

XXVII^e ACTUALITÉS DU PHARO 2022

Impact de la COVID-19 sur l'accès aux soins en Afrique subsaharienne

Jean-Philippe Chippaux

Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), Paris



LA REVUE de la SOCIÉTÉ
FRANCOPHONE de MÉDECINE
TROPICALE et SANTÉ
INTERNATIONALE

Impact de la COVID-19 sur l'accès aux soins en Afrique subsaharienne

Le nombre de cas et de décès de la COVID-19 en Afrique subsaharienne, à l'exclusion de l'Afrique du Sud qui représente près de la moitié des cas de Covid-19 notifiés, a été inférieur à ceux des autres continents pour des raisons qui restent à éclaircir. Cette étude vise à évaluer l'impact de la pandémie sur l'offre de soins et le recours à celle-ci par la population des pays d'Afrique subsaharienne (hors Afrique du Sud).

L'interrogation de PubMed® avec les mots-clés "Covid, Africa, Public health, Impact" du 31 mars 2020 au 26 mars 2002, a permis d'identifier 1 151 articles. Après une sélection sur le contenu et la méthodologie, 105 articles ont été retenus. L'impact a été évalué sur la base de comparaisons avec les mois précédant l'apparition de la COVID-19 ou une saison identique les années antérieures.

Dès les premiers cas diagnostiqués, en mars 2020, une baisse significative des activités de santé touchant tous les secteurs, souvent associée à une réduction de la qualité des soins, et la fermeture de services ont été rapportées. Certains ont été particulièrement touchés comme les vaccinations de routine, la santé maternelle et reproductive, les dons de sang, le dépistage du VIH et la distribution des antirétroviraux, la prévention de la rage, les programmes de contrôle des maladies endémiques, notamment la rougeole, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées. La distribution de médicaments à large échelle, de moustiquaires imprégnées et les interventions de santé publique ont été interrompues dans de nombreux pays faisant courir le risque d'une recrudescence de ces maladies. L'approvisionnement en produits de santé et leur utilisation ont été profondément perturbés à cause des restrictions de transport ou de reports de consultation entraînant des effets néfastes sur les maladies chroniques – hypertension, diabète, cancers – et des ruptures de stocks. La démotivation ou la démoralisation du personnel de santé ont été rapportés. Une vulnérabilité particulière a été observée chez les handicapés, les PVVIH, les habitants de bidonvilles, les personnes déplacées et les professionnels du sexe.

Impact de la COVID-19 sur l'accès aux soins en Afrique subsaharienne

Cependant, l'impact sur les prestations de santé a été très hétérogène selon les localités – plus élevé en milieu urbain que rural – avec une forte majoration les premiers mois de la pandémie, puis en fonction des vagues épidémiques qui n'ont pas été synchrones dans les différents pays. L'accès aux structures de santé a été considérablement réduit en raison des mesures de confinement et de restriction des transports prises par les autorités, du manque de ressources humaines et matérielles, notamment les équipements de protection individuelle. L'augmentation des coûts, s'ajoutant à l'appauvrissement de la population, la peur d'être contaminé et diagnostiqué positif ou stigmatisé ont également dissuadé les patients de se rendre dans les centres de santé. Plusieurs études soulignent une reprise progressive entre les vagues épidémiques et une certaine capacité d'adaptation de l'offre de soins, voire une bonne résilience des services de santé ou des patients eux-mêmes.

Quelques articles formulent des recommandations visant à atténuer l'impact des épidémies : mise en œuvre précoce des interventions, développement de stratégies d'information appropriées, régulation des flux de patients, approvisionnement en produits de santé, notamment en équipements de protection individuelle, formation du personnel de santé à l'accueil et la prise en charge des patients, amélioration des techniques diagnostiques et thérapeutiques alternatives comme la dispensation appropriée des médicaments, l'utilisation d'autotests, de drones ou de la télémédecine, organisation du rattrapage des vaccinations de routine et adaptation de la législation sur les violences familiales.

Méthodologie

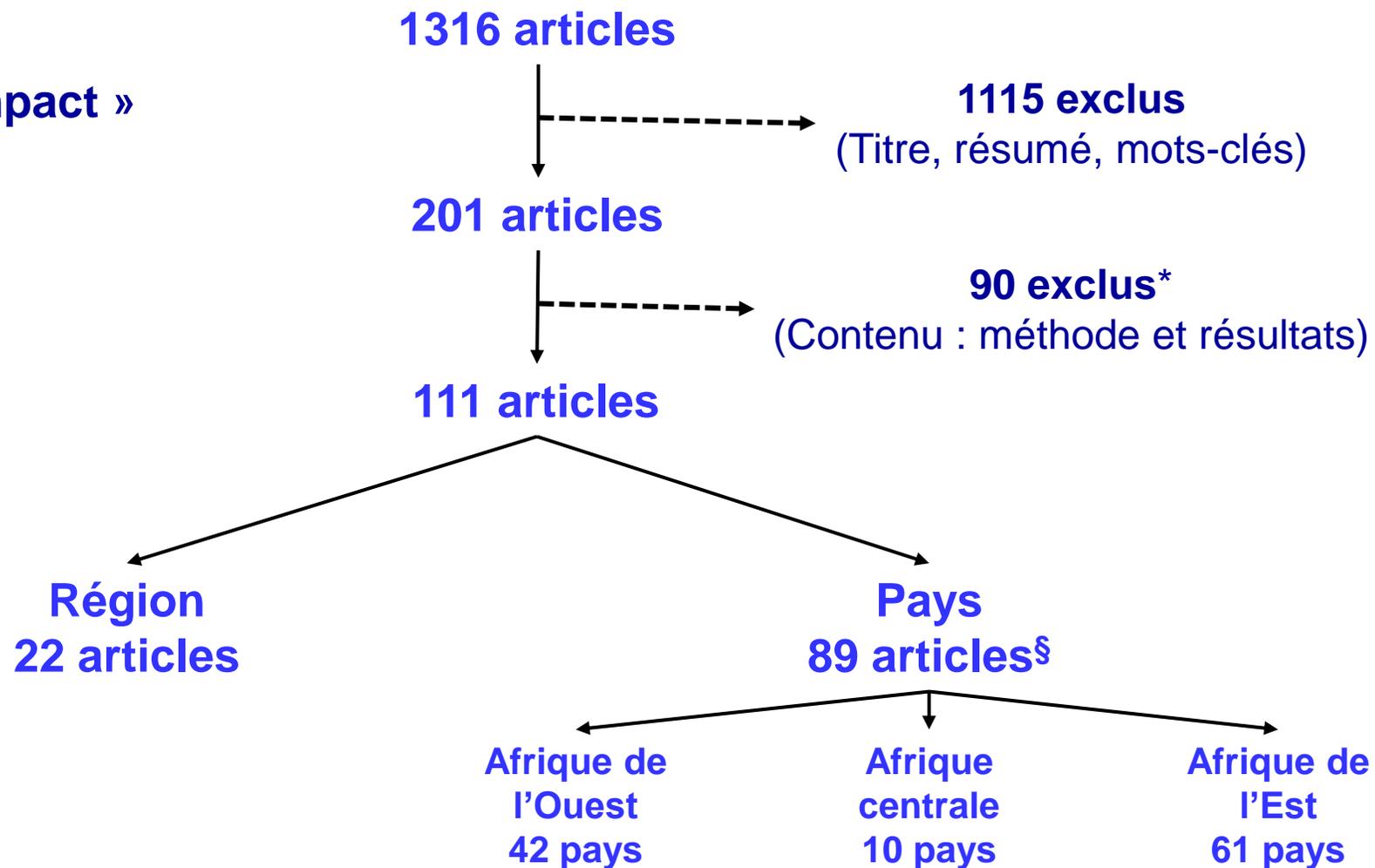
PubMed :

« COVID, Africa, Public Health, Impact »

→ articles publiés entre le
31 mars 2020 et le 15 août 2022

Comparaison avec une
période équivalente
avant la pandémie

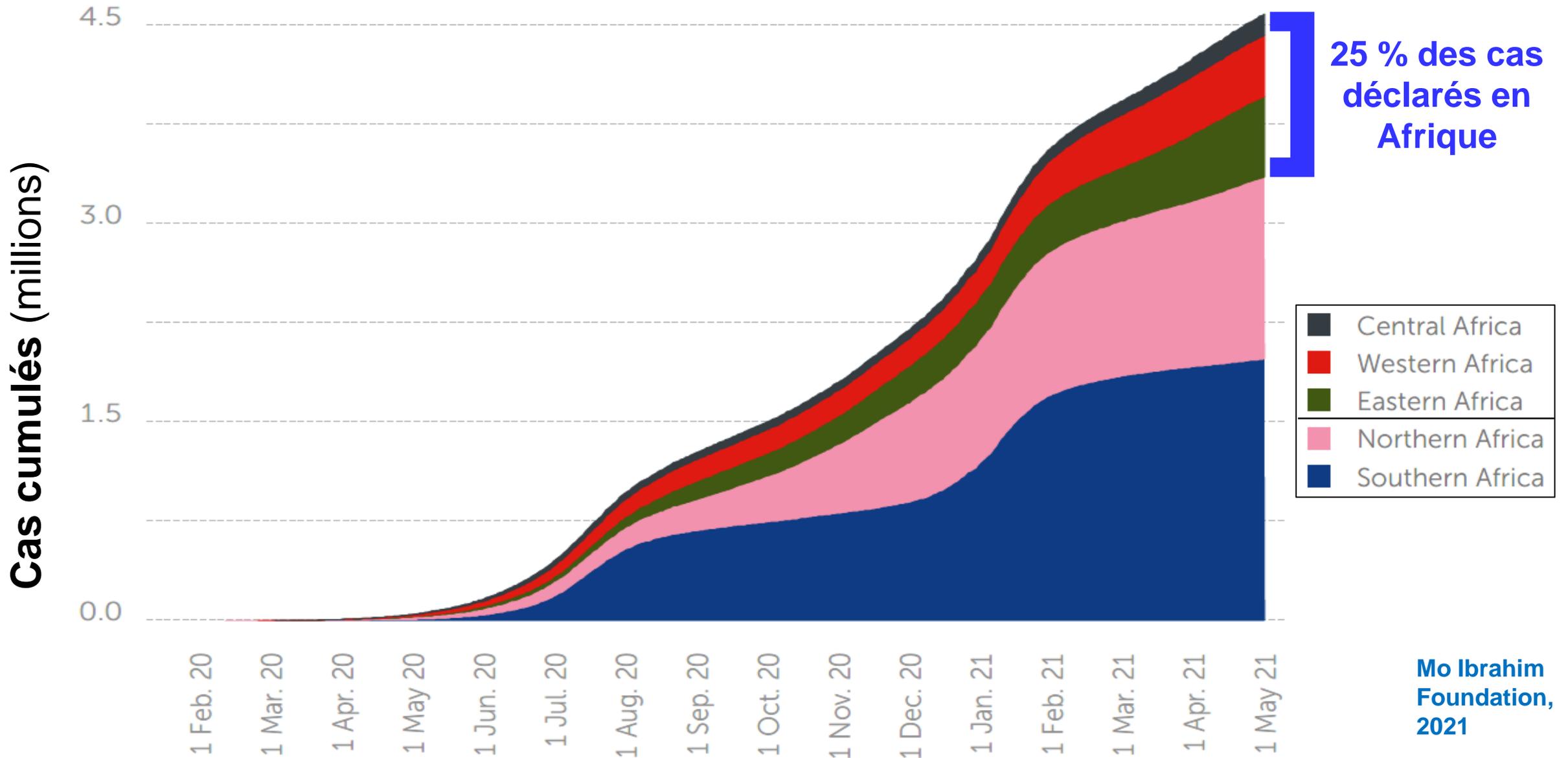
Afrique subsaharienne
(sauf Afrique du Sud)



* : Editorial, commentaire, réponse, rectificatif

§ : 1 à 5 pays possibles par article

Cas Covid-19 Afrique (février 2020 – mai 2021)



Covid-19 en Afrique

Incidence plus faible que dans la plupart des autres continents

- **sous-déclaration ?**
- **surmortalité**

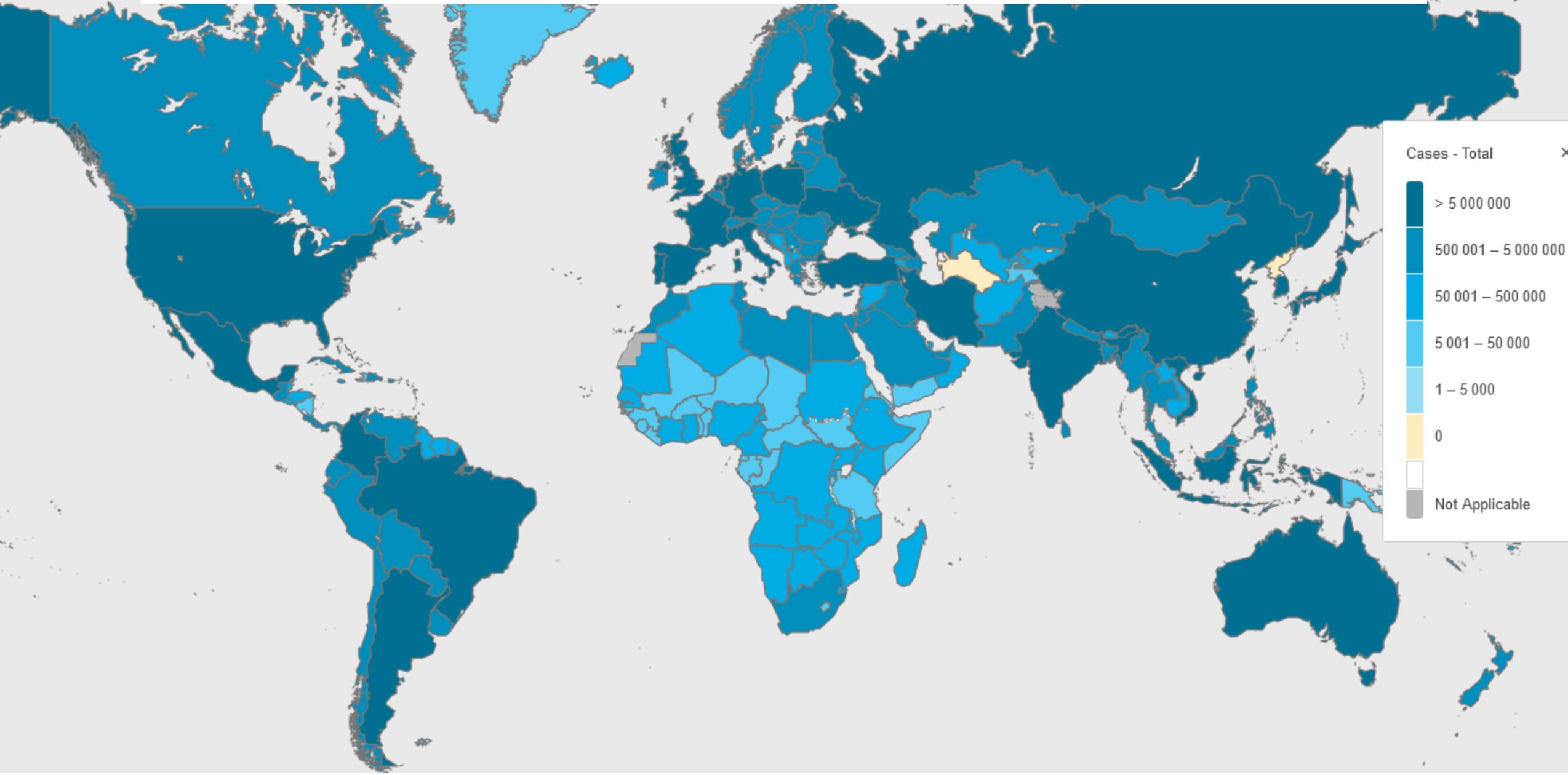
Plusieurs vagues successives d'importance croissante

Hétérogénéité dans le temps et l'espace

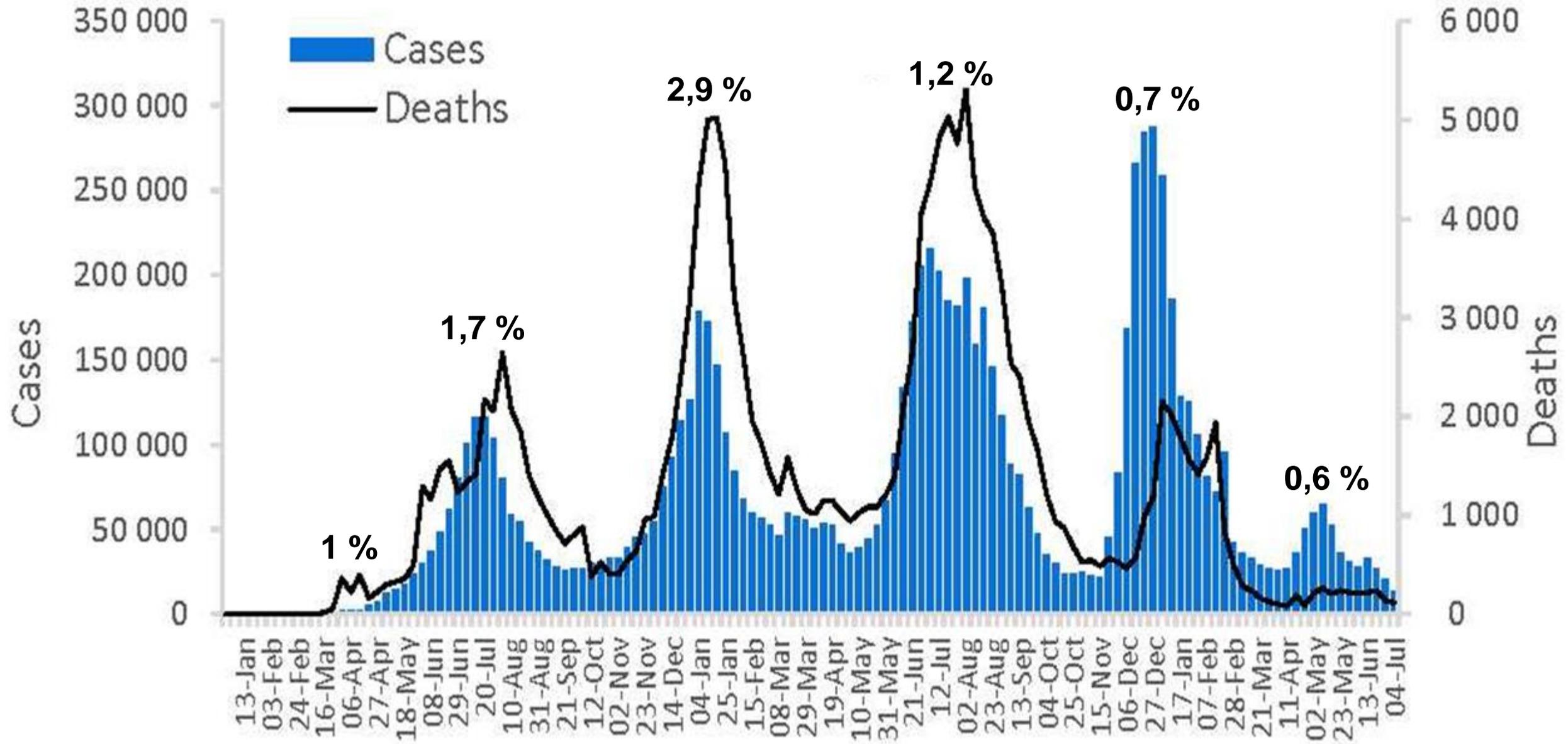
Mesures de protection drastiques mais temporaires

Impact majeur dans toute l'Afrique subsaharienne

Nombre de cas cumulés de Covid-19 au 15 août 2022 (source OMS)



Nombre de cas hebdomadaires de Covid-19 (mars 2020 à juillet 2022)

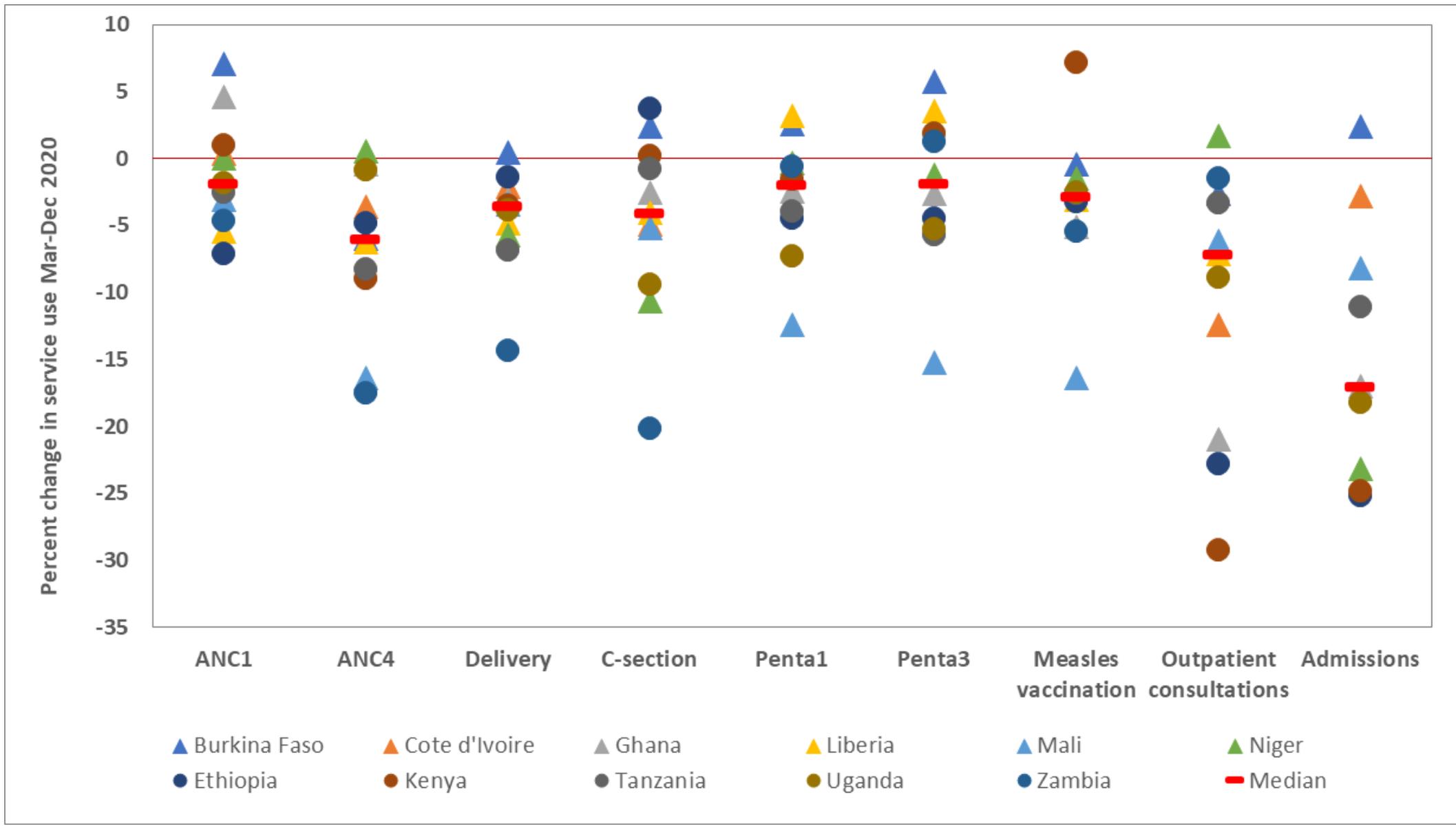


Réduction accès aux soins

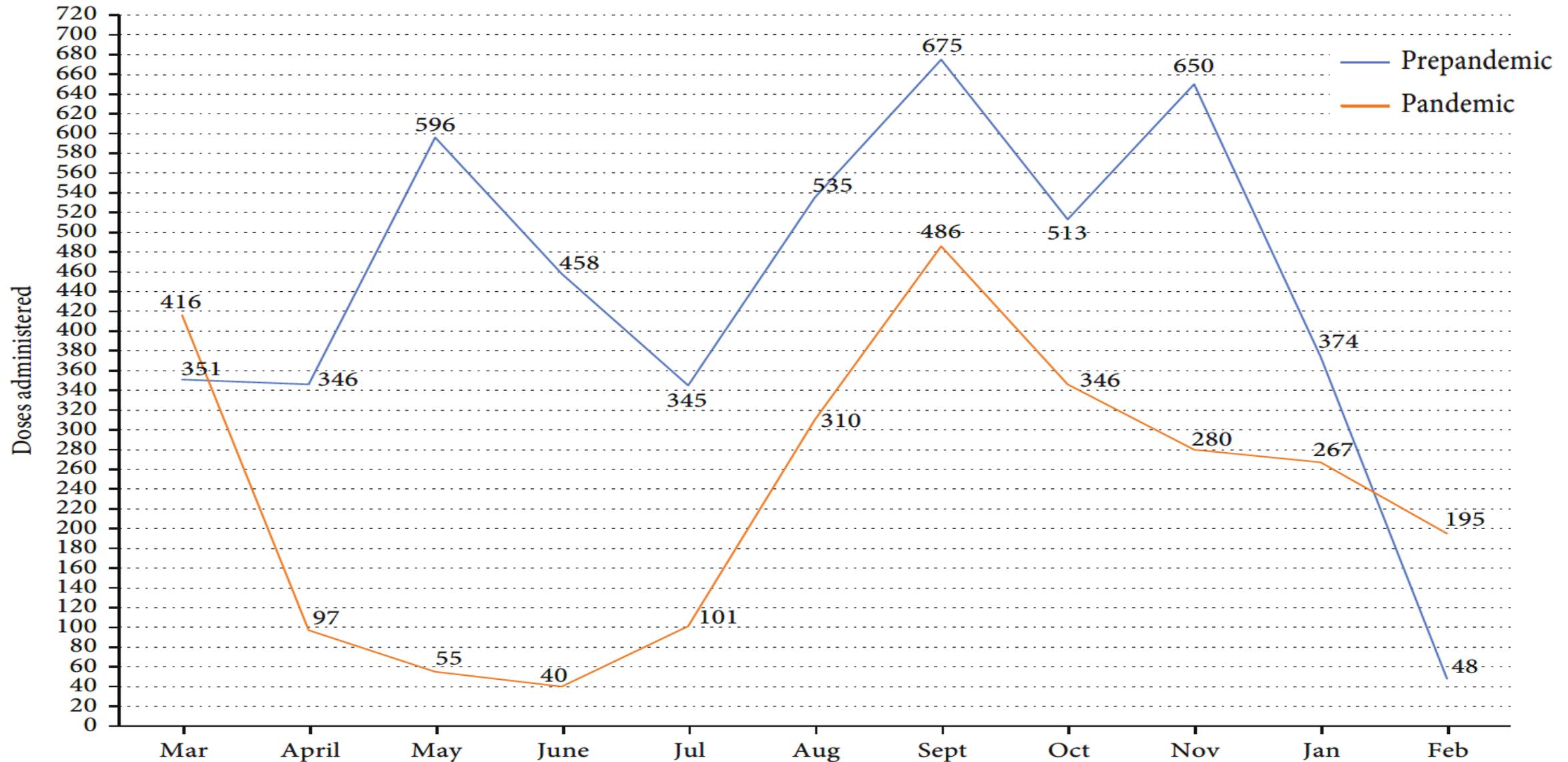
Hétérogène en fonction des pays et des zones (ville/campagne)

Hiérarchisée en fonction des prestations et des services

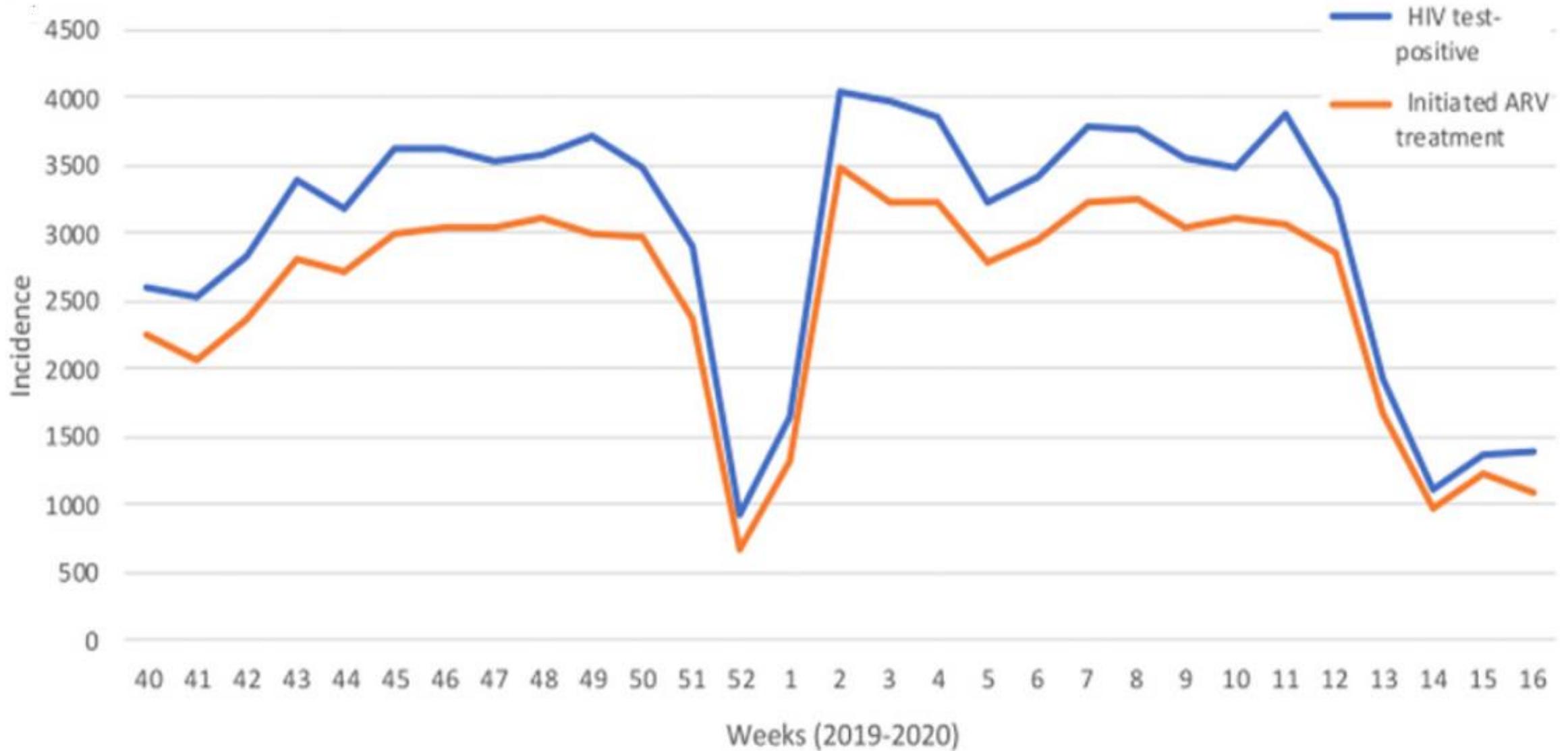
Première vague peu intense mais impact maximal



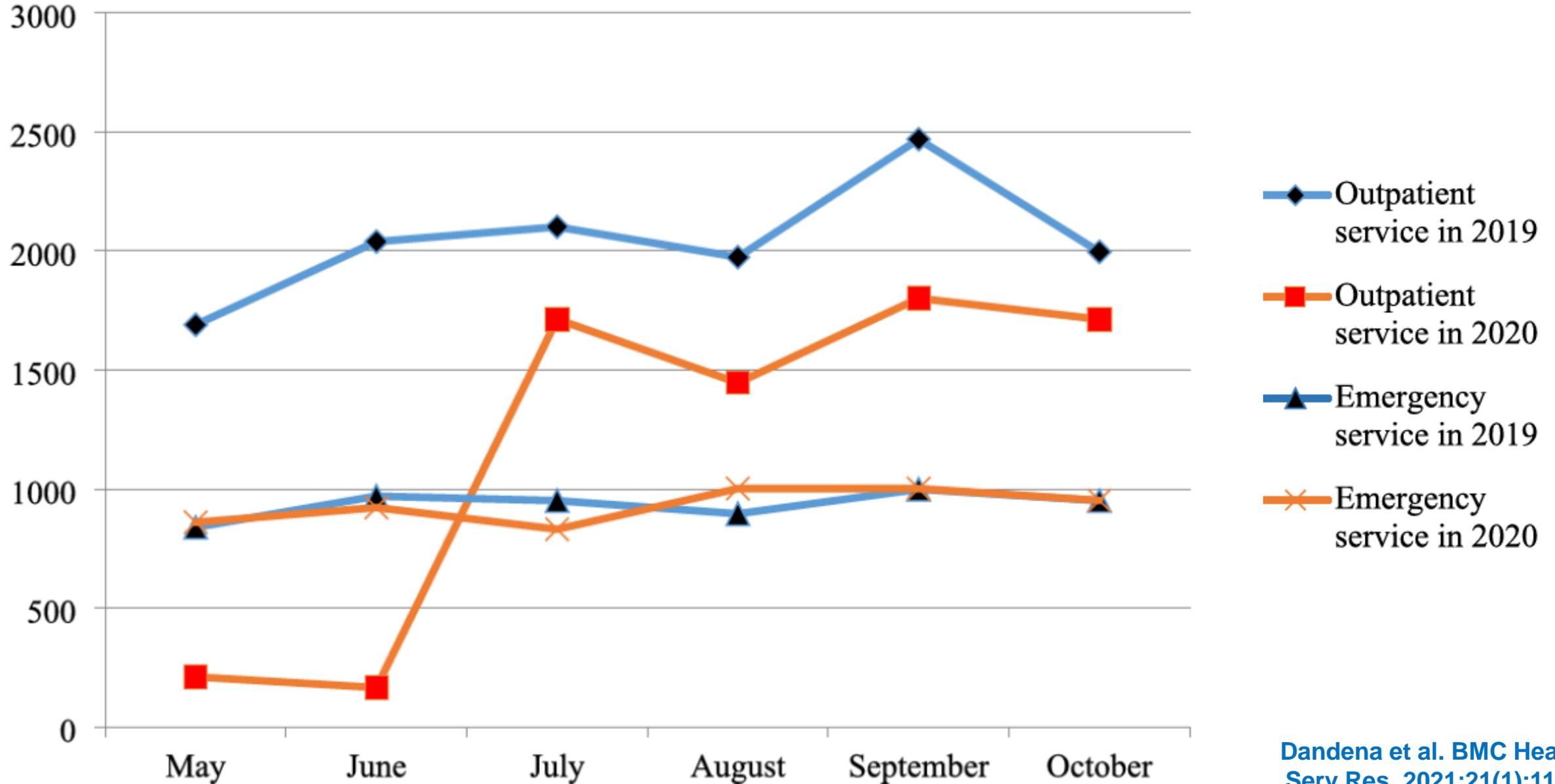
Doses de BCG administrées (Ghana)



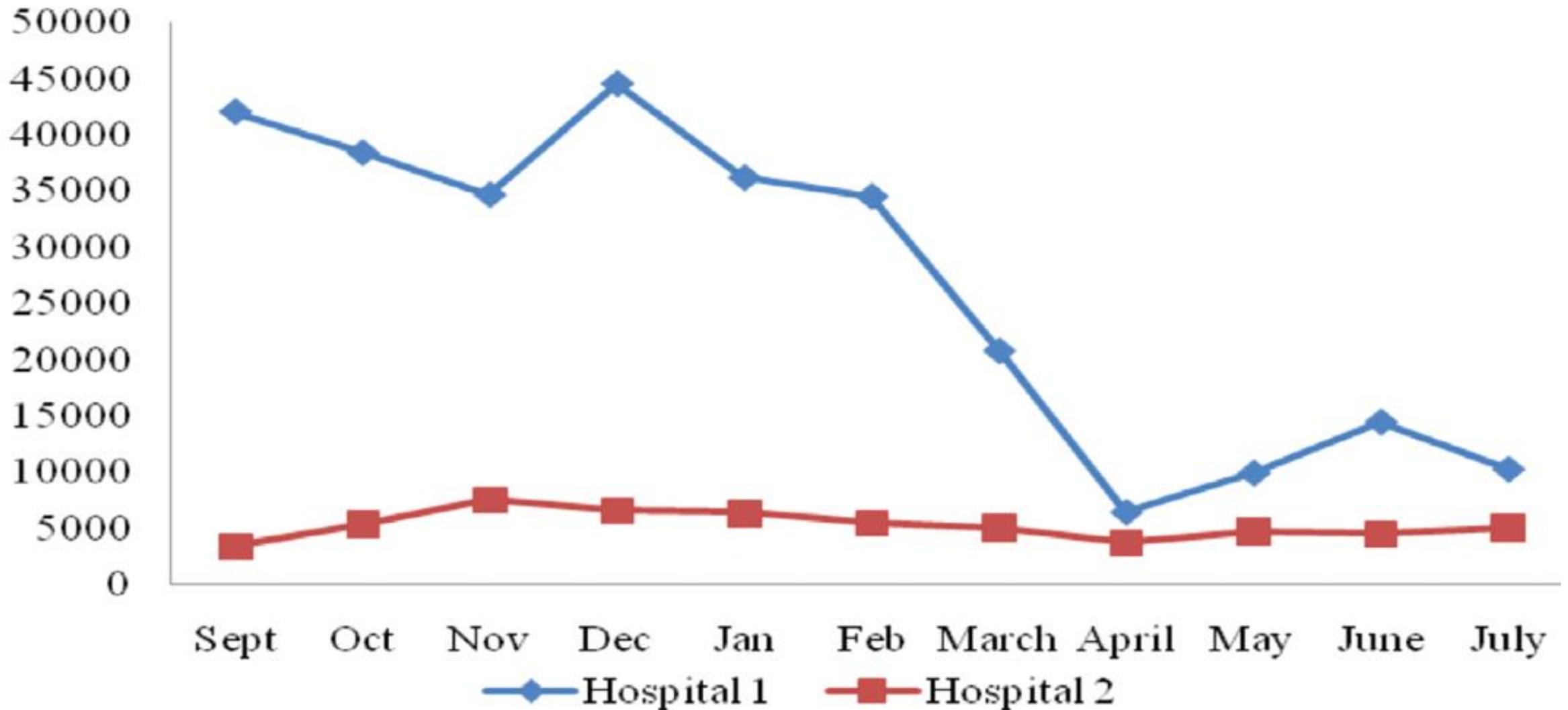
Impact Covid-19 sur PVVIH (Ouganda)



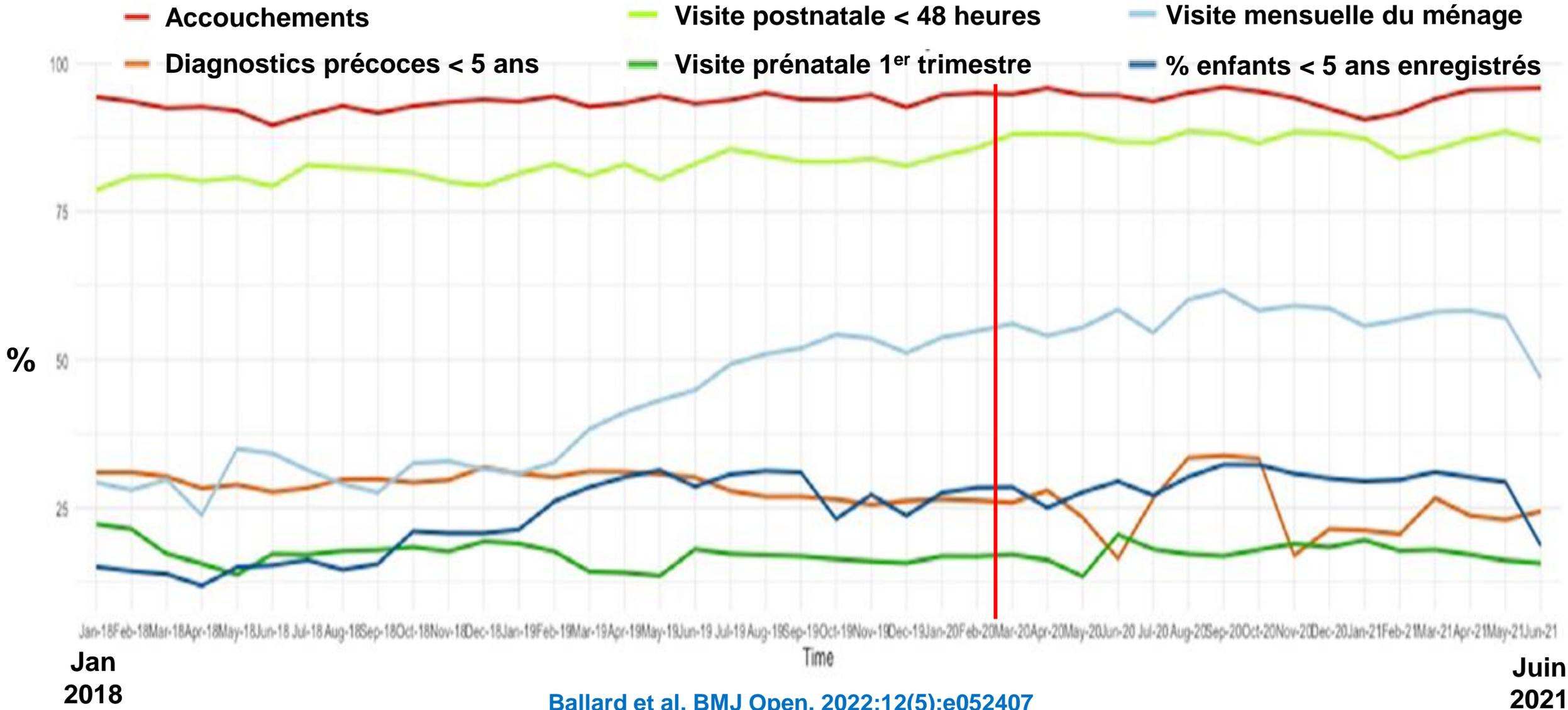
Utilisation des services de soins (Ethiopie)



Consultations hôpitaux Addis Abeba (Ethiopie)



Prestations soins santé primaire par agents communautaires (27 districts Kenya, Malawi, Mali, Ouganda)



Causes de l'impact de la COVID-19

3 groupes de causes :

Circonstanciennes = liées aux mesures de prévention par les gouvernements
(confinement, couvre-feu, restriction des transports, crise économique, infodémie)

Structurelles = liées à la réponse du service de santé
(désorganisation des services, réduction moyens humains et matériels)

Individuelles = liées au personnel de santé et à la population
(peur de la contamination, baisse des revenus, stress)

Origine baisse de l'accès aux soins (Kenya)

Rupture d'approvisionnement en médicaments

Peur d'être mis en quarantaine

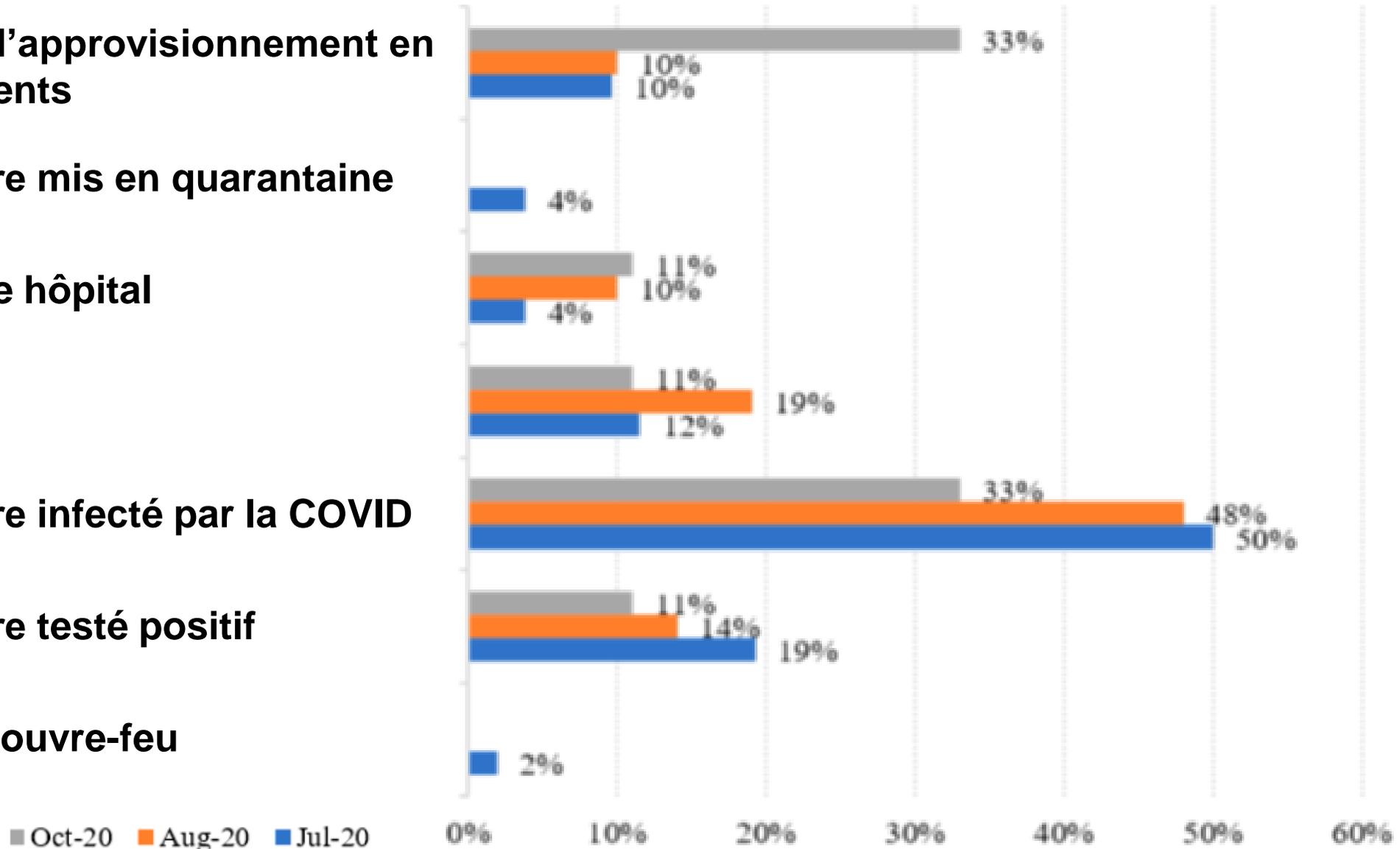
Fermeture hôpital

Autres

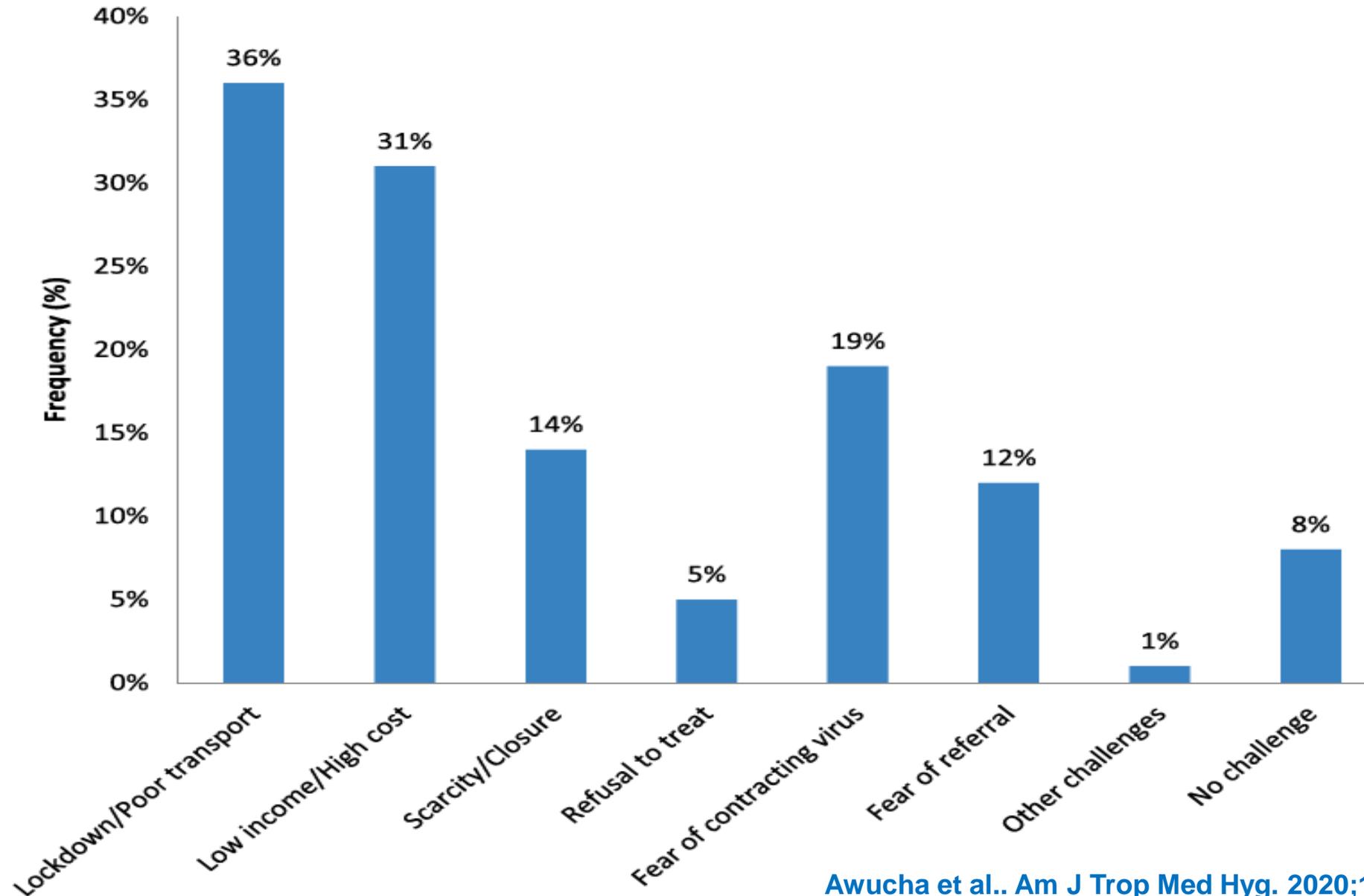
Peur d'être infecté par la COVID

Peur d'être testé positif

Peur du couvre-feu



Facteurs limitant l'accès au médicaments essentiels (Nigéria)



Recommandations

Organisation des services de santé (gestion du flux de patients)

Formation du personnel de santé (accueil et prise en charge)

Innovations technologiques (téléphone, drones, etc.)

Renforcement de la médecine communautaire

Meilleur contrôle de l'information (infodémie)

Conclusions

Réduction de l'accès aux soins au cours de la première vague

Retour à la normale progressif malgré les vagues suivantes

Forte hétérogénéité multifactorielle (temps, lieux, prestations)

Causes circonstancielles : mesures de protection

Causes structurelles : organisation du service de santé

Causes individuelles : peur de la contamination

Bonne résilience du système de santé

Rôle important de la santé communautaire



*Traumatisme post-confinement :
les services psychiatriques sont
débordés... Nous sommes en pénurie
de camisoles*