d'autres questions portaient sur l'usage de drogues pour faire face à la situation et sur les idées suicidaires.
- 41 % de l'ensemble des participants ont signalé un trouble en lien avec la santé mentale ou comportementale au cours de la dernière semaine du mois de juin 2020. Les symptômes les plus courants concernaient la dépression et l'anxiété (31 % des participants). Parmi les individus âgés de 18 à 24 ans, 75 % ont signalé au moins un symptôme en lien avec la santé mentale ou comportementale, de même que 52 % des participants âgés de 25 à 44 ans. Les hommes étaient plus susceptibles de signaler des idées suicidaires au cours des 30 jours précédents. La population noire était également plus susceptible de signaler des idées suicidaires et d'avoir recours à la consommation de substances afin de gérer le stress généré par la COVID-19.
- Cette enquête a recueilli les symptômes rapportés par les participants et a utilisé des outils validés pour les effets indésirables en lien sur la santé mentale et comportementale. Elle n'a pas été conçue pour diagnostiquer l'anxiété, la dépression ou tout autre trouble de santé mentale. Des études supplémentaires seront nécessaires afin d'obtenir des informations approfondies sur ces conclusions (par exemple, les difficultés financières par rapport à l'isolement social). Il convient donc de définir un plan de réponse plus vaste, qui tiendrait compte des répercussions actuelles de la pandémie sur la santé mentale et permettrait ainsi de prévenir des effets indésirables supplémentaires.
- Si vous-même ou un proche ressentez un stress important, vous pouvez consulter [ici](#) des ressources qui expliquent comment gérer sainement une situation de crise, pour vous-même et les autres.