

## SYNTHÈSE :

**RÉPERCUSSIONS PLUS LARGES SUR LA SANTÉ DES RIPOSTES VERTICALES CONTRE LA COVID-19 DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE (PRFI)**

La pandémie de COVID-19 a compromis la capacité et les mesures visant à répondre à d'autres besoins en matière de santé qui sont tout aussi urgents que le virus lui-même, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). Les pressions exercées sur les gouvernements pour qu'ils prennent des mesures immédiates contre la COVID-19 afin de sauver des « vies immédiatement identifiables » plutôt que des « vies statistiques à risque »<sup>1</sup> ont eu et continueront d'avoir des conséquences négatives à court et à long terme pour d'autres domaines de la santé.<sup>a</sup>

Le présent document examine les répercussions des ripostes verticales contre la COVID-19 sur les systèmes et services de santé, ainsi que sur leur accès et utilisation par les populations dans les PRFI, au sein desquels les sous-investissements historiques et continus contribuent à renforcer la vulnérabilité à un grand nombre de menaces pour la santé. Nous utilisons le terme « riposte verticale » pour décrire les décisions et les mesures prises uniquement dans le but de prévenir et de contenir la COVID-19, souvent sans tenir suffisamment compte de la manière dont cela affecte le système de santé dans son ensemble et des manques de ressources préexistants. À travers quatre sections principales axées sur 1) la caractérisation de la riposte verticale, 2) les facteurs inhérents aux répercussions plus générales sur la santé, 3) les preuves des répercussions, et enfin 4) des suggestions d'atténuation, nous fournissons un aperçu pour les intervenants au sein du gouvernement, des agences, des organisations et des communautés afin de concevoir et de mettre en œuvre des ripostes plus proportionnées, appropriées, globales et socialement équitable pour lutter contre la COVID-19 sans compromettre d'autres aspects de la santé.

Au-delà des mesures immédiates, il est nécessaire de réévaluer les priorités et les approches en matière de santé mondiale, tant dans le contexte de la COVID-19 qu'au-delà. Si le bien-être de tous est réellement valorisé, des approches « globales de la santé »<sup>1</sup> qui représentent des compromis en matière de santé de la réponse à la COVID-19 à court terme et qui répondent aux besoins de santé de diverses populations à moyen et à long terme sont essentielles.

Cette synthèse a été élaborée pour la plateforme Social Science in Humanitarian Action (SSHAP) par Tabitha Hrynicky (IDS), Santiago Ripoll (IDS) et Simone Carter (CASS-UNICEF). La responsabilité inhérente à cette note stratégique revient à la SSHAP. Elle a été examinée par Melissa Leach (IDS), Annie Wilkinson (IDS), Olivia Tulloch (Anthrologica), Hayley MacGregor (IDS), Gillian McKay (LSHTM), Neha Singh (LSHTM), Gwendolen Eamer (FICR) et Rachel Goodermote (FICR).

## RÉSUMÉ

### REMARQUES GLOBALES

- Des discours et des pressions puissants aux niveaux mondial et national (ainsi que des craintes réelles au sujet de la mortalité potentielle causée par la COVID-19) ont contribué à l'émergence et à l'imposition de ripostes verticales axées sur la COVID-19 qui ont contribué à compromettre d'autres priorités en matière de santé dans les PRFI. Certaines interventions, telles que le « confinement » et le détournement des ressources, présentent des impacts plus directs et plus évidents sur d'autres domaines de la santé, bien que d'autres fondements essentiels d'une riposte efficace contre les épidémies (par exemple, la surveillance et communication des risques) puissent également présenter des zones d'ombre et contribuer de manière similaire à écarter d'autres priorités en matière de santé dans le cas où des approches intégratives ne sont pas adoptées.
- Les PRFI sont particulièrement vulnérables aux répercussions généralisées des ripostes verticales sur la santé, car ces interventions interagissent avec des systèmes de santé fragiles et les vulnérabilités de base sociales, économiques et en matière de santé et génèrent des résultats encore pires. Certains contextes ont été témoins à plusieurs fois plus de décès excédentaires non liés à la COVID-19 que de décès liés à la COVID-19,<sup>2,3</sup> illustrant clairement la manière dont ces interactions contribuent à engendrer une mortalité supplémentaire.<sup>4</sup>
- L'âge moyen des populations les plus jeunes au sein de nombreux PRFI semble les rendre moins vulnérables sur le plan médical à la COVID-19 dans l'ensemble (par rapport aux populations plus âgées des pays riches). Pourtant, ils font face à de graves risques pour la santé générés par d'autres pathologies. Pour la perspective, 190 000 décès associés à la COVID-19 sont prévus en Afrique,<sup>5</sup> tandis qu'en 2018, plus de 2,7 millions de décès d'enfants (principalement évitables) sont survenus sur le continent.<sup>6</sup>
- Les répercussions négatives importantes sur d'autres domaines de la santé générées par les ripostes verticales contre la COVID-19 et leurs retombées dans les PRFI sont de plus en plus reconnues, mais d'importants écarts subsistent entre les discussions, la collecte

de données et les mesures mises en œuvre. Cette synthèse révèle des questions essentielles en ce qui concerne la proportionnalité et l'équité de la riposte, et contribue à renforcer l'impératif moral d'agir.

## MOTEURS ET PREUVES DES RÉPERCUSSIONS GLOBALES SUR LA SANTÉ

---

- Les mesures visant à atténuer la transmission de la COVID-19 ont eu des répercussions directes et indirectes sur la prestation des et l'accès aux services de santé, y compris en perturbant la chaîne d'approvisionnement, en détournant les ressources et en étirant davantage les ressources déjà épuisées du système de santé des PRFI.<sup>7</sup> La vaccination des enfants, la prévention, les tests et les traitements contre la tuberculose, le VIH et le paludisme, les services de santé sexuelle et reproductive ainsi que les services de nutrition figurent parmi les services les plus touchés.
- La modélisation prédictive des répercussions généralisées sur la santé suggère que le monde pourrait faire face à 1,2 million de décès d'enfants supplémentaires (pour la plupart évitables), environ 57 000 décès maternels supplémentaires,<sup>8</sup> 1,4 million de décès supplémentaires liés à la tuberculose,<sup>9</sup> un doublement des cas de paludisme en Afrique,<sup>10</sup> et la diminution de l'espérance de vie des personnes atteintes de MNT, entre autres impacts.<sup>11</sup>
- Les populations sont susceptibles d'éviter d'avoir recours aux services de santé par crainte non seulement d'être infectés par la COVID-19, mais également de la quarantaine ou de l'isolement si elles sont infectées, ou des mesures punitives pour avoir enfreint des mesures comme les restrictions de déplacement.
- La pandémie a contribué à augmenter la pression imposée sur les personnes ayant des rôles d'aidants au sein des foyers et des communautés, de façon disproportionnée, les femmes, et a eu une incidence supplémentaire sur leur capacité à accéder aux soins.<sup>12</sup>
- Les adaptations à la prestation des services de santé, comme par exemple l'utilisation de plateformes de télémédecine, excluent bon nombre de personnes qui ne disposent pas des compétences ni de l'accès aux technologies pertinentes, tandis que les services directs nécessitent désormais beaucoup plus de ressources afin d'assurer une prestation sécurisée (EPI, désinfectant, espace, etc.), ce qui contribue à rendre la prestation de soins plus difficile et plus coûteuse.

## AMÉLIORER LA RIPOSTE AFIN DE MINIMISER LES IMPACTS NÉGATIFS SUR D'AUTRES DOMAINES DE LA SANTÉ

---

- Les impacts inhérents à la COVID-19 doivent être mis en perspective par rapport aux autres charges de morbidité et services de santé, dans une perspective à moyen et à long terme. Prioriser les ressources du système de santé par une participation significative des communautés touchées et des utilisateurs du système de santé, en tenant particulièrement compte de la participation des groupes vulnérables.
- Prendre et faire progresser des engagements mondiaux équitables assortis d'objectifs et d'indicateurs précis afin de contenir et d'éradiquer la COVID-19 dans le contexte du renforcement plus général des systèmes de santé dans les PRFI, qui sont plus vulnérables aux répercussions généralisées sur la santé et à l'endémie de COVID-19.<sup>13</sup> Les pays, les donateurs et les autres acteurs mondiaux doivent être tenus responsables de ces engagements, ainsi que des engagements en matière de santé primaire et de couverture sanitaire universelle, et fournir le financement et le soutien nécessaires.
- Intégrer les interventions et les services inhérents à la COVID-19 parmi les programmes sociaux et sanitaires existants.<sup>14</sup> Partager les systèmes d'informations, les infrastructures, les capacités de diagnostic et de traitement et la sensibilisation afin de briser les cloisonnements<sup>15</sup> de manière à pouvoir intervenir efficacement contre la COVID-19 parallèlement à d'autres problèmes de santé, et fournir une perspective pour la priorisation des ressources fondée sur des données probantes. La capacité et les systèmes mis en œuvre pour répondre de manière spécifique à la COVID-19, tels que la surveillance, doivent également être mis à profit pour répondre à d'autres problèmes de santé.
- Établir des liens intersectoriels entre la riposte pandémique intégrée (lutte contre la COVID-19 et autres problèmes de santé) et d'autres programmes sociaux (par exemple, protection sociale, éducation) afin d'intégrer les déterminants sociaux de la santé.<sup>16</sup>
- Soutenir la responsabilité inhérente aux prestataires de soins de santé et des décideurs locaux grâce à l'établissement et à la surveillance publique des indicateurs et des services de santé ainsi qu'à l'intégration de retours communautaires et de patients afin d'améliorer les services de santé.
- Les approches communautaires dirigées par la population sont davantage susceptibles d'être acceptées par les communautés et d'être efficaces.<sup>17</sup> Tirer parti des réseaux d'organisations de la société civile existantes (syndicats, associations professionnelles, groupes religieux, groupes de femmes, etc.) et des mouvements sociaux (dans le domaine de la santé et entre les secteurs) et les habiliter à diriger des éléments de riposte et la prestation de soins de santé avec des ressources et une assistance.

- Collaborer avec des cliniciens privés, des pharmaciens, des vendeurs de médicaments, des guérisseurs traditionnels et confessionnels, des herboristes et d'autres, qui sont susceptibles de constituer le premier point de soins de santé pour beaucoup de personnes. Leur fournir les ressources et les compétences nécessaires pour la prévention des infections (y compris des EPI) et pour faciliter le triage, la surveillance, le diagnostic et le traitement d'un ensemble de problèmes de santé.
- La surveillance en temps réel des perceptions, de la prestation et de l'accès aux services de santé peut permettre aux décideurs et aux intervenants de prendre des mesures immédiates pertinentes au contexte.<sup>18</sup> Encourager une collecte et une utilisation plus importantes de la recherche en sciences sociales granulaires afin de déterminer quels services de santé sont perturbés et pourquoi, de comprendre les impacts localisés et d'orienter les interventions locales et nationales. Au fil du temps et intégrées à une diversité de données des sciences naturelles et sociales examinées dans le cadre de processus de délibération multisectoriels,<sup>18</sup> ces données peuvent également alimenter des approches et des engagements à moyen et à long terme conjugués qui sont capables de faire face à la triple menace de la COVID-19, d'autres priorités sanitaires graves et des crises économiques imminentes dans l'avenir.
- Adopter un cadre pour l'analyse intégrée des données, comme le modèle intégré et multisectoriel d'analyse des flambées épidémiques (IMOA), afin de mieux comprendre les causes et les effets des répercussions généralisées sur la santé à plusieurs niveaux. L'IMOA rassemble des données sur le comportement, les perceptions, l'utilisation des services de santé, les tendances épidémiologiques d'autres résultats en matière de santé, la cartographie des mouvements et les prix du marché par rapport à un calendrier d'interventions appliquées.<sup>19</sup>

## RIPOSTES VERTICALES CONTRE LA COVID-19

### QU'EST-CE QUI A MOTIVÉ LES RIPOSTES VERTICALES CONTRE LA COVID-19 ?

#### **Normes internationales, discours et rapports de force**

La nature mondiale de la pandémie a donné lieu à de puissants discours sur les mesures de confinement. Bien que l'OMS recommande de maintenir les services de santé essentiels parallèlement aux interventions liées à la COVID-19 <sup>20</sup> dans la pratique, cela s'est avéré difficile. Les messages, les recherches et les stratégies axés sur la COVID-19 (ainsi que les craintes réelles de mortalité potentielle liée à la COVID-19), amplifiés par les médias internationaux et nationaux, ont contribué au déploiement de ripostes verticales spécifiques à la COVID-19.<sup>1</sup> « L'exceptionnalisme de la maladie » et la riposte verticale

contre les flambées épidémiques n'ont rien de nouveau.<sup>21,22</sup> Pendant plusieurs décennies, la communauté sanitaire mondiale s'est concentrée sur l'identification ciblée et la riposte contre les flambées épidémiques de maladies infectieuses au moment et à l'endroit où elles faisaient leur apparition, habituellement dans les PRFI, notamment, comme le suggère une critique commune, afin de les éradiquer avant qu'elles ne puissent menacer les populations riches.<sup>23</sup> Cela s'est fait au détriment du renforcement de systèmes de santé plus holistiques et équitables qui centrent les priorités des populations en matière de santé. Cette fois-ci, la COVID-19 a émergé des centres de pouvoir mondiaux et s'est répandue dans les PRFI.<sup>24</sup> Heureusement, les prédictions initialement désastreuses n'ont pas semblé se faire sentir dans de nombreux PRFI, en particulier en Afrique, où les populations plus jeunes et les taux plus faibles (bien que croissants<sup>25</sup>) de MNT<sup>b</sup> qui augmentent le risque de COVID-19 semblent protéger contre les formes graves de maladie à coronavirus.<sup>28</sup> Le dernier modèle suggère que 190 000 décès liés à la COVID-19 pourraient survenir sur le continent,<sup>5</sup> soit une fraction des 2,7 millions de décès d'enfants évitables pour la plupart survenus en 2018,<sup>6</sup> voire même des 390 000 décès liés au paludisme survenus la même année.<sup>29</sup> Pourtant, la menace significative que la COVID-19 continue de poser pour les populations plus âgées et plus riches dans les pays plus puissants a contribué à stimuler la visibilité du discours centré sur la COVID-19 et à renforcer la recherche ciblée et les mesures prises pour la contrer dans le monde entier. Cela soulève des questions quant à la mesure dans laquelle l'anxiété inhérente à la propagation du virus dans les PRFI pourrait en réalité être enracinée dans la crainte qu'elle puisse avoir un « effet boomerang » sur les pays à revenu élevé (PRE).<sup>30</sup>

### **Tendances aux approches « uniformisées »**

Outre le fait de privilégier les intérêts des pays riches dans le domaine de la santé mondiale, l'on a tendance à appliquer aux PRFI les approches inhérentes aux maladies infectieuses développées dans et avec ces contextes à l'esprit. Promues comme des « pratiques exemplaires », ces approches peuvent émettre des hypothèses sur les ressources et les conditions qui ne reflètent pas les défis et les réalités auxquels font face les populations au sein des PRFI. Pourtant, souvent tributaires de l'aide humanitaire, du financement et des conseils des donateurs et des organismes internationaux, les PRFI sont particulièrement sensibles aux pressions, y compris aux pressions politiques nationales, pour adopter des approches verticales de « meilleures pratiques », malgré la diversité des besoins et des circonstances en matière de santé.<sup>31</sup>

## **À QUOI RESSEMBLENT LES RIPOSTES VERTICALES CONTRE LA COVID-19 ?**

En l'absence de vaccins ou de traitements efficaces, la prévention et le contrôle des infections, dont un élément essentiel est la limitation des contacts en personne, ont été

considérés comme l'une des interventions les plus efficaces pour prévenir et contenir la COVID-19.<sup>32</sup> Une riposte globale efficace comprend également d'autres mesures de santé publique telles que la surveillance, le recherche des contacts, les tests, la communication des risques et l'engagement communautaire. Tous ces éléments constituent des piliers clés de la riposte contre l'épidémie<sup>33</sup>, et pourtant, ils peuvent présenter des angles morts pour d'autres domaines de la santé dans le cas où des approches verticales ne sont pas adoptées. Toutefois, les premières mesures prises par les gouvernements des PRFI se sont concentrées sur des mesures d'urgence visant à limiter les contacts en personne semblables à celles adoptées initialement au sein des PRE. Ces mesures, en particulier dans les environnements des PRFI, présentent des justifications plus contestables en matière de santé publique et comportent un risque accru de dommages collatéraux à la santé. Les stratégies au sein de tous les environnements allaient de « confinement » quasi total à des interventions plus partielles dans la vie quotidienne. La combinaison spécifique de ces « interventions non pharmaceutiques » (INP), leur « rigueur » et leur durée ont varié considérablement, dans la mesure où les gouvernements ont réagi à la dynamique de transmission de la COVID-19 dans des contextes politiques, sociaux et économiques spécifiques et ont développé et renforcé la capacité dans le cadre d'autres piliers de la riposte. Les INP particulièrement perturbatrices comprennent :

- l'arrêt des activités de travail « non essentielles »
- des restrictions de déplacement et des contrôles stricts aux frontières ou des fermetures des frontières
- la suspension des rassemblements publics
- l'interruption ou la réduction des réseaux de transport publics et privés
- des couvre-feux et des mesures de confinement à domicile
- la fermeture d'écoles et d'autres institutions publiques
- la suspension des services de santé « non essentiels »
- des modifications à la fourniture de services de santé, y compris la fermeture des établissements physiques

Quelle que soit la combinaison et l'intensité, ces mesures, parallèlement aux détournements de ressources et à d'autres mesures et impacts, ont perturbé la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de santé, en particulier dans les PRFI. Même lorsqu'elles ne sont plus en œuvre, en réalité, beaucoup ont été levées et assouplies dans de nombreux contextes, leurs effets continuent de se répercuter dans le temps et dans l'espace, ce qui entraîne des répercussions variées à mesure qu'ils interagissent avec des contextes différents et des vulnérabilités de base.<sup>6</sup>

# QU'EST-CE QUI MOTIVE LES RÉPERCUSSIONS PLUS LARGE SUR LA SANTÉ ?

Les moteurs des répercussions plus larges de la COVID-19 sur la santé dans l'ensemble sont extrêmement complexes et impliquent des interactions entre de multiples facteurs au sein des systèmes sociaux, économiques, politiques et de santé à différents niveaux. Cette section décrit une partie de cette complexité, y compris les vulnérabilités de base, ainsi que les facteurs inhérents à « l'offre » et « la demande ».

## FACTEURS CONTEXTUELS ET VULNÉRABILITÉS DE BASE

Les profils démographiques et de la charge de morbidité, les réalités du système de santé et de l'infrastructure ainsi que d'autres facteurs sociaux, économiques et politiques varient selon et parmi les pays et les communautés. Les interactions entre ces facteurs et les ripostes contre la COVID-19 génèrent divers résultats en matière de santé.

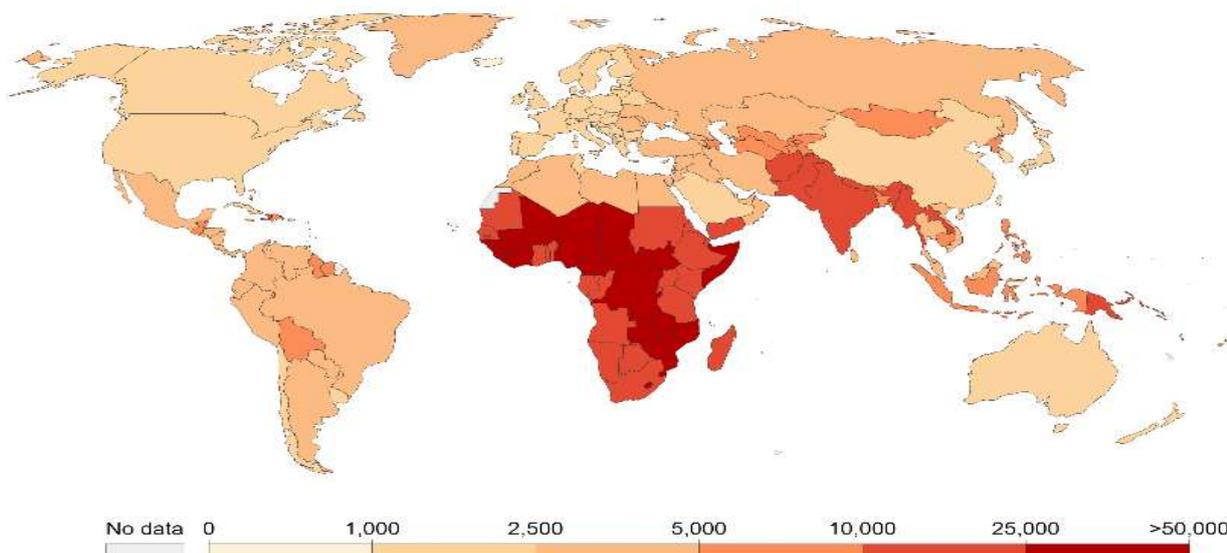
- **Santé et démographie de la population** - Bien que les populations plus jeunes des PRFI ne soient peut-être pas autant à risque de contracter une maladie grave ou de décéder de la COVID-19 que les populations des pays riches, elles sont confrontées à des risques considérablement plus élevés de maladies transmissibles, néonatales, maternelles et nutritionnelles qui entraînent un décès précoce (voir figure 1) (ainsi qu'une augmentation des taux de MNT). Les répercussions plus généralisées sur la santé des

Taux DALY attribuables à des maladies transmissibles, néonatales, maternelles et nutritionnelles, 2017

### DALY rates from communicable, neonatal, maternal & nutritional diseases, 2017



Age-standardized DALY (Disability-Adjusted Life Year) rates per 100,000 individuals from non-communicable diseases (NCDs). DALYs are used to measure total burden of disease - both from years of life lost and years lived with a disability. One DALY equals one lost year of healthy life.



Source : IHME, Charge mondiale de morbidité

CC BY

ripostes contre la COVID-19 refléteront et exacerberont les charges de morbidité spécifiques que doivent assumer les pays et les communautés.

- **Capacité et organisation du système de santé** - Les PRFI disposent de systèmes de santé plus fragiles et plus fragmentés et d'un manque de ressources et de personnel comparativement aux PRE.<sup>7</sup> L'accès aux soins est limité, en particulier pour les groupes urbains et ruraux pauvres, même à une époque non pandémique. Le pays à faible revenu moyen dispose seulement d'un médecin qualifié pour cinq mille personnes,<sup>35</sup> et de nombreuses personnes dépendent de prestataires de services privés et informels susceptibles d'être ignorés voire même décriés par l'État lors d'une riposte contre une flambée épidémique.<sup>36,37</sup>
- **Facteurs sociaux et économiques** - Les risques pour la santé sont aggravés par la pauvreté et la précarité économique. Deux milliards de personnes, la plupart dans les PRFI, dépendent du secteur informel et ne bénéficient pas d'indemnités de maladie et d'assurance-chômage.<sup>38</sup> Plusieurs millions de personnes vivent également dans des établissements informels densément peuplés au sein desquels l'eau potable et l'assainissement sont limités.<sup>39</sup> Le chômage et les restrictions de déplacements peuvent accroître les risques d'infection au sein de ces environnements (par exemple, le choléra et la tuberculose). La pandémie pourrait pousser 71 millions de personnes supplémentaires dans l'extrême pauvreté.<sup>40</sup> Les gouvernements des PRFI n'ont pas la capacité de fournir une aide économique à grande échelle afin d'atténuer ces répercussions.
- **Autres groupes sociaux vulnérables** - À l'instar des pays qui ne sont pas autant vulnérables aux répercussions plus larges sur la santé, les populations au sein des pays, des communautés, voire même les foyers sont confrontés à différents niveaux de risque. Le tableau 1 met en évidence certains groupes particulièrement vulnérables et la manière dont ils sont susceptibles d'être affectés. Il est essentiel de garder à l'esprit le fait que les catégories se chevauchent souvent, ce qui contribue à augmenter la vulnérabilité des personnes qui vivent à leurs intersections.

**Tableau 1.** Groupes sociaux confrontés à des vulnérabilités de base accrues.

Groupe social	Explication
Personnes vivant avec handicap (PVH)	Les mesures restrictives aggraveront les difficultés d'accès des PVH aux services de santé, <sup>41</sup> en particulier dans les PRFI où résident 80% de PVH. <sup>42</sup> Les personnes qui dépendent des services de soins et d'assistance à domicile, par exemple, sont susceptibles de perdre cette aide, <sup>43</sup> tandis que les personnes présentant des déficiences sensorielles ou cognitives peuvent être exclues des informations importantes. <sup>d</sup>

Personnes âgées	Comme pour les services aux PVH, les services gériatriques constituent un secteur de la santé négligé. <sup>44</sup> Les personnes âgées sont davantage susceptibles d'avoir des problèmes de santé préexistants et ont besoin de soutien. Beaucoup d'entre elles, en particulier les femmes, peuvent également être elles-mêmes des aidants. Les interruptions des soins ou la capacité de les prodiguer, ainsi que l'isolement accru, sont susceptibles de rendre les aînés particulièrement vulnérables. <sup>45</sup>
Femmes et jeunes filles	La discrimination basée sur le genre bien ancrée expose les femmes et les jeunes filles à des risques plus élevés de souffrir de problèmes de santé, notamment la malnutrition, de mauvais résultats en matière de santé sexuelle et reproductive et, de manière générale, le fait de ne pas recevoir les soins de santé nécessaires. Elles ont aussi souvent des responsabilités familiales à la maison ou au sein d'autres lieux de travail qui augmentent leurs risques d'infection. Les pertes de revenus et l'insécurité alimentaire accrue sont susceptibles d'exacerber ces risques si les ressources limitées sont destinées en priorité aux hommes et aux garçons.
Réfugiés, personnes déplacées et travailleurs migrants	Les réfugiés et les personnes déplacées dans les camps surpeuplés sont déjà confrontés à des risques sanitaires accrus (y compris la COVID-19). Les restrictions imposées sur l'accès des agents humanitaires aux camps sont susceptibles de réduire la disponibilité de ressources sanitaires essentielles (eau, nourriture, médicaments et soins), <sup>46</sup> et d'entraver l'accès à la protection et aux services juridiques, ce qui peut accroître les risques de trafic d'êtres humains. <sup>47,48</sup>
Personnes vivant au sein d'environnements touchés par le conflit	La guerre ou les troubles prolongés ont rendu certains systèmes de santé encore moins capables de mettre en œuvre de façon appropriée et sécuritaire les INP recommandées. Les conflits ont déjà un impact sur les mouvements, le bien-être socio-économique et psychosocial et contribuent à augmenter la violence sexuelle et basée sur le genre et le recrutement (y compris d'enfants) parmi des groupes armés. Des INP strictes sont susceptibles d'aggraver ces conditions et ces risques, en particulier pour les femmes et les enfants.
Minorités raciales, ethniques et religieuses	Les groupes minoritaires qui sont déjà victimes de discrimination et de violence au sein de leurs communautés sont susceptibles d'être confrontés à des obstacles supplémentaires lorsqu'ils ont recours à des soins de santé de base, y compris le fait d'être purement et simplement privés de traitements. <sup>49</sup> Les minorités peuvent également être blâmées pour la COVID-19 et, par conséquent, faire l'objet de discrimination. <sup>50</sup>

## LES RIPOSTES CONTRE LA COVID-19 EN TANT QUE FACTEURS DE RÉPERCUSSIONS PLUS GRAND SUR LA SANTÉ

### Offre : Disponibilité et accessibilité des services de santé

- **Perturbations des chaînes d'approvisionnement et de la logistique médicales** - Une série d'intervenants au sein des chaînes mondiales d'approvisionnement médical ont cessé ou ralenti leur activité dans la mesure où la production, le transport et les contrôles aux frontières étaient perturbés, ce qui a entraîné des pénuries et des retards dans

l'approvisionnement de ressources sanitaires essentielles, telles que les contraceptifs,<sup>51</sup> l'insuline,<sup>52</sup> les antibiotiques, les antipaludéens,<sup>53</sup> les antirétroviraux, les vaccins,<sup>54</sup> le matériel frigorifique, les tests de diagnostic et les équipements de protection individuelle (EPI), les pays importateurs étant particulièrement vulnérables.<sup>55,56</sup>

- **Augmentation des coûts des produits de première nécessité et perte de revenus** - Outre les pertes de revenus (y compris les envois de fonds<sup>57</sup>), l'augmentation des coûts des ressources médicales engendrée par les retards et des pénuries a rendu plus difficile pour les populations de se déplacer pour accéder aux services et acheter, et encore moins de faire des réserves de ces ressources, y compris les traitements essentiels.<sup>58</sup> Cela peut inciter certaines personnes à renoncer aux médicaments ou à les rationner, ce qui présente des répercussions sur la santé et la résistance aux médicaments.<sup>e</sup> Les données qualitatives en provenance de la RDC indiquent que les récentes baisses de l'utilisation des services de santé non essentiels sont davantage attribuables au manque d'argent qu'à la crainte de contracter la COVID-19.<sup>59</sup>
- **Transports et soins** - Les agents sanitaires (AS), les aidants informels (tels que les proches) et les personnes nécessitant des soins peuvent se retrouver dans l'incapacité de se déplacer pour prodiguer ou recevoir des soins si les systèmes de transports sont perturbés.<sup>f</sup> En Ouganda, l'interdiction des motos-taxis, surtout pour les populations démunies et rurales, a rendu difficile l'accès des AS et des patients aux établissements de santé.<sup>60</sup> Plusieurs femmes enceintes sont décédées dans le pays après avoir tenté de marcher pour obtenir des soins.<sup>61</sup> Les personnes nécessitant un test de dépistage du VIH ont déclaré ne pas être en mesure de se rendre dans les hôpitaux gratuits à pied et ne pas avoir les moyens d'avoir recours à des services payants dans des établissements plus près.<sup>62</sup> Les perturbations des transports ont également un impact sur les activités sanitaires mobiles destinées aux populations pauvres et rurales.<sup>63</sup>
- **Fermetures d'établissements** - Les établissements physiques des secteurs public et privé ont été intentionnellement fermés ou contraints de fermer, souvent en raison d'un manque de ressources pour continuer à opérer en toute sécurité (eau potable, désinfectant, EPI, etc.). Par exemple, à Karachi, 18 % des établissements offrant des services de vaccination infantile ont fermé leurs portes pendant le confinement.<sup>64</sup> Les fermetures sont également attribuables aux flambées épidémiques de COVID-19 parmi les membres du personnel. Bien qu'il soit conseillé aux patients d'avoir recours à des services de santé auprès d'autres établissements, d'autres obstacles, comme la nécessité de payer pour des soins privés plus coûteux, sont susceptibles de les empêcher de le faire.<sup>65</sup>
- **Détournement des ressources** - Des fermetures ou des réductions de service peuvent également survenir en raison du détournement des ressources vers la riposte contre la COVID-19. Une enquête menée dans 106 pays a révélé que 20 % des laboratoires qui

facilitent habituellement le diagnostic de la tuberculose et du VIH ont connu de graves perturbations tandis qu'ils ont été contraints de se concentrer sur la COVID-19.<sup>66</sup> Le redéploiement des AS pour soutenir la riposte contre la COVID-19 et la réaffectation des établissements de santé ont également eu une incidence sur les services de première nécessité. Au Kenya, en Irak et au Honduras, les centres médicaux et les hôpitaux où les femmes enceintes allaient traditionnellement accoucher avaient été fermés ou convertis, obligeant les femmes à avoir recours à des services ailleurs.<sup>67</sup>

■ **Manques de financement** - Les gouvernements et les organisations dépendant de l'aide pour l'opération des services de santé ont éprouvé des difficultés, car les donateurs omettent de fournir des fonds, notamment au niveau local.<sup>68</sup> Au Yémen, par exemple, les détournements de ressources et les réductions imposées aux services de malnutrition aiguë ont engendré le fait que 30 000 enfants de moins par mois reçoivent des soins vitaux ; les organisations humanitaires signalent avoir reçu seulement 18 % du financement nécessaire dans le pays.<sup>69</sup> De nombreux pays ont également omis de budgétiser pour des programmes de première nécessité dans les plans de riposte nationaux contre la COVID-19. Par exemple, seulement 17 % des 160 pays (et seulement 12 % des pays à faible revenu) ont alloué des fonds supplémentaires pour soutenir les services de MNT.<sup>70</sup>

■ **Adaptations de la prestation de services de santé** - Les acteurs de la santé modifient la prestation des services afin de réduire au minimum les risques d'infection à la COVID-19 en minimisant les rendez-vous aux établissements de santé et en personne, y compris par l'adoption ou le développement de plateformes téléphoniques ou numériques.<sup>71</sup> Dans les PRFI, l'accès aux téléphones mobiles ou à d'autres technologies de communication, au crédit réseau, à une couverture fiable, aux données, à Internet ou aux compétences connexes ne sont pas universels parmi les patients ou les AS. En Afrique subsaharienne, 1 Go de données coûte environ 40 % d'un salaire mensuel moyen.<sup>72</sup> Les femmes,<sup>73</sup> les personnes âgées<sup>45</sup> et les PVH sont susceptibles d'être particulièrement touchées. En Inde, par exemple, seulement 43 % des femmes étaient en mesure d'accéder à un téléphone mobile en 2018.<sup>74</sup> Pour les personnes qui y avaient accès, partager un téléphone ou manquer d'espace privé pour l'utiliser, peut également s'avérer un problème. Pour les services qui requièrent un contact en personne (par exemple, vaccinations, examens médicaux, chirurgie), la nécessité d'un contrôle rigoureux de prévention des infections, d'EPI, d'équipement et de formation pour opérer en toute sécurité contribue à augmenter considérablement les coûts inhérents à la prestation des services. Des temps d'attente plus longs peuvent décourager le recours aux soins. Les services sont généralement fournis en grand nombre, et il peut s'avérer nécessaire de faire du porte-à-porte, ce qui engendre des dépenses logistiques supplémentaires.

- **Échecs de la communication en matière de santé** - Si les populations ne savent pas si et comment les services ont changé, ils peuvent être incapables d'accéder aux soins nécessaires. L'expérience de l'Afrique du Sud révèle que les femmes ne savaient pas si elles devaient se rendre dans des cliniques pour recevoir un traitement non lié à la COVID-19,<sup>75</sup> tandis qu'en Inde, la confusion quant à savoir si les centres antituberculeux étaient ouverts (parallèlement aux restrictions de transport) a contribué à laisser les patients atteints de tuberculose dangereusement à court de médicaments. Il a fallu un mois au gouvernement pour préciser que les services antituberculeux devaient se poursuivre sans interruption.<sup>65</sup> En Chine, il a été signalé que des personnes avaient été refoulées des établissements de santé, ce qui indique qu'elles n'avaient pas été informées des fermetures, ni des autres options.<sup>76</sup>
- **Interruption ou suspension de certains services de santé** - Les gouvernements ont été encouragés à déterminer et à prioriser la prestation continue de services de santé « essentiels » et à suspendre les services « non essentiels », en particulier durant les phases les plus intenses d'une flambée épidémique de COVID-19.<sup>20</sup> Outre les suspensions intentionnelles des services, de nombreux services essentiels ont également été perturbés. De plus, même si les services sont déclarés « essentiels » au niveau national, tous les individus disposant du pouvoir sont susceptibles de ne pas être d'accord. Par exemple, des femmes ayant recours à des services sexuels et reproductifs au Zimbabwe et au Ghana ont signalé avoir été arrêtées par des agents de la sécurité qui estimaient qu'il ne s'agissait d'une raison suffisante pour qu'elles soient dehors.<sup>77</sup> Même si elles sont de courte durée, les interruptions sont susceptibles d'avoir des répercussions négatives importantes et à long terme sur la santé, y compris une régression des avantages durement acquis. Le **tableau 2** présente des exemples de ce phénomène dans certains domaines de la santé.

**Tableau 2.** Moteurs de répercussions plus larges sur la santé dans certains domaines de la santé.

Domaines de service	Explication
Vaccinations	Plusieurs dizaines de campagnes de vaccination systématique et de masse ont été annulées, reportées ou interrompues, notamment en raison du manque de vaccins et d'autres ressources. <sup>78,79</sup> L'arrêt des campagnes de vaccination contre la poliomyélite menace les initiatives d'éradication dans des pays tels que le Pakistan et l'Afghanistan. <sup>64,80</sup> La résurgence de la rougeole dans plusieurs pays, dont la RDC, la Syrie et l'Ukraine, au cours des dernières années est extrêmement alarmante. <sup>81</sup>
Campagnes antipaludiques	Des hausses de prix, des pénuries et des défis logistiques dans la distribution de médicaments préventifs et thérapeutiques contre le paludisme, de masques N95 (pour protéger les travailleurs menant des activités de pulvérisation de lutte antivectorielle) et de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été signalés, <sup>36</sup> y compris en Inde <sup>82</sup> et au

	Kenya. <sup>83</sup> Au mois de juin, 73 % des 106 pays sondés ont signalé des interruptions de service. <sup>66</sup>
Dépistage et traitement du VIH et de la tuberculose	Le traitement des diagnostics de tuberculose et de VIH a été affecté par les ressources détournées vers la riposte contre la COVID-19, et des ruptures des stocks de médicaments antirétroviraux ont été signalés dans 73 pays. <sup>84</sup> En Inde, les notifications de nouveaux diagnostics de tuberculose ont baissé de 80 % au mois de mai. <sup>85</sup> En Inde, le dépistage précoce et le traitement sont particulièrement importants pour empêcher les décès dus à la tuberculose parmi les enfants. <sup>86</sup>
Dépistage et traitement des MNT	Une évaluation réalisée par l'OMS a révélé que 77 % des 160 pays avaient signalé des perturbations dans les services liés aux MNT, y compris les services de réadaptation (à savoir, récupération postopératoire, physiothérapie), la gestion de l'hypertension, du diabète et de l'asthme, les soins palliatifs, les soins dentaires, le traitement du cancer et les urgences cardiovasculaires. <sup>70</sup> Les dépistages systématiques inhérents à certaines formes de cancer et les interventions chirurgicales « non urgentes » (y compris pour le cancer au stade précoce) ont été annulés ou reportés. <sup>87</sup> À mesure que les activités reprendront, les retards entraîneront d'autres retards, et rendront urgents les besoins non urgents.
Santé sexuelle et reproductive	Les services d'avortement et de planification familiale ont été suspendus dans certains contextes, voire fortement perturbés. <sup>67,77,88</sup> L'IPPF a signalé la fermeture de plusieurs milliers de points de service dans 64 pays. Plusieurs, dont le Pakistan, le Salvador et la Zambie, ont connu plus de 100 fermetures chacun. <sup>89</sup> En parallèle, les fermetures d'écoles exposent les jeunes filles à un risque de mariage et de grossesse précoces. <sup>90,91</sup> Le soutien aux victimes de violence sexuelle et basée sur le genre a diminué. Les acteurs de la lutte contre l'avortement et de la planification familiale ont également profité de la pandémie, en tentant de limiter l'accès à ces services pour plusieurs millions de femmes. <sup>92</sup>
Maladies tropicales négligées (MTN)	Les programmes nationaux visant à éradiquer les MTN (par exemple, la maladie du sommeil, les vers intestinaux) qui affectent les individus les plus marginalisés du monde ont été interrompus ou suspendus <sup>93</sup> dans la mesure où la recherche de cas et le traitement ont cessé, les ressources ont été détournées et le personnel est tombé malade. <sup>94</sup> De nombreux programmes NTD s'appuient sur des événements d'administration massive de médicaments, <sup>95</sup> désormais suspendus en raison des risques d'infection.

## **Demande : Facteurs sociaux et psychosociaux inhérents à l'utilisation des services de santé**

Bien qu'il soit difficile d'appréhender exactement ce qui empêche les gens d'accéder aux services de santé dans un contexte donné sans une recherche détaillée, il est clair que l'utilisation diminue considérablement dans certains contextes. En Sierra Leone, bien que plusieurs hôpitaux aient fermé, le taux d'occupation des lits dans les établissements ouverts a chuté à 20 % (contre 80 % en janvier),<sup>96</sup> tandis qu'à Kinshasa, les chercheurs ont observé une baisse de 10 % de l'utilisation générale des services de santé de mars à juin.<sup>97</sup> Bien que les facteurs défavorables à l'offre décrits ci-dessus soient susceptibles de

contribuer à une faible utilisation, la dynamique de la demande, y compris la peur, et les circonstances sociales sont également en cause.

- **Craintes liées à l'infection et conséquences des mesures de contrôle** - Les personnes qui nécessitent des soins, ou leurs aidants, peuvent raisonnablement craindre, ainsi que leur proches, de contracter la COVID-19 au sein des ou en se rendant dans les établissements de santé. Cela a constitué un facteur majeur de la sous-utilisation des services de santé lors de flambées épidémiques antérieures, notamment durant l'épidémie de virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest. Les entretiens de recherche menés dans le sud-ouest de l'Ouganda révèlent toutefois que ce n'est pas seulement la crainte de l'infection à la COVID-19 qui est susceptible d'engendrer l'évitement des soins :

---

*Certains individus n'ont pas recours aux soins médicaux à l'hôpital, car ils craignent d'être placés en quarantaine au cas où ils seraient atteints de la COVID-19. D'autres craignent d'être exposés et d'être infectés. Ainsi, les gens préfèrent rester chez eux même lorsqu'ils sont malades.<sup>62</sup>*

---

La citation laisse entendre que les conséquences liées à la découverte d'avoir contracté la COVID-19 pouvaient être perçues comme pires que la possibilité de ne pas recevoir de traitement contre cette pathologie ou d'autres. La quarantaine et l'isolement peuvent signifier la séparation de la sécurité, du revenu et de la famille, y compris d'autres personnes qui nécessitent des soins.

On estime à 90 000 le nombre d'AS ayant contracté la COVID-19.<sup>98</sup> La fermeture de cliniques de vaccination à Karachi serait due au moins en partie à la crainte des AS à cet égard.<sup>64</sup> En l'absence d'ÉPI et d'autres ressources adéquates, telles que l'eau potable<sup>99</sup> (et aucun moyen d'affirmer de façon définitive si les patients sont atteints de la COVID-19), les AS sont susceptibles de refuser de travailler, ou de refuser des patients. Étant donné que les symptômes de la COVID-19 sont similaires à ceux de la tuberculose, on a signalé des cas d'AS qui refusaient de traiter des échantillons de tuberculose pour des tests au Nigéria.<sup>100</sup>

- **Peur de la punition ou de la violence** - La crainte de harcèlement, de violence, d'amendes ou d'emprisonnement pour avoir désobéi aux INP peut avoir une incidence sur la recherche ou la prestation de services de santé. Après le passage à tabac brutal d'un chauffeur transportant une femme enceinte à l'hôpital après le couvre-feu au Kenya, il est devenu difficile pour les femmes de trouver des moyens de transport.<sup>67</sup> Des groupes armés en Colombie se seraient livrés à la répression violente d'individus qui ne respectaient pas les INP.<sup>101</sup> Les responsables de l'application de la loi peuvent également utiliser la pandémie comme texte préliminaire pour harceler des groupes déjà vulnérables, comme les personnes issues de la communauté LGBTQI ou les travailleuses du sexe, ce qui rend difficile ou dangereux pour elles le fait de se déplacer ou d'accéder aux services.<sup>102</sup> Jess, une personne non-binaire originaire de Colombie, a fait part de sa

crainte de sortir en vertu de restrictions de voyage basées sur le genre permettant aux femmes et aux hommes de sortir en alternant les jours :

---

*Je panique à l'idée de savoir qu'un groupe d'hommes est susceptible de m'identifier en tant que femme, ils pourraient vouloir me violer... ou me battre pour m'apprendre que je ne suis pas un homme.<sup>103</sup>*

---

- **Stigmatisation** - Les personnes atteintes de pathologies stigmatisantes telles que le VIH ou d'autres maladies sexuellement transmissibles peuvent hésiter à accéder aux soins par différents moyens de peur que leur statut ne soit révélé. La méfiance à l'égard de la protection de la vie privée sur les plateformes numériques ou la nécessité de communiquer avec des personnes autres que leur médecin habituel sont susceptibles de décourager le recours aux services de santé.<sup>104</sup> Les agents sanitaires sont également vulnérables à la stigmatisation s'ils sont perçus comme représentant une source d'infection. Des cas de violence verbale et physique, voire même d'expulsion, ont été signalés partout dans le monde.<sup>105,106</sup> Cela ajoute à l'immense stress psychologique, à la pression intense au travail et à la peur de l'infection, ce qui les incite potentiellement à faire la grève, à démissionner, ou pire.<sup>107-109</sup>
- **Responsabilités en matière de soins** - Les aidants, principalement les femmes, peuvent être forcés de quitter leur emploi (s'ils ne l'ont pas déjà perdu) pour s'occuper des enfants et des personnes âgées suite aux fermetures d'écoles, de crèches et de services d'assistance.<sup>110</sup> Les pertes de revenu qui en résultent sont susceptibles de compliquer l'accès aux services de santé. Ils peuvent également s'avérer réticents ou incapables de laisser les enfants ou les personnes âgées à la maison, ou de les amener de crainte de les exposer à la COVID-19 tout en tentant d'accéder à des services pour eux-mêmes. Ces pressions peuvent également affecter les professionnels de la santé, qui sont majoritairement constitués par des femmes.
- **Observance d'un traitement difficile** - Les effets secondaires désagréables (par exemple, nausées, vomissements et diarrhée) peuvent rendre difficile pour les patients de prendre des médicaments contre la tuberculose, le VIH et d'autres maladies sans assistance. Les patients tuberculeux, par exemple, prennent souvent des médicaments accompagnés d'un AS,<sup>111</sup> tandis que l'observance du traitement contre le VIH est fortement liée aux visites régulières des agents sanitaires.<sup>112</sup> Seuls, les patients peuvent avoir du mal à se conformer et risquent de développer une résistance aux médicaments.<sup>65</sup> Le manque de nourriture est également susceptible d'avoir une incidence sur l'observance. Cela peut contribuer à exacerber les effets secondaires tels que les vomissements, ce qui diminue l'efficacité des médicaments. L'augmentation des prix des aliments et la perte de revenus ont rendu difficile pour les personnes issues de la communauté LGBT+ vivant avec le VIH dans le sud-ouest de l'Ouganda d'acheter de

la nourriture – la fièvre, les maux de tête et la faiblesse que leur provoquent les médicaments sur un estomac vide rendent difficile le maintien du traitement.<sup>102</sup>

## QUELLES SONT LES PREUVES CONCERNANT LES RÉPERCUSSIONS PLUS LARGES SUR LA SANTÉ ?

### PREUVES LIMITÉES – PRIORISATION LIMITÉE

Les priorités de recherche et la collecte de données se sont concentrées sur la COVID-19, et une attention moindre a été accordée aux autres problèmes et impacts sur la santé. En effet, il est difficile de recueillir ou de surveiller des données en cas d'urgence en évolution rapide, en particulier dans les PRFI au sein desquels les mécanismes de collecte de données fiables sont faibles ou inexistantes. C'est l'une des raisons pour laquelle les données de qualité des impacts sanitaires non liés à la COVID-19 demeurent rares. Il s'agit plutôt d'estimations modélisées générales, fondées sur des hypothèses, des expériences passées et une compréhension émergente de la pandémie actuelle qui prédominent. Toutefois, le manque de visibilité, de compréhension et d'action concernant ces questions, tel qu'il a été suggéré précédemment, reflète également l'influence des discours et de pressions puissants pour prioriser la COVID-19 à tous les niveaux. Bien que l'attention accordée aux répercussions généralisées de la COVID-19 sur la santé (y compris les réponses verticales) ait augmenté, d'autant plus que les pays ont dépassé leurs pics épidémiologiques, des dommages importants ont déjà été causés et il demeure urgent d'élargir la recherche, la compréhension et l'intervention dans ces domaines. La présente section donne un aperçu de certaines des données probantes et des estimations qui existent dans ce domaine, et reflète aux lacunes.

### DÉCÈS EXCÉDENTAIRES

Un indicateur des répercussions généralisées sur la santé que les chercheurs ont examiné est le nombre de décès excédant la mortalité prévue qui n'est pas attribuable à la COVID-19. Les données de qualité de cette nature proviennent principalement des PRI.<sup>113</sup> Bien que leur fiabilité soit limitée, certains environnements des PRFI (parfois uniquement au niveau des villes) collectent également ces données (ou du moins des données susceptibles d'être utilisées en temps que données indirectes proxy) et l'OMS offre un outil pour aider les pays à y procéder.<sup>114</sup> À Jakarta, par exemple, les données relatives aux inhumations indiquent qu'il y a eu neuf fois plus de décès excédentaires attribuables à des causes non liées à la COVID-19 entre mars et mai que de décès associés à la COVID-19.<sup>2</sup> La figure 2<sup>2</sup> présente d'autres exemples de décès excédentaires au sein de certains environnements de PRFI.<sup>9</sup>

**Figure 2** Décès attribués à la COVID-19 par rapport à « d'autres décès excédentaires » dans cinq environnements de PRFI.\*

## Official COVID-19 deaths and 'other excess deaths' from a range of LMIC settings

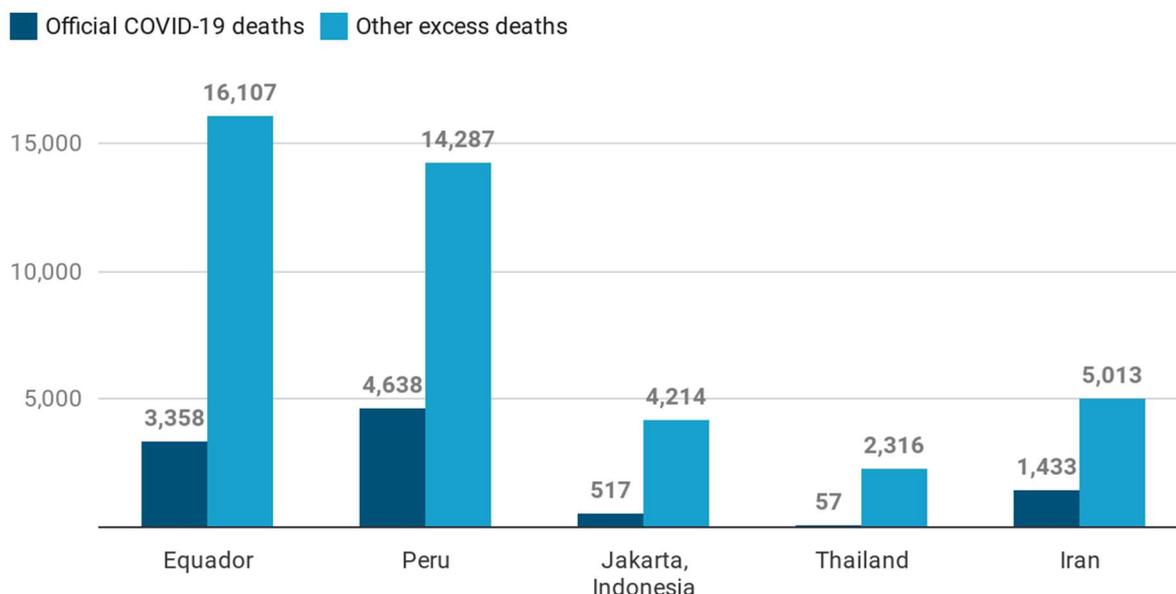


Chart: SSHAP • Source: BBC News • Created with Datawrapper

\* Les données inhérentes à l'Équateur, au Pérou, à Jakarta et à la Thaïlande correspondent à la période comprise entre mars et mai 2020 ; les données inhérentes à l'Iran correspondent à la période comprise entre décembre 2019 et mars 2020.

Il est probable que certains (voire même de nombreux) décès causés par la COVID-19 soient inclus dans ces chiffres correspondant aux décès excédentaires parce qu'ils ont été omis en tant que tels. De plus, de nombreux décès sont susceptibles de ne jamais être enregistrés, dans la mesure où ils peuvent survenir en dehors des hôpitaux, et les corps sont susceptibles de ne pas être transportés vers des morgues officielles ou des cimetières agréés. Néanmoins, une mortalité supplémentaire substantielle se produit clairement et reflète probablement le manque d'accès ou le défaut d'utilisation des soins de santé essentiels.<sup>4</sup>

## MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT)

Bien que le confinement et les restrictions concernant les transports présentent des impacts positifs sur les problèmes de santé non infectieux, comme par exemple la réduction des blessures et des décès dus à des accidents de la route<sup>15</sup> et la diminution des maladies respiratoires telles que l'asthme<sup>16</sup> (bien que les améliorations puissent être compensées par une exposition accrue à la pollution de l'air intérieur dans les PRFI,

comme par exemple les feux de cuisson<sup>1)</sup>, les personnes atteintes de MNT sont susceptibles de subir des impacts négatifs importants. Les données et les estimations provenant d'environnements à revenu élevé commencent à refléter les répercussions sur les patients atteints de cancer découlant des retards dans les dépistages, le diagnostic et le traitement. Au Royaume-Uni, par exemple, on a constaté une baisse de 60 % des références urgentes au mois d'avril,<sup>117</sup> et les estimations indiquent désormais une réduction des taux de survie réduits à cinq ans,<sup>118</sup> ainsi qu'une augmentation de 10 % des décès dus au cancer au cours des cinq prochaines années.<sup>119</sup> Une modélisation systématique similaire des impacts des MNT ne semble pas encore exister pour les PRFI, et cela demeure une lacune majeure. Cependant, des exemples individuels concernant les MNT ont été documentés. En Inde, par exemple, où 130 000 personnes nécessitent un traitement de dialyse régulier pour rester en vie, plusieurs cas de décès de patients ont été signalés en raison de l'interruption, de la fermeture ou de l'inaccessibilité de l'équipement et des centres de dialyse pour une multitude de raisons.<sup>11</sup>

## MALADIES INFECTIEUSES AIGÜES ET CHRONIQUES

---

Les INP, y compris les mesures d'hygiène, la distanciation physique et la fermeture d'écoles, ont eu des impacts positifs sur certaines maladies infectieuses. Par exemple, la saison grippale 2019-2020 dans l'hémisphère Nord a été écourtée de six semaines,<sup>120</sup> tandis que le début de l'hiver n'a pas déclenché la hausse prévue des cas de grippe dans l'hémisphère Sud.<sup>121</sup> Toutefois, de manière générale, des impacts négatifs significatifs sont attendus dans les PRFI, comme cela s'est produit dans le passé. Par exemple, les décès résultant des perturbations des services antipaludiques, de lutte contre le VIH/SIDA et antituberculeux durant l'épidémie de virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest ont presque égalé les 11 300 décès dus au virus Ébola.<sup>122</sup> Le manque de dépistage, de diagnostic et de traitement peut déclencher des flambées épidémiques non détectées, qui requièrent encore davantage de ressources pour « rattraper le retard » une fois identifiées. Dans le contexte de la COVID-19, les modèles tenant compte des interruptions de service et de l'accès réduit indiquent que l'Afrique subsaharienne, qui supporte 90 % de la charge mondiale de cas de paludisme, est susceptible de voir le nombre de cas de paludisme doubler, jusqu'à atteindre 700 000 décès supplémentaires liés au paludisme.<sup>10</sup> L'on a également estimé à 500 000 le nombre de décès liés au sida (y compris dus à la tuberculose).<sup>123</sup> À l'échelle mondiale, six millions de cas supplémentaires de tuberculose et 1,4 million de décès pourraient en résulter, réduisant ainsi les gains de cinq à huit ans.<sup>9</sup>

## SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE ET NÉONATALE

---

Durant la flambée épidémique de virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest, l'on estime qu'il y a eu presque autant de décès maternels et néonataux et de mortalité en Sierra

Leone que de décès dus au virus Ébola.<sup>124</sup> Les données recueillies dans l'ensemble de la région indiquent une baisse importante du recours aux services de planification familiale.<sup>125-127</sup> Des préoccupations similaires se posent dans le contexte de la COVID-19. Bien que peu de données contextuelles soient encore disponibles, ce qui existe est alarmant. Au Népal, par exemple, les naissances en établissement ont diminué de plus de la moitié pendant le confinement.<sup>128</sup> D'après une modélisation plus élargie, une réduction de 39,3 % à 51,9 % de la couverture des services de santé maternelle au cours des six prochains mois se traduirait par 56 700 décès maternels supplémentaires dans 118 PRFI, dont environ 60 % seraient attribuables à l'absence d'interventions d'accouchement sécurisées.<sup>8</sup> Une autre étude a estimé que 28 000 décès maternels et 168 000 décès de nouveau-nés supplémentaires pourraient résulter d'une baisse de seulement 10 % de la couverture des soins pertinents sur une année, tandis que 1,7 million de femmes et 2,6 millions de nouveau-nés seraient susceptibles de subir des complications majeures dans 132 PRFI.<sup>129</sup> Une baisse similaire de 10 % de l'utilisation de contraceptifs sur un an pourrait laisser près de 50 millions de femmes dans 132 PRFI avec des besoins non satisfaits en matière de contraception et engendrer 15 millions de grossesses non désirées supplémentaires.<sup>129</sup> Les interruptions des services d'avortement pourraient entraîner le recours à des procédures dangereuses pour 3,3 millions de femmes supplémentaires.<sup>129;h</sup> Les violences sexuelles et basées sur le genre ont également augmenté considérablement, les appels aux services d'assistance sont multipliés par trois au sein de certains environnements.<sup>67</sup>

## SANTÉ INFANTILE

---

Une étude récente révèle que 1,2 million d'enfants âgés de moins de cinq ans supplémentaires sont susceptibles de décéder au cours des six prochains mois dans 118 PRFI, soit une augmentation de 45 % de la mortalité infantile, si des perturbations similaires à celles survenues durant la flambée épidémique de virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest sont observées.<sup>8</sup> L'augmentation des taux d'émaciation due à la malnutrition (qui contribue considérablement aux décès des enfants de moins de cinq ans) est susceptible de constituer un facteur important de cette mortalité supplémentaire.<sup>130</sup> À l'échelle mondiale, cela pourrait engendrer la malnutrition aiguë de 10 millions d'enfants supplémentaires.<sup>131</sup> Les maladies évitables par la vaccination sont probablement une autre cause majeure de décès d'enfants. En avril, il était estimé que 13,5 millions d'enfants avaient déjà manqué les vaccinations contre la polio, la rougeole, le VPH, la fièvre jaune, le choléra et la méningite,<sup>79</sup> tandis qu'environ 117 millions d'entre eux pourraient finalement manquer les vaccinations contre la rougeole.<sup>132</sup> Des études granulaires supplémentaires en provenance de Karachi ont révélé une diminution de 63 à 90 % des visites de vaccination systématique pendant le confinement dans les bidonvilles et les banlieues pauvres de la ville pakistanaise.<sup>64</sup> Bien que les visites aient repris lentement

après le confinement, les enfants ayant manqué leurs vaccinations dans ces contextes, voire même dans d'autres environnements, pourraient finalement ne jamais les recevoir, ou les recevoir trop tard. Certains pays sont déjà ébranlés par les flambées épidémiques de maladies évitables par la vaccination. Des pays tels que la RDC, qui a enregistré au moins 348 000 cas de rougeole et 6 500 000 décès d'enfants attribuables à la rougeole au cours des dernières années, sont désormais confrontés à un risque accru, tandis que d'autres pays font face à de nouveaux risques de flambée épidémique engendrés par des perturbations associées à la COVID-19.<sup>133,134</sup>

## **AMÉLIORER LA RIPOSTE AFIN DE MINIMISER LES IMPACTS NÉGATIFS SUR D'AUTRES DOMAINES DE LA SANTÉ**

La capacité du système de santé, la charge de morbidité et les priorités en matière de santé de la population par rapport à la COVID-19 diffèrent d'un pays à l'autre. Dans le cas de l'épidémie de virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest, les décès liés au paludisme, au VIH/SIDA et à la tuberculose ont presque égalé les décès dus au virus Ébola<sup>122</sup> et deux fois plus d'enfants sont décédés de la rougeole que du virus Ébola.<sup>135</sup> Lors de la flambée épidémique de virus Ébola survenue dans la province du Nord-Kivu (2018-2020), 287 personnes sont décédées du virus Ébola, tandis que six mille enfants sont décédés de la rougeole dans le pays en 2019.<sup>136,137</sup>

La COVID-19 doit être mise en perspective par rapport aux autres charges de morbidité, y compris dans une perspective à moyen et à long terme, et les besoins locaux en matière de santé doivent être priorisés. La priorisation des ressources du système de santé doit être établie par une participation significative des communautés affectées, des utilisateurs du système de santé et des patients. Cela nécessite un financement et un soutien aux espaces et au personnel dédiés pour rassembler le public (y compris les membres de la communauté, les organisations de la société civile et les mouvements populaires) et les décideurs afin d'établir un dialogue inclusif.<sup>138</sup> Les expériences antérieures des épidémies de VIH et du virus Ébola survenues en Afrique de l'Ouest ont révélé à quel point la participation de la communauté était essentielle pour améliorer la riposte.<sup>138</sup>

La COVID-19 a mis en lumière la capacité du système de santé et l'importance de se préparer à et de lutter contre la comorbidité. Les préoccupations émergentes concernant d'autres maladies infectieuses (y compris le VIH) et les MNT liées à la COVID-19 génèrent des opportunités d'intégrer ces priorités dans une approche du système de santé plus horizontale. Une expérience positive tirée de la lutte contre le VIH/SIDA est l'importance de surveiller la maladie et son traitement et de tenir les gouvernements responsables de contenir la propagation et de garantir une couverture universelle du traitement.<sup>139</sup> Dans le

contexte de la COVID-19, les engagements à l'égard des MNT, des maladies contagieuses et des services de santé pertinents à l'échelle locale (par exemple, la nutrition et la santé maternelle et infantile) ainsi que leur intégration dans des soins de santé primaires universels et abordables doivent constituer une priorité.<sup>16,17</sup> Des engagements à l'échelle mondiale en matière de confinement et d'éradication de la COVID-19 doivent être pris dans le contexte du soutien mondial au renforcement du système de santé. Sans cela, la maladie est susceptible d'être éradiquée dans les pays les plus riches, mais de demeurer endémique dans les pays les plus pauvres, comme cela s'est produit dans le cas de maladies telles que le choléra.<sup>13</sup> Ci-dessous, nous examinons des stratégies visant à aborder les répercussions plus larges sur la santé dans le cadre des ripostes contre la COVID-19, ainsi que des exemples d'approches du système de santé issues d'épidémies antérieures susceptibles de s'avérer utiles.

## **PRENDRE DES DÉCISIONS ÉCLAIRÉES CONCERNANT LES COMPROMIS**

---

Les décideurs nationaux doivent peser les compromis liées à la diminution de la transmission de la COVID-19, à la gravité des symptômes et à la mortalité, ainsi qu'à l'émergence de répercussions plus larges sur la santé. Le Centre de recherches pour le développement international a conçu un calculateur qui permet aux pays de considérer ces compromis d'un point de vue quantitatif en termes de mortalité.<sup>140</sup> Parallèlement à des données plus détaillées et qualitatives relatives aux impacts sur la santé, ces outils peuvent fournir des informations pour une priorisation plus nuancée et contextualisée aux niveaux national et infranational. Toutefois, les compromis doivent également être pesés au niveau mondial. Les coûts nécessaires pour traiter la majorité des patients âgés atteints de la COVID-19 dans les PRI (en utilisant des ventilateurs mécaniques et des oxygénothérapies) doivent être pris en compte dans le contexte du coût inhérent au fait de sauver la vie de plusieurs centaines de milliers d'enfants souffrant du paludisme, de malnutrition et de la rougeole dans les PRFI. Autrement dit, toutes les personnes nécessitant une protection et des soins, indépendamment de leur âge et leur lieu de résidence, doivent en bénéficier, et un scénario idéal permettrait de réaliser des investissements nécessaires et urgents afin de combler les lacunes et les failles plutôt que de détourner des ressources. Néanmoins, les réalités actuelles inhérentes au manque de ressources et à la répartition inéquitable posent des dilemmes éthiques et incitent à réfléchir quant à la manière de maximiser la préservation de la vie et du bien-être compte tenu de la situation.

## IDENTIFICATION DES PERTURBATIONS (ET DE LEURS CAUSES) AU NIVEAU LOCAL

---

Tandis que les interruptions de service sont surveillées au niveau national (70 % des pays affirment continuer à surveiller cette situation<sup>141</sup> (voir par exemple le tableau de bord de surveillance du ministère de la Santé du Nigéria<sup>142</sup>)), il est nécessaire de réaliser des études plus détaillées en sciences sociales afin de déterminer exactement quels services sont perturbés et pourquoi, ainsi que les impacts directs et indirects localisés inhérents à ces activités, pour orienter l'action. Par exemple, la Cellule d'analyse en sciences sociales (CASS) en RDC soutient l'intervention mise en œuvre par le ministère de la Santé en réalisant une surveillance en temps réel des perceptions inhérentes à l'accès, à la disponibilité et à l'utilisation des services de santé. La CASS collabore avec d'autres chercheurs et des scientifiques spécialistes des données afin de rassembler les données des sciences sociales et comportementales recueillies auprès des communautés et des agents sanitaires avec les données existantes du système d'information sur la santé. Ces données sont davantage triangulées avec les données du marché, les événements d'INP et les tendances épidémiologiques dans les résultats plus généraux en matière de santé. L'approche IMOA (Analyse multidisciplinaire intégrée des flambées épidémiques) mise en œuvre par la CASS est essentielle pour comprendre les impacts des flambées épidémiques et des interventions en santé publique. L'IMOA a fourni des analyses influentes pour les mesures contextuelles visant à atténuer les répercussions sur la santé de la riposte contre la COVID-19 (voir **Encadré 1**).<sup>18,19</sup> Des approches participatives peuvent également être utilisées pour le suivi et l'évaluation des indicateurs de santé et des activités de riposte. Par exemple, les membres de la communauté ont joué un rôle clé dans la détermination des facteurs qui ont mené à l'endiguement du virus Ébola au Libéria durant l'épidémie survenue en Afrique de l'Ouest.<sup>143</sup>

## Encadré 1. Utilisation des données des sciences sociales : expérience de la CASS en RDC pour réduire les retards dans le recours au traitement contre le virus Ébola

Lors de la flambée épidémique de virus Ébola survenue en 2018-2020, l'approche adoptée par la CASS a donné lieu à 112 recommandations élaborées conjointement et mises en œuvre afin d'éclairer les stratégies et les activités de riposte en RDC. En collaboration avec les équipes épidémiologiques, la CASS y est parvenu en appliquant l'approche de l'IMOA et en présentant une analyse complète et intégrée au moyen de « commissions d'intervention », des mécanismes identifiés par les parties prenantes afin de faciliter l'utilisation des données probantes. Leur analyse a révélé que les retards inhérents au recours au traitement (5 à 12 jours après l'apparition des symptômes) semblaient être dus à une compréhension limitée des symptômes du virus Ébola, au manque d'engagement ou de présence des survivants et à la peur des centres de traitement d'Ébola (CTE). Les résultats de l'étude ont été utilisés pour mettre à jour les messages afin d'inclure les symptômes du virus Ébola les plus courants et les moins graves, ainsi que des informations plus détaillées (y compris par vidéo) concernant les soins prodigués dans les CTE, et faciliter un engagement et un dialogue accrus entre les survivants et les communautés quant au rôle du traitement précoce dans la survie. Ces changements ont contribué à réduire les retards inhérents au recours au traitement (à moins de trois jours en moyenne après l'apparition des symptômes) durant la flambée épidémique.

## IDENTIFICATION DES SERVICES « ESSENTIELS » À MAINTENIR ET À ADAPTER

L'OMS exhorte les pays à maintenir les services de santé tout en gérant le risque lié à la COVID-19, avec des orientations quant à la manière de procéder en fonction de l'état de la transmission locale de la COVID-19.<sup>20</sup> Les délais de traitement ne sont pas facultatifs pour les pathologies susceptibles d'engendrer des taux de morbidité et de mortalité élevés à moyen et à long terme, et l'adaptation est cruciale ; il peut s'avérer nécessaire que des décisions difficiles soient prises lors de l'allocation des ressources (par exemple, maladie infectieuse non liée à la COVID-19, cancer, grossesse avec diabète, etc.).<sup>140,144</sup>

- **Triage** – La priorisation des services en fonction de ce qui peut et ne peut pas attendre d'un point de vue médical et épidémiologique - a été signalé par 66 % des pays sondés (pour les services inhérents aux MNT).<sup>145</sup> Il conviendrait de prioriser les ressources limitées des PRFI afin de faire face au risque inhérent à la COVID-19 sans nuire à la résilience du système de santé. L'identification et la hiérarchisation des services critiques ou essentiels doivent être extrêmement contextualisées, en tenant compte des ressources disponibles, des charges de morbidité et des compromis inhérentes à la dé-priorisation : morbidité et mortalité excessives attendues à court terme et à long terme, interruptions de la surveillance et du diagnostic, et difficultés de retour au

niveau de référence (comme dans le cas des maladies infectieuses).<sup>140</sup> Au niveau individuel, les décisions relatives au traitement peuvent être prises en fonction de la maladie et en tenant compte des compromis entre le traitement précoce et le risque inhérent à la COVID-19, comme dans le cas du cancer.<sup>146</sup> Le triage permet également d'identifier si des interactions en personne ou une phlébotomie sont nécessaires. Les séjours à l'hôpital sont susceptibles d'être minimisés, en particulier pour les personnes à risque élevé de contracter la COVID-19 (par exemple, les personnes diabétiques).<sup>144</sup> Afin de limiter davantage les risques d'infection nosocomiale, il est possible de décentraliser les diagnostics (par exemple, kits de dépistage à domicile de la COVID-19 à domicile et d'autres pathologies).<sup>123</sup> D'autres stratégies alternatives d'engagement des patients sont en cours d'adoption. Par exemple, des traitements de plusieurs mois contre la tuberculose, le VIH et le paludisme ont été mis à disposition ou déposés au domicile des patients et, le cas échéant, des changements ont été apportés aux administrations par voie orale.<sup>86,147</sup> Des ordonnances et des livraisons à long terme similaires ont également été utilisées pour les contraceptifs et les traitements contre les MNT tels que le diabète, ainsi que des moustiquaires pour la prévention du paludisme.<sup>148</sup> Des plans nutritionnels ciblés et des aliments thérapeutiques destinés aux femmes enceintes et allaitantes et aux enfants, ainsi que des contraceptifs, peuvent également être inclus dans les livraisons de colis alimentaires et associés à une allocation de revenu pour les populations vulnérables.<sup>149</sup>

- **Télémédecine** - La télémédecine est utilisée par 58 % des pays (bien que seulement 42 % des PRF) pour gérer les MNT.<sup>145</sup> Des appels téléphoniques ou des systèmes en ligne sont utilisés pour diagnostiquer les patients, recommander un traitement et assurer un suivi auprès des patients, y compris pour leur rappeler les protocoles de traitement.<sup>150</sup> Des activités d'engagement communautaire et de communication des risques en ligne ou par le biais des téléphones portables peuvent être utilisées afin de tenir les citoyens informés des risques, de ce qu'ils peuvent faire pour les atténuer, des services qui sont offerts et de leur localisation, ainsi que pour répondre aux demandes de renseignements et recueillir des suggestions.<sup>17</sup> Toutefois, l'accès à la télémédecine est très inégal, les téléphones et Internet étant davantage répandus dans les zones urbaines et les contextes plus riches, et moins accessibles à certains groupes sociaux tels que les femmes. Des initiatives doivent être mises en œuvre afin d'identifier, de communiquer et de fournir des services sécurisés aux personnes exclues des parcours de soins numériques.

## APPROCHES INHÉRENTES AU SYSTÈME DE SANTÉ

---

Les approches intersectorielles (y compris les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux) doivent intégrer la gestion de la COVID-19 au sein des programmes et

des structures sanitaires existantes qui traitent des maladies transmissibles, des MNT et d'autres questions, comme par exemple la santé et la nutrition maternelle et infantile.<sup>14,151</sup> Les systèmes d'information, les infrastructures, les laboratoires de diagnostic, la sensibilisation et d'autres activités doivent être partagés parmi les programmes sanitaires afin d'éliminer les cloisonnements.<sup>15</sup> Les établissements de santé doivent également être reliés à d'autres secteurs, y compris la protection sociale et l'éducation, afin d'intégrer les déterminants sociaux de la santé.<sup>16</sup> Il existe des exemples positifs de passage d'approches verticales à des approches du système de santé. GAVI, une alliance internationale pour la vaccination qui comprend les Nations Unies, des donateurs et des membres de la société civile, a fait évoluer son approche à partir de systèmes descendants et parallèles d'administration des vaccins pour mettre l'accent sur les synergies et le renforcement des systèmes de soins de santé primaires afin d'améliorer l'accès.<sup>152</sup> Les pays doivent être tenus responsables des engagements en matière de santé primaire et de soins de santé universelle.<sup>16</sup>

Les approches inter-maladies se sont avérées efficaces dans le cadre d'autres épidémies, en tenant compte des priorités des citoyens en matière de santé et en augmentant l'adoption tout en diminuant la stigmatisation. Dans les années 1990, l'épidémie de choléra survenue au Brésil ainsi que les activités de riposte spécifiques au choléra ont contribué à générer la stigmatisation et à entraver le recours au traitement, tandis que des services plus étendus couvrant les maladies diarrhéiques générales et la santé infantile se sont révélés plus acceptables.<sup>153</sup> De manière similaire, le projet SEARCH sur le VIH/SIDA a intégré le diagnostic et le traitement de plusieurs maladies aiguës et chroniques au VIH/sida, y compris le diabète, l'hypertension et les problèmes de prostate et de vue, au sein des services de santé communautaires. Cela s'est traduit par un dépistage et un traitement presque universels du VIH/SIDA, et par une diminution de la stigmatisation associée.<sup>17,154</sup> Lors de la flambée épidémique de virus Ébola survenue en 2014-2016, les « centres de soins communautaires » en Sierra Leone ont été jugés acceptables dans la mesure où ils répondaient à d'autres besoins en matière de santé perçus comme étant tout aussi importants (par exemple, traitement du paludisme, réhydratation orale, alimentation, gestion de la fièvre et aide psychosociale), et ont été gérés par les communautés elles-mêmes.<sup>155,156</sup>

## APPROCHES COMMUNAUTAIRES DE LA SANTÉ

---

Les approches décentralisées, communautaires et dirigées par la population sont davantage susceptibles d'atteindre les personnes qui subissent des répercussions plus larges sur la santé et d'être acceptées par les communautés.<sup>17</sup> Des approches communautaires sont déjà mises en œuvre pour contrer les interruptions de service associées à la COVID-19. En Inde, des agents sanitaires bénévoles partagent des tablettes

et des téléphones et font du porte-à-porte (tout en maintenant une distance physique) pour trouver des cas, administrer des traitements antirétroviraux, assurer l'administration des traitements, livrer de la nourriture et donner des conseils inhérents à la transmission du VIH et de la COVID-19.<sup>157</sup> En Afrique subsaharienne, des agents sanitaires communautaires distribuent également des moustiquaires, des médicaments et aident les populations à suivre les traitements nécessaires.<sup>158</sup> L'absence d'EPI a toutefois constitué un défi important. Il est essentiel d'investir dans les ressources financières et le renforcement des capacités des agents communautaires afin de prévenir de futures flambées épidémiques.<sup>16</sup> Soutenir le développement de formes alternatives et sécurisées d'EPI à partir de matériaux disponibles au niveau local peut également contribuer à aider les agents sanitaires et les bénévoles à fournir des services dans l'immédiat.

Les approches communautaires sont également susceptibles, le cas échéant, d'inclure les soins à domicile. L'assistance à domicile fournie par les agents sanitaires et les bénévoles communautaires pour de nombreux problèmes de santé, y compris la COVID-19, peut contribuer à réduire la nécessité de se rendre dans des établissements de santé.<sup>159</sup>

Les services communautaires sont davantage susceptibles d'être efficaces si les stratégies de prestation sont dirigées par des patients, comme par exemple des personnes vivant avec le VIH/SIDA ou atteintes de MNT, ou des personnes vivant dans des zones touchées par le paludisme ou la malnutrition. Il est nécessaire de décentraliser les soins prodigués à ces groupes, notamment en veillant à ce qu'ils participent à la prise de décisions et à la conception de stratégies, mais surtout, d'une manière qui ne se limite pas à leur transférer des responsabilités et à alourdir leurs défis économiques et sanitaires. Une participation significative à la politique sanitaire, y compris, mais sans s'y limiter, à la riposte contre les épidémies, constitue une condition préalable à l'appropriation et à l'acceptation, et doit être soutenue par des ressources financières et techniques adéquates, et par les acteurs étatiques et humanitaires.

## **ASSOCIER LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES ET ALTERNATIFS ET LES MOUVEMENTS SOCIAUX POUR DES APPROCHES À L'ÉCHELLE DU SYSTÈME DE SANTÉ**

Le fait d'associer les réseaux à travers des interventions de développement à plus grande échelle et au sein des systèmes de santé a généré des résultats positifs dans le contexte d'autres épidémies. Par exemple, des réseaux de bénévoles en cas de risque de catastrophe ont été déployés afin de soutenir les activités sanitaires.<sup>160</sup> De même, des bénévoles en matière de VIH/sida ont soutenu les ripostes contre le virus Ébola, en s'appuyant sur leur expérience antérieure.<sup>161,162</sup> À Eswatini (Swaziland), les activistes du VIH/sida se sont mobilisés avec le mouvement du cancer du col de l'utérus et ont soutenu

ensemble une plateforme plus étendue qui a contribué à réduire la prévalence et la stigmatisation.<sup>15</sup>

La collaboration avec des groupes communautaires formels et informels s'est également révélée fructueuse lors d'épidémies antérieures, notamment pour fournir des soins et soutenir d'autres activités communautaires. Le fait de s'appuyer sur les réseaux d'organisations de la société civile existantes (syndicats, associations professionnelles, groupes religieux et associations féminines, etc.) et de les habiliter à diriger des éléments de réponse s'est révélé essentiel lors des épidémies de virus Ébola, de grippe et de choléra.<sup>162-164</sup>

Il est également important d'établir des liens avec d'autres prestataires de soins de santé, notamment dans les systèmes de santé pluralistes au sein desquels les cliniques privées, les pharmaciens, les vendeurs informels de médicaments, les guérisseurs traditionnels ou confessionnels, les herboristes et d'autres sont susceptibles de constituer un premier point de contact pour de fortes proportions de personnes, souvent vulnérables. Dans le contexte de la COVID-19, les pharmaciens se sont avérés des partenaires efficaces dans la gestion des maladies chroniques et dans la promotion de l'observance thérapeutique.<sup>165</sup> Avec les ressources et les compétences nécessaires pour prévenir les infections, d'autres prestataires de soins de santé peuvent soutenir les efforts de triage, de surveillance, de diagnostic et de traitement pour un large éventail de problèmes médicaux au-delà de la COVID-19.

## CONCLUSION

En quelques mois seulement, la COVID-19 a fondamentalement changé la manière dont fonctionnent nos systèmes sociaux, économiques et politiques. Nos systèmes de santé ne sont pas les moindres. Bien que certains changements aient été nécessaires, par exemple, pour éviter que les rendez-vous médicaux en personne ne deviennent des sites d'infection à la COVID-19 et pour allouer les ressources limitées, ils n'ont pas nécessairement été bien jugés ni exécutés. Les conséquences des interactions entre ces mesures de riposte, les vulnérabilités préexistantes et les impacts généralisés de la pandémie ont engendré de nombreux nouveaux défis et obstacles pour les systèmes de santé et les personnes nécessitant des soins. Le manque d'attention accordé aux répercussions plus larges des mesures verticales sur la santé, en particulier celles imposées au cours des premiers mois, mais également à d'autres éléments des interventions en matière de santé publique qui, bien que moins directement perturbatrices que les « confinements », peuvent encore présenter des zones d'ombre, a causé et continuera de causer des préjudices importants sur la santé et le bien-être. Les PRFI sont particulièrement vulnérables, dans la mesure où leurs charges de morbidité considérables et leurs systèmes de santé historiquement faibles présentent des défis significatifs. Outre le fait de documenter certains des

mécanismes et des preuves de ces impacts, cette synthèse s'ajoute à un nombre croissant de voix appelant à des approches plus holistiques en matière de santé dans le contexte de la COVID-19, mais également au-delà, et exhorte à la mise en œuvre de mesures urgentes pour atténuer la tragédie à court et à long terme.

## NOTES

<sup>a</sup> Les répercussions sur d'autres domaines de la santé générées par des ripostes contre des flambées épidémiques de maladies infectieuses telles que la COVID-19, sont également désignées comme constituant des impacts « secondaires » ou « collatéraux ». Bien que ces descripteurs soient utiles pour indiquer exactement aux lecteurs ce que l'on entend, ils ont également pour effet de marginaliser davantage les problèmes de santé au-delà de la COVID-19, la maladie à laquelle la riposte est principalement ciblée. Toutefois, ces problèmes de santé sont susceptibles de ne pas être secondaires du tout pour les personnes qui y sont confrontées et, en réalité, des populations entières peuvent y être davantage exposées qu'à la COVID-19 elle-même. Pour ces raisons, nous avons décidé de faire référence aux « répercussions plus larges de la riposte sur la santé » ou aux répercussions sur les « autres domaines de la santé ».

<sup>b</sup> Tandis que la charge de morbidité au sein des régions des PRFI telles que l'Afrique subsaharienne continue d'être dominée par les maladies infectieuses et nutritionnelles, ainsi que par des problèmes de santé maternelle, néonatale et infantile, la prévalence et l'impact des MNT augmentent rapidement dans les PRFI, d'autant plus que les populations de ces environnements vivent plus longtemps.<sup>25</sup> En raison de la capacité limitée du système de santé, les personnes atteintes de MNT dans les PRFI sont davantage susceptibles de subir des décès et une morbidité précoces que les personnes atteintes des MNT dans les pays riches.<sup>26</sup> De manière générale, la qualité et les données spécifiques concernant les MNT dans les PRFI demeurent limitées, ce qui contribue à occulter les véritables charges et à entraver les mesures visant à les prévenir et à les contrôler dans ces contextes.<sup>27</sup>

<sup>c</sup> Des informations récentes relatives au manque d'immunité suite à l'infection<sup>34</sup> suggèrent que des flambées épidémiques sont susceptibles de se reproduire parmi les mêmes populations. La résurgence de flambées épidémiques est susceptible de redéclencher des mesures de restriction et d'amplifier davantage les impacts négatifs sur d'autres domaines de la santé.

<sup>d</sup> Les personnes qui dépendent de la lecture labiale, par exemple, peuvent avoir des difficultés si tout le monde autour d'elles porte un masque.

<sup>e</sup> Rater une seule dose de médicaments antituberculeux peut entraîner une résistance aux médicaments.

<sup>f</sup> Les perturbations des systèmes de transport peuvent comporter des quarantaines géographiques (impossibilité de quitter une région ou d'y entrer, ou de franchir les frontières), la réduction ou l'interruption des systèmes de transport publics (voire même privés) ou l'imposition de couvre-feux.

<sup>g</sup> Plusieurs médias ont suivi les décès excédentaires à travers le monde. Pour en savoir plus sur les décès excédentaires représentés sur la figure 1 et dans un éventail d'autres contextes, y compris les PRE, voir : Dale, B. & Stylianou, N. (2020) What is the true death toll of the coronavirus pandemic? BBC News. <https://www.bbc.co.uk/news/world-53073046>. L'hebdomadaire The Economist suit également de manière efficace les décès liés à la surmortalité : <https://www.economist.com/graphic-detail/2020/07/15/tracking-covid-19-excess-deaths-across-countries>

<sup>h</sup> Ce calcul est basé sur un taux de grossesse de référence, et ne tient donc pas compte d'une augmentation potentielle de la demande d'avortement susceptible d'être engendrée par une augmentation des grossesses non désirées.

## RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

- Calculateur des impacts collatéraux du Center for Global Development (CGDev) <https://www.cgdev.org/blog/tool-estimate-net-health-impact-covid-19-policies>
- Recensement des données probantes inhérentes aux répercussions généralisées sur la santé compilées par le CGDev [https://docs.google.com/spreadsheets/d/1\\_MBh3FmuSZK-9UQsrBYaYtIHdCqnez9oqJ8t216LkbE/edit#gid=484814669](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1_MBh3FmuSZK-9UQsrBYaYtIHdCqnez9oqJ8t216LkbE/edit#gid=484814669)
- Directives de l'OMS concernant le maintien des services essentiels <https://www.who.int/publications/i/item/10665-332240>
- Révélation du bilan – Outil OMS <https://www.who.int/publications/i/item/revealing-the-toll-of-covid-19>
- Questions en matière de sciences sociales de la CASS dans la note stratégique inhérente à la COVID-19 <https://www.unicef.org/drcongo/media/4111/file/CASS-Brief1-Questions.pdf>
- Cadre IMOA CASS <https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1SEdDXyFcZNqTctZkUtiPEci9ton1WFnO>

## RÉFÉRENCES

1. Chi, Y.-L., Regan, C., Krubiner, C., Anwar, Y., & Walker, D. (2020). *Beyond COVID-19: A Whole of Health Look at Impacts During the Pandemic Response* (Policy Paper No. 117). Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/publication/beyond-covid-19-whole-health-look-impacts-during-pandemic-response>
2. Dale, B., & Stylianou, N. (2020, June 18). What is the true death toll of the coronavirus pandemic? *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/world-53073046>
3. The Economist. (2020, July 15). *Tracking covid-19 excess deaths across countries*. The Economist. <https://www.economist.com/graphic-detail/2020/07/15/tracking-covid-19-excess-deaths-across-countries>
4. Walker, P. G. T., Whittaker, C., Watson, O. J., Baguelin, M., Winskill, P., Hamlet, A., Djafaara, B. A., Cucunubá, Z., Mesa, D. O., Green, W., Thompson, H., Nayagam, S., Ainslie, K. E. C., Bhatia, S., Bhatt, S., Boonyasiri, A., Boyd, O., Brazeau, N. F., Cattarino, L., ... Ghani, A. C. (2020). The impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression in low- and middle-income countries. *Science*. <https://doi.org/10.1126/science.abc0035>
5. Cabore, J. W., Karamagi, H., Kipruto, H., Asamani, J. A., Droti, B., Seydi, A. B.-W., Titi-Ofei, R., Impouma, B., Yao, M., & Yoti, Z. (2020). The potential effects of widespread community transmission of SARS-CoV-2 infection in the WHO African Region: A predictive model. *BMJ Glob Health*, 5, e002647.
6. Global Health Observatory. (n.d.). *Number of deaths (thousands)—Data by WHO region*. WHO; World Health Organization. Retrieved 18 August 2020, from <https://apps.who.int/gho/data/view.main.CM1300N?lang=en>
7. Gage, A., & Bauhoff, S. (2020, 31 March). *Health Systems in Low-Income Countries Will Struggle to Protect Health Workers from COVID-19*. Center For Global Development. <https://www.cgdev.org/blog/health-systems-low-income-countries-will-struggle-protect-health-workers-covid-19>
8. Robertson, T., Carter, E. D., Chou, V. B., Stegmüller, A. R., Jackson, B. D., Tam, Y., Sawadogo-Lewis, T., & Walker, N. (2020). Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: A modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(7), e901–e908. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1)
9. Cilloni, L., Fu, H., Vesga, J. F., Dowdy, D., Pretorius, C., Ahmedov, S., Nair, S. A., Mosneaga, A., Masini, E. O., & Suvanand, S. (2020). The potential impact of the COVID-19 pandemic on tuberculosis: A modelling analysis. *MedRxiv*.
10. Sherrard-Smith, E., Hogan, A., Hamlet, A., Watson, O., Whittaker, C., Winskill, P., Verity, R., Lambert, B., Cairns, M., & Okell, L. (2020). *The potential public health impact of COVID-19 on malaria in Africa*. (No. 18; COVID-19 Reports). Imperial College London. <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-18-malaria/>
11. Dore, B. (2020). Covid-19: Collateral damage of lockdown in India. *BMJ*, 369.
12. McLaren, H. J., Wong, K. R., Nguyen, K. N., & Mahamadachchi, K. N. D. (2020). Covid-19 and Women's Triple Burden: Vignettes from Sri Lanka, Malaysia, Vietnam and Australia. *Social Sciences*, 9(5), 87. <https://doi.org/10.3390/socsci9050087>
13. Singh, N. (2020). Cholera and coronavirus: Why we must not repeat the same mistakes. *The Guardian*.
14. Nachega, J. B., Grimwood, A., Mahomed, H., Fatti, G., Preiser, W., Kallay, O., Mbala, P. K., Muyembe, J.-J. T., Rwagasore, E., & Nsanzimana, S. (2020). *From easing lockdowns to scaling-up community-based COVID-19 screening, testing, and contact tracing in Africa: Shared approaches, innovations, and challenges to minimize morbidity and mortality*.
15. NCD Alliance. (2020). *NCDs & COVID-19: Learning lessons, building back better for the future*. Webinar. NCD Alliance. <https://ncdalliance.org/news-events/news/event-ncds-covid-19-learning-lessons-building-back-better-for-the-future>
16. Scott, V., Crawford-Browne, S., & Sanders, D. (2016). Critiquing the response to the Ebola epidemic through a Primary Health Care Approach. *BMC Public Health*, 16(1), 410. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3071-4>
17. WHO. (2020, June 19). *Neglected tropical diseases: Leveraging the new NTD road map to build back from COVID-19 disruptions*. [https://www.who.int/neglected\\_diseases/news/leveraging-new-NTD-road-map-build-back-from-COVID-19-disruptions/en/](https://www.who.int/neglected_diseases/news/leveraging-new-NTD-road-map-build-back-from-COVID-19-disruptions/en/)
18. CASS (Cellule D'Analyse en Sciences Sociales). (2020). *Impacts et Perceptions des Mesures COVID sur l'Utilisation et l'Accès aux Services de Santé à Nord Kivu et Ituri*. CASS.
19. Carter, S., Gobat, N., Pfaffmann Zambruni, J., van Kleef, E., Jombart, T., Mossoko, M., Bulemfu Nkikirande, D., Navarro Colorado, C., & Ahuka-Mundeke, S. (2020). COVID-19: What questions we should be asking in humanitarian settings: A perspective from the Social Sciences Analysis Cell. *BMJ Practice*.
20. WHO. (2020). *Maintaining essential health services: Operational guidance for the COVID-19 context*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/10665-332240>
21. Richardson, E. T., Barrie, M. B., Kelly, J. D., Dibba, Y., Koedoyoma, S., & Farmer, P. E. (2016). Biosocial Approaches to the 2013-2016 Ebola Pandemic. *Health and Human Rights*, 18(1), 115–128.
22. Benton, A. (2015). *HIV exceptionalism: Development through disease in Sierra Leone*. U of Minnesota Press.
23. Dry, S., & Leach, M. (2010). *Epidemics: Science, Governance and Social Justice*. Routledge. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/suss/detail.action?docID=585468>
24. Manderson, L., & Levine, S. (2020). COVID-19, Risk, Fear, and Fall-out. *Medical Anthropology*, 0(0), 1–4. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1746301>
25. Gouda, H. N., Charlson, F., Sorsdahl, K., Ahmadzade, S., Ferrari, A. J., Erskine, H., Leung, J., Santamauro, D., Lund, C., Aminde, L. N., Mayosi, B. M., Kengne, A. P., Harris, M., Achoki, T., Wiysonge, C. S., Stein, D. J., & Whiteford, H. (2019). Burden of non-

- communicable diseases in sub-Saharan Africa, 1990–2017: Results from the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Global Health*, 7(10), e1375–e1387. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30374-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30374-2)
26. Our World in Data. (2017). *DALY rates from non-communicable diseases (NCDs)*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/grapher/burden-of-disease-rates-from-ncds>
  27. Haregu, T. N., Byrnes, A., Singh, K., Sathish, T., Pasricha, N., Wickramasinghe, K., Thankappan, K. R., & Oldenburg, B. (2019). A scoping review of non-communicable disease research capacity strengthening initiatives in low and middle-income countries. *Global Health Research and Policy*, 4(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s41256-019-0123-1>
  28. Nordling, L. (2020, August 11). The pandemic appears to have spared Africa so far. Scientists are struggling to explain why. *Science*. <https://www.sciencemag.org/news/2020/08/pandemic-appears-have-spared-africa-so-far-scientists-are-struggling-explain-why>
  29. WHO. (n.d.). *Fact sheet about Malaria*. Retrieved 3 July 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>
  30. Shesgreen, D., & Hjelmgaard, K. (2020, May 7). Coronavirus: UN official warns of global 'boomerang' of pandemic. *USA Today*. <https://www.usatoday.com/story/news/world/2020/05/07/coronavirus-un-official-warns-global-boomerang-pandemic/3080955001/>
  31. Broadbent, A., & Smart, B. T. H. (n.d.). *Why a one-size-fits-all approach to COVID-19 could have lethal consequences*. The Conversation. Retrieved 5 August 2020, from <http://theconversation.com/why-a-one-size-fits-all-approach-to-covid-19-could-have-lethal-consequences-134252>
  32. WHO. (2020). *Taxonomy and Glossary of Public Health and Social Measures that may be Implemented to Limit the Spread of COVID-19*.
  33. Fisher, D. A., & Carson, G. (2020). Back to basics: The outbreak response pillars. *The Lancet*, 396(10251), 598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31760-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31760-8)
  34. Seow, J., Graham, C., Merrick, B., Acors, S., Steel, K. J. A., Hemmings, O., O'Bryne, A., Kouphou, N., Pickering, S., Galao, R., Betancor, G., Wilson, H. D., Signell, A. W., Winstone, H., Kerridge, C., Temperton, N., Snell, L., Bisnauthsing, K., Moore, A., ... Doores, K. (2020). Longitudinal evaluation and decline of antibody responses in SARS-CoV-2 infection. *MedRxiv*, 2020.07.09.20148429. <https://doi.org/10.1101/2020.07.09.20148429>
  35. The World Bank. (2017). *World Development Indicators: Health Systems*. <http://wdi.worldbank.org/table/2.12>
  36. Gautham, M., Bloom, G., Balasubramaniam, P., Goodman, C., Forsberg, B., & Kumar, A. (2020, June 24). *Mobilising informal healthcare providers in India may help its response to covid-19*. The BMJ. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/06/24/mobilising-informal-healthcare-providers-in-india-may-help-its-response-to-covid-19/>
  37. Ahmed, S. M., Evans, T. G., Standing, H., & Mahmud, S. (2013). Harnessing pluralism for better health in Bangladesh. *The Lancet*, 382(9906), 1746–1755. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62147-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62147-9)
  38. ILO. (2018, April 30). *More than 60 per cent of the world's employed population are in the informal economy* [Press release]. [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_627189/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_627189/lang--en/index.htm)
  39. WHO. (2020, June 18). *1 in 3 people globally do not have access to safe drinking water – UNICEF, WHO*. <https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2019-1-in-3-people-globally-do-not-have-access-to-safe-drinking-water-unicef-who>
  40. Gerszon Mahler, D., Lakner, C., Castaneda Aguilar, R., & Wu, H. (2020, June 8). Updated estimates of the impact of COVID-19 on global poverty. *World Bank Blogs*. [https://blogs.worldbank.org/opendata/updated-estimates-impact-covid-19-global-poverty?cid=SHR\\_BlogSiteShare\\_EN\\_EXT](https://blogs.worldbank.org/opendata/updated-estimates-impact-covid-19-global-poverty?cid=SHR_BlogSiteShare_EN_EXT)
  41. Meany-Davis, J., Lee, H., & Corby, N. (2020). *The impacts of COVID-19 on people with disabilities: A rapid review* (No. 35; Disability Inclusion Helpdesk Query). Inclusive Futures, UKAID. <http://www.sddirect.org.uk/media/1909/disability-inclusion-helpdesk-query-35-covid-19-rapid-evidence-review.pdf>
  42. Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). The COVID-19 response must be disability inclusive. *The Lancet Public Health*, 5(5), e257. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30076-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30076-1)
  43. International Disability Alliance. (2020). *COVID 19 and Impact of Lockdown on Women with Disabilities in India*. [http://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/covid\\_and\\_women\\_with\\_disabilities\\_in\\_india\\_-edited\\_1.pdf](http://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/covid_and_women_with_disabilities_in_india_-edited_1.pdf)
  44. Ebrahim, S. (2020, March 17). Covid-19: The greatest burden will fall on older people in low- and middle-income countries. *The Economist*. <https://eiperspectives.economist.com/healthcare/covid-19-greatest-burden-will-fall-older-people-low-and-middle-income-countries>
  45. United Nations. (2020). *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons* [Policy Brief]. United Nations. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf>
  46. WHO Europe. (2020, April 16). *COVID-19: Ensuring refugees and migrants are not left behind*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2020/4/covid-19-ensuring-refugees-and-migrants-are-not-left-behind>
  47. Mednick. (2020, May 6). *COVID-19 abuse fears for women in South Sudan*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/feature/2020/05/06/coronavirus-south-sudan-women-abuse-gender-violence>
  48. Response for Venezuelans. (2020). *COVID - 19 FUELS VULNERABILITIES TO HUMAN TRAFFICKING AND SMUGGLING FOR REFUGEES AND MIGRANTS FROM VENEZUELA: Key messages to community, refugees and migrants*. <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/76845>

49. Aman, M. (2020, July 9). "Go in disguise to receive medical treatment"- religious discrimination in Pakistan. *Institute of Development Studies*. <https://www.ids.ac.uk/opinions/go-in-disguise-to-ensure-you-receive-medical-treatment-religious-discrimination-in-pakistan/>
50. Mirza, J. (2020, April 17). *Pakistan's Hazara Shia minority blamed for spread of Covid-19*. Institute of Development Studies. <https://www.ids.ac.uk/opinions/pakistans-hazara-shia-minority-blamed-for-spread-of-covid-19/>
51. Purdey, C. (2020, March 11). *Opinion: How will COVID-19 affect global access to contraceptives — and what can we do about it?* Devex. <https://www.devex.com/news/sponsored/opinion-how-will-covid-19-affect-global-access-to-contraceptives-and-what-can-we-do-about-it-96745>
52. Reed, T. (2020, May 26). *Letter to Dr Tedros: The Challenge of Access to Insulin Amidst COVID-19*. <https://haiweb.org/publication/letter-to-dr-tedros-the-challenge-of-access-to-insulin-amidst-covid-19/>
53. Kelly-Linden, J. (2020, July 1). Malaria deaths could double this year due to shortages of life-saving drugs and equipment. *The Telegraph*. <https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/malaria-deaths-could-double-year-due-shortages-life-saving-drugs/>
54. UNICEF. (2020, May 1). *Geneva Palais briefing note on the impact of COVID-19 mitigation measures on vaccine supply and logistics*. <https://www.unicef.org/press-releases/geneva-palais-briefing-note-impact-covid-19-mitigation-measures-vaccine-supply-and>
55. Goel, V. (2020, March 3). As Coronavirus Disrupts Factories, India Curbs Exports of Key Drugs. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/03/03/business/coronavirus-india-drugs.html>
56. Vickers, B., & Ali, S. (2020, July 14). *Unpacking COVID-19-related medical supply chains in Commonwealth LDCs*. Trade 4 Dev News. <https://trade4devnews.enhancedif.org/en/op-ed/unpacking-covid-19-related-medical-supply-chains-commonwealth-lDCs>
57. World Bank. (2020, April 22). *World Bank Predicts Sharpest Decline of Remittances in Recent History* [Text/HTML]. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/04/22/world-bank-predicts-sharpest-decline-of-remittances-in-recent-history>
58. Kugbey, N., Ohene-Oti, N., & Vanderpuye, V. (2020). COVID-19 and its ramifications for cancer patients in low-resource settings: Ghana as a case study. *Ecaner*, 14(ed99).
59. CASS (Cellule D'Analyse en Sciences Sociales). (2020). *Ongoing longitudinal study on secondary impacts of COVID-19 in Kinsahsa and Goma* [Unpublished report]. <https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1Q0jYAV-Ki02l8vFutshn0M1D4zivgajc>
60. NPR. (2020, April 29). *Commuting In A Pandemic: These Health Workers Are Trekking And Canoeing*. NPR.Org. <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/04/29/841830595/commuting-in-a-pandemic-these-health-workers-are-trekking-and-canoeing>
61. Biryabarema, E. (2020, April 9). In Uganda, mothers in labour die amidst coronavirus lockdown. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-uganda-idUSKCN21R2FA>
62. Ponticiello, M., Mwangi-Amumpaire, J., Tushemereirwe, P., Nuwagaba, G., King, R., & Sundararajan, R. (2020). "Everything is a Mess": How COVID-19 is Impacting Engagement with HIV Testing Services in Rural Southwestern Uganda [Preprint]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7246959/>
63. Manoufi, D., & Oufalba Mounone, H. (2016). Mobile clinics as a strategy to identify and treat children with acute malnutrition in difficult-to-reach areas in Chad: A case study of the Wadi Fira Region. *Nutrition Exchange* 6, 22.
64. Chandir, S., Siddiqi, D. A., Setayesh, H., & Khan, A. J. (2020). Impact of COVID-19 lockdown on routine immunisation in Karachi, Pakistan. *The Lancet Global Health*, 0(0). [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30290-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30290-4)
65. Bedi, A., & Yadavar, S. (2020, April 30). TB patients badly hit by lockdown—80% drop in diagnosis, huge struggle for medicines. *ThePrint*. <https://theprint.in/health/tb-patients-badly-hit-by-lockdown-80-drop-in-diagnosis-huge-struggle-for-medicines/411399/>
66. The Global Fund, & Unite to Fight. (2020). *Mitigating the impact of COVID-19 on countries affected by HIV, tuberculosis and malaria*. The Global Fund. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2020-06-24-global-fund-covid-19-report-deaths-from-hiv-tb-and-malaria-could-almost-double-in-12-months-unless-urgent-action-is-taken/>
67. MSF. (2020, July 2). *Women and girls face greater dangers during COVID-19 pandemic*. Doctors Without Borders - USA. <https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/news-stories/news/women-and-girls-face-greater-dangers-during-covid-19-pandemic>
68. Hodal, K. (2020, August 6). Almost half of UK charities for world's poorest set to close in a year – survey. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/global-development/2020/aug/06/almost-half-of-uk-charities-for-worlds-poorest-set-to-close-in-a-year-survey-covid-19>
69. Save the Children. (2020, July 10). *YEMEN: Tens of thousands of severely malnourished children are left without treatment since March*. Save the Children International. <https://www.savethechildren.net/news/yemen-tens-thousands-severely-malnourished-children-are-left-without-treatment-march>
70. WHO. (2020). *Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic*. <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-nCDs-during-the-covid-19-pandemic>
71. BMJ. (2020). *COVID-19: Remote consultations: A quick guide to assessing patients by video or voice call*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/resources/bmj-visual-summary-for-remote-consultations-pdf-8713904797>

72. Broom, D. (2020, April). Coronavirus has exposed the digital divide like never before. *World Economic Forum Coronavirus*. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/coronavirus-covid-19-pandemic-digital-divide-internet-data-broadband-mobile/>
73. GSMA. (2019). *Connected Women: The Mobile Gender Gap Report 2019*. GSMA. <https://www.gsma.com/mobilefordevelopment/wp-content/uploads/2019/02/GSMA-The-Mobile-Gender-Gap-Report-2019.pdf>
74. The Quint. (2018, August 9). *India Ranks Among Lowest in Women's Access to Mobiles, Internet*. TheQuint. <https://www.thequint.com/news/india/study-on-internet-and-mobile-phone-use-in-india-reveals-gender-gaps>
75. Lieberman, A. (2020, June 24). *Can women's health clinics regain ground after 'the most disruptive interruption'?* Devex. <https://www.devex.com/news/sponsored/can-women-s-health-clinics-regain-ground-after-the-most-disruptive-interruption-97491>
76. Qin, A., & Wee, S.-L. (2020, March 3). 'No Way Out': In China, Coronavirus Takes Toll on Other Patients. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/03/03/world/asia/china-coronavirus-cancer.html>
77. Marie Stopes International. (n.d.). *Stories from the frontline*. Marie Stopes International. Retrieved 29 June 2020, from <https://www.mariestopes.org/covid-19/stories-from-the-frontline/>
78. GAVI. (n.d.). *COVID-19: Massive impact on lower-income countries threatens more disease outbreaks*. Retrieved 9 July 2020, from <https://www.gavi.org/news/media-room/covid-19-massive-impact-lower-income-countries-threatens-more-disease-outbreaks>
79. Roberts, L. (2020). Pandemic brings mass vaccinations to a halt. *Science*, 368(6487), 116–117. <https://doi.org/10.1126/science.368.6487.116>
80. UN News. (2020, April 16). *UN chief calls for greater protection for children caught up in COVID-19 crisis*. UN News. <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061892>
81. Patnaik, P. (2020, May 6). *How COVID-19 is disrupting other health responses*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/analysis/2020/05/06/coronavirus-measles-cholera-ebola-polio-infectious-disease>
82. Findley, S. (2020, April 24). Coronavirus lockdown and drug 'hijack' raise India malaria fears. *Financial Times*. <https://www.ft.com/content/d887da42-7fbc-11ea-b0fb-13524ae1056b>
83. Adow, M. (2020, July 26). Malaria deaths surge in Africa amid fight against COVID-19. *Aljazeera*. <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/malaria-deaths-surge-africa-fight-covid-19-200726095044561.html>
84. Ochieng Mbewa, D. (n.d.). Access to medicines for HIV patients significantly affected by COVID-19: W.H.O. *CGTN Africa*. Retrieved 15 July 2020, from <https://africa.cgtn.com/2020/07/07/access-to-medicines-for-hiv-patients-significantly-affected-by-covid-19-w-h-o/>
85. Stop TB Partnership. (2020, April). *We did a rapid assessment: The TB response is heavily impacted by the COVID-19 pandemic*. Stop TB. [http://stoptb.org/news/stories/2020/ns20\\_014.html](http://stoptb.org/news/stories/2020/ns20_014.html)
86. Togun, T., Kampmann, B., Stoker, N. G., & Lipman, M. (2020). Anticipating the impact of the COVID-19 pandemic on TB patients and TB control programmes. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 19(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12941-020-00363-1>
87. The Economist. (2020, May 18). Tens of millions of surgeries are being postponed as a result of the pandemic. *The Economist*. <https://www.economist.com/graphic-detail/2020/05/18/tens-of-millions-of-surgeries-are-being-postponed-as-a-result-of-the-pandemic>
88. Keller, E. (2020, May 7). *Feminists Defend Abortion Access Amid Pandemic*. International Women's Health Coalition. <https://iwhc.org/2020/05/feminists-defend-abortion-access-amid-pandemic/>
89. IPPF. (2020, April 9). *COVID-19 pandemic cuts access to sexual and reproductive healthcare for women around the world*. IPPF. <https://www.ippf.org/news/covid-19-pandemic-cuts-access-sexual-and-reproductive-healthcare-women-around-world>
90. Wadekar, N. (2020, July 13). *Kenya's teen pregnancy crisis: More than COVID-19 is to blame*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/news/2020/07/13/Kenya-teen-pregnancy-coronavirus>
91. Fonyuy, E. (2020, June 11). *Child marriage worries rise amid coronavirus lockdown in Cameroon*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/news/2020/06/11/Cameroon-coronavirus-child-marriage>
92. Eşençay, S. (2020, June 24). When COVID-19 Becomes a Political Ally: Poland's Law on Abortion. *Engenderings*. <https://blogs.lse.ac.uk/gender/2020/06/24/when-covid-19-becomes-a-political-ally-polands-law-on-abortion/>
93. Ren, G. (2020, June 18). *Neglected Tropical Disease Programmes On Pause Due To COVID-19*. Health Policy Watch. <https://healthpolicy-watch.news/neglected-tropical-disease-programmes-on-pause-due-to-covid-19/>
94. WHO. (2020, April 6). *WHO Meeting on 'Mitigation and recovery from COVID-19-associated delays: A research agenda for NTD programmes'*. [https://www.who.int/neglected\\_diseases/news/NTDs-mitigation-and-recovery-from-COVID-19/en/](https://www.who.int/neglected_diseases/news/NTDs-mitigation-and-recovery-from-COVID-19/en/)
95. Webster, J. P., Molyneux, D. H., Hotez, P. J., & Fenwick, A. (2014). The contribution of mass drug administration to global health: Past, present and future. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 369(1645). <https://doi.org/10.1098/rstb.2013.0434>
96. Action for Global Health. (2020). *Indirect impacts of Covid-19 on other essential health and preventative services*. Action for Global Health.
97. CASS (Cellule D'Analyse en Sciences Sociales) DRC. (2020). *IMOA on the broader impacts of COVID on community health, Phase II (Phase II report)*.

98. International Council of Nurses. (2020, May 6). *ICN calls for data on healthcare worker infection rates and deaths*. ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/news/icn-calls-data-healthcare-worker-infection-rates-and-deaths>
99. WHO, & UNICEF. (2019). *WASH in Health Care Facilities*. <https://washdata.org/sites/default/files/documents/reports/2019-04/JMP-2019-wash-in-hcf-launch.pdf>
100. Adepoju, P. (2020). Tuberculosis and HIV responses threatened by COVID-19. *The Lancet HIV*, 7(5), e319–e320. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30109-0](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30109-0)
101. Human Rights Watch. (2020, July 15). *Colombian Cartels and Rebel Groups Are Killing Those Who Don't Obey Brutal Covid-19 Lockdown Measures*. Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/news/2020/07/15/colombia-armed-groups-brutal-covid-19-measures>
102. Bhalla, N., & Lopez, O. (2020, May 20). No medicine, no food: Coronavirus restrictions amplify health risks to LGBT+ people with HIV. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-lgbt-aids-idUSKBN22W28G>
103. Glatsky, G. (2020, May 19). *How coronavirus responses are endangering trans people in Latin America*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/feature/2020/05/19/coronavirus-trans-lgbti-latin-america-panama-colombia>
104. Lee, L., & Westcott, B. (2020, March 14). *People living with HIV in Wuhan struggle to find medicine during coronavirus outbreak*. CNN. <https://www.cnn.com/2020/03/13/health/coronavirus-china-hiv-wuhan-intl-hnk/index.html>
105. Fast, L., & Roborgh, S. (n.d.). *Healthcare workers are still coming under attack during the coronavirus pandemic*. The Conversation. Retrieved 8 July 2020, from <http://theconversation.com/healthcare-workers-are-still-coming-under-attack-during-the-coronavirus-pandemic-136573>
106. Oré, D. (2020, April 16). 'It's Covid! Stay away!' Latin America's health workers face rising hostility. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-latinamerica-medic-idUSKCN21X2WL>
107. Mexico News Daily. (2020, March 27). Health care workers across Mexico protest shortages of supplies, staff. *Mexico News Daily*. <https://mexiconewsdaily.com/news/coronavirus/health-care-workers-across-mexico-protest-shortages/>
108. Chingono, N. (2020, April 9). Doctors sue Zimbabwe government over lack of Covid-19 protective equipment. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/global-development/2020/apr/09/doctors-sue-zimbabwe-government-over-lack-of-covid-19-protective-equipment>
109. Knoll, C., Watkins, A., & Rothfield, M. (2020, July 11). 'I Couldn't Do Anything': The Virus and an E.R. Doctor's Suicide—The New York Times. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/07/11/nyregion/lorna-breen-suicide-coronavirus.html>
110. Oxfam International. (2020, June 26). *Close to half of women are feeling more anxious, depressed, isolated, overworked or ill because of increased unpaid care work caused by the pandemic – Oxfam survey*. Oxfam International. <https://www.oxfam.org/en/press-releases/close-half-women-are-feeling-more-anxious-depressed-isolated-overworked-or-ill>
111. WHO. (n.d.). *The five elements of DOTS*. WHO; World Health Organization. Retrieved 16 July 2020, from <http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/>
112. Shiau, S., Krause, K. D., Valera, P., Swaminathan, S., & Halkitis, P. N. (2020). The burden of COVID-19 in people living with HIV: a syndemic perspective. *AIDS and Behavior*, 1–6.
113. Ritchie, H., Roser, M., Ortiz-Ospina, E., & Hasell, J. (n.d.). *Excess mortality from the Coronavirus pandemic (COVID-19)*. Our World in Data. Retrieved 28 July 2020, from <https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid>
114. WHO. (2020). *Revealing the toll of COVID-19*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/revealing-the-toll-of-covid-19>
115. Dash, D. (2020, June 26). *Lockdown in India: Lockdown cuts road deaths by 62% | India News - Times of India*. The Times of India. <https://timesofindia.indiatimes.com/india/covid-lockdown-saved-nearly-9000-lives-26000-injuries-on-roads/articleshow/76637367.cms>
116. Kenyon, C. C., Hill, D. A., Henrickson, S. E., Bryant-Stephens, T. C., & Zorc, J. J. (2020). Initial effects of the COVID-19 pandemic on pediatric asthma emergency department utilization. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.05.045>
117. Raphael, T. (2020, June 15). Coronavirus Has a Massive Impact on Cancer Care. *Bloomberg*. <https://www.bloomberg.com/opinion/articles/2020-06-15/coronavirus-is-having-a-massive-impact-on-cancer-care-in-the-u-k>
118. Campbell, D. (2020, August 16). Cancer patients will live for less time because of NHS care suspension. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/aug/16/cancer-patients-will-live-for-less-time-because-of-nhs-care-suspension>
119. Maringe, C., Spicer, J., Morris, M., Purushotham, A., Nolte, E., Sullivan, R., Rachet, B., & Aggarwal, A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: A national, population-based, modelling study. *The Lancet Oncology*, 21(8), 1023–1034. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30388-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30388-0)
120. Jones, N. (2020). How coronavirus lockdowns stopped flu in its tracks. *Nature*.
121. Advisory Board. (2020, July 24). *Flu in the Southern Hemisphere has 'practically disappeared.'* What does that mean for America's flu season? <http://www.advisory.com/daily-briefing/2020/07/24/coronavirus-restrictions>
122. Parpia, A., Ndeffo-Mbah, M., Wenzel, N., & Galvani, A. (2016). Effects of Response to 2014–2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV/AIDS, and Tuberculosis, West Africa. *Emerging Infectious Disease Journal*, 22(3), 433. <https://doi.org/10.3201/eid2203.150977>
123. UNAIDS. (2020, November 5). *The cost of inaction: COVID-19-related service disruptions could cause hundreds of thousands of extra deaths from HIV*. [https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/may/20200511\\_PR\\_HIV\\_modelling](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/may/20200511_PR_HIV_modelling)

124. Sochas, L., Channon, A. A., & Nam, S. (2017). Counting indirect crisis-related deaths in the context of a low-resilience health system: The case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone. *Health Policy and Planning*, 32(suppl\_3), iii32–iii39. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx108>
125. Bietsch, K., Williamson, J., & Reeves, M. (2020). Family Planning During and After the West African Ebola Crisis. *Studies in Family Planning*, 51(1), 71–86. <https://doi.org/10.1111/sifp.12110>
126. Camara, B. S., Delamou, A., Diro, E., Béavogui, A. H., El Ayadi, A. M., Sidibé, S., Grovogui, F. M., Takarinda, K. C., Bouedouno, P., Sandouno, S. D., Okumura, J., Baldé, M. D., Van Griensven, J., & Zachariah, R. (2017). Effect of the 2014/2015 Ebola outbreak on reproductive health services in a rural district of Guinea: An ecological study. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 111(1), 22–29. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trx009>
127. McKay, G., Black, B., Mbambu Kahamba, S., Wheeler, E., Mearns, S., & Janvrin, A. (2019). *Not all that bleeds is Ebola: How has the DRC Ebola outbreak impacted Sexual and Reproductive Health in North-Kivu?* The International Rescue Committee. <https://www.rescue.org/sites/default/files/document/4416/srhebolareport1172020.pdf>
128. Kc, A., Gurung, R., Kinney, M. V., Sunny, A. K., Moinuddin, M., Basnet, O., Paudel, P., Bhattarai, P., Subedi, K., Shrestha, M. P., Lawn, J. E., & Målvik, M. (2020). Effect of the COVID-19 pandemic response on intrapartum care, stillbirth, and neonatal mortality outcomes in Nepal: A prospective observational study. *The Lancet Global Health*, S2214109X20303454. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30345-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30345-4)
129. Riley, T., Sully, E., Ahmed, Z., & Biddlecom, A. (2020). Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries. *International Perspectives of Sexual and Reproductive Health*, 46, 73–76.
130. Headey, D., Heidkamp, R., Osendarp, S., Ruel, M., Scott, N., Black, R., Shekar, M., Bouis, H., Flory, A., Haddad, L., & Walker, N. (2020). Impacts of COVID-19 on childhood malnutrition and nutrition-related mortality. *The Lancet*, 396(10250), 519–521. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31647-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31647-0)
131. World Food Programme. (2020, May 20). *Coronavirus threatens global surge in malnutrition, jeopardizing future of an extra 10 million children* | World Food Programme. <https://www.wfp.org/news/coronavirus-threatens-global-surge-malnutrition-jeopardizing-future-extra-10-million-children>
132. Measles & Rubella Initiative. (2020, April 14). *More than 117 million children at risk of missing out on measles vaccines, as COVID-19 surges*. WHO; World Health Organization. [http://www.who.int/immunization/diseases/measles/statement\\_missing\\_measles\\_vaccines\\_covid-19/en/](http://www.who.int/immunization/diseases/measles/statement_missing_measles_vaccines_covid-19/en/)
133. Roberts, L. (2020). Why measles deaths are surging—And coronavirus could make it worse. *Nature*, 580, 446–447. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01011-6>
134. Ducomble, T., & Gignoux, E. (2020). Learning from a massive epidemic: Measles in DRC. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 542. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30265-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30265-6)
135. Nelson, R. (2020). COVID-19 disrupts vaccine delivery. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 546. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30304-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30304-2)
136. UNICEF. (2020, March 31). *Children in the Democratic Republic of the Congo at risk from killer measles, cholera epidemics. COVID-19 latest challenge facing battered health services*. <https://www.unicef.org/press-releases/children-democratic-republic-congo-risk-killer-measles-cholera-epidemics>
137. WHO. (2020, June 25). *10th Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo declared over; vigilance against flare-ups and support for survivors must continue*. <https://www.who.int/news-room/detail/25-06-2020-10th-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-over-vigilance-against-flare-ups-and-support-for-survivors-must-continue>
138. Marston, C., Renedo, A., & Miles, S. (2020). Community participation is crucial in a pandemic. *Lancet (London, England)*, 395(10238), 1676–1678. PubMed. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31054-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31054-0)
139. Collins, C., Coates, T. J., & Szekeres, G. (2008). Accountability in the global response to HIV: measuring progress, driving change. *AIDS (London, England)*, 22 Suppl 2(Suppl 2), S105–S111. PubMed. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000327442.66656.01>
140. Krubiner, C., Keller, J. M., & Kaufmann, J. (2020). *Balancing the COVID-19 Response with Wider Health Needs: Key Decision-Making Considerations for Low- and Middle-Income Countries*. <https://www.cgdev.org/publication/balancing-covid-19-response-wider-health-needs-key-decision-making-considerations-low>
141. WHO. (2020). *COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>
142. Federal Ministry of Health (Nigeria). (n.d.). *Health Service Uptake During COVID-19*. Retrieved 28 July 2020, from [https://public.tableau.com/views/COVID19AnalysisofHealthServiceUptakeusingNHMISData/MAINDashboard?:embed=y&:showVizHome=no&:host\\_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed\\_code\\_version=3&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate\\_transition=yes&:display\\_static\\_image=no&:display\\_spinner=no&:display\\_overlay=yes&:display\\_count=yes&:publish=yes&:loadOrderID=0](https://public.tableau.com/views/COVID19AnalysisofHealthServiceUptakeusingNHMISData/MAINDashboard?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed_code_version=3&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:publish=yes&:loadOrderID=0)
143. Hassaballa, I., Fawcett, S., Sepers, C., Reed, F. D., Schultz, J., Munodawafa, D., Phori, P. M., Chiriseri, E., & Kouadio, K. (2019). Participatory Monitoring and Evaluation of Ebola Response Activities in Lofa County, Liberia: Some Lessons Learned. *International Quarterly of Community Health Education*, 40(1), 57–66. <https://doi.org/10.1177/0272684X19846742>
144. Schofield, J., Leelarithna, L., & Thabit, H. (2020). COVID-19: Impact of and on Diabetes. *Diabetes Therapy*, 1.

145. WHO. (2020). *Preliminary results: Rapid assessment of service delivery for noncommunicable diseases during the COVID-19 pandemic*. 29 May 2020. WHO.
146. De Guzman, R., & Malik, M. (2020). Dual Challenge of Cancer and COVID-19: Impact on Health Care and Socioeconomic Systems in Asia Pacific. *JCO Global Oncology*, 6, 906–912.
147. Hogan, A. B., Jewell, B., Sherrard-Smith, E., Vesga, J., Watson, O. J., Whittaker, C., Hamlet, A., Smith, J., Ainslie, K., & Baguelin, M. (2020). The potential impact of the COVID-19 epidemic on HIV, TB and Malaria in low-and middle-income countries. *Imperial College London (01-05-2020) DOI: <https://doi.org/10.25561/78670>*.
148. Lau, L. S., Samari, G., Moresky, R. T., Casey, S. E., Kachur, S. P., Roberts, L. F., & Zard, M. (2020). COVID-19 in humanitarian settings and lessons learned from past epidemics. *Nature Medicine*, 26(5), 647–648. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0851-2>
149. Pérez-Escamilla, R., Cunningham, K., & Moran, V. H. (2020). COVID-19 and maternal and child food and nutrition insecurity: A complex syndemic. *Maternal & Child Nutrition*, 16(3), e13036. <https://doi.org/10.1111/mcn.13036>
150. Mahmood, S., Hasan, K., Colder Carras, M., & Labrique, A. (2020). Global Preparedness Against COVID-19: We Must Leverage the Power of Digital Health. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18980–e18980. PubMed. <https://doi.org/10.2196/18980>
151. Adamu, A. A., Jalo, R. I., Dahiru, A. I., & Wiysonge, C. S. (2020). Implementing COVID-19 response within the context of the broader health system: A proposed framework for Africa’s policy makers. *The Pan African Medical Journal*, 35(46).
152. Naimoli, J. F. (2009). Global health partnerships in practice: Taking stock of the GAVI Alliance’s new investment in health systems strengthening. *The International Journal of Health Planning and Management*, 24(1), 3–25. <https://doi.org/10.1002/hpm.969>
153. Nations, M. K., & Monte, C. M. G. (1996). “I’m not dog, no!”: Cries of resistance against cholera control campaigns. *Social Science & Medicine*, 43(6), 1007–1024. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(96\)00083-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(96)00083-4)
154. Havlir, D. V., Balzer, L. B., Charlebois, E. D., Clark, T. D., Kwarisiima, D., Ayieko, J., Kabami, J., Sang, N., Liegler, T., Chamie, G., Camlin, C. S., Jain, V., Kadede, K., Atukunda, M., Ruel, T., Shade, S. B., Ssemmondo, E., Byonanebye, D. M., Mwangwa, F., ... Petersen, M. (2019). HIV Testing and Treatment with the Use of a Community Health Approach in Rural Africa. *New England Journal of Medicine*, 381(3), 219–229. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1809866>
155. Abramowitz, S., Rogers, B., Akilu, L., Lee, S., & Hipgrave, D. (2016). Ebola community care centers: Lessons learned from UNICEF’s 2014–2015 experience in Sierra Leone. *Maternal, Newborn, and Child Health Working Paper*.
156. Olu, O., Cormican, M., Kamara, K.-B., & Butt, W. (2015). Community Care Centre (CCC) as adjunct in the management of Ebola Virus Disease (EVD) cases during outbreaks: Experience from Sierra Leone. *The Pan African Medical Journal*, 22 Suppl 1(Suppl 1), 14–14. PubMed. <https://doi.org/10.11694/pamj.suppl.2015.22.1.6521>
157. The Global Fund. (2020, August 7). *Fighting HIV in India during COVID-19 Mumbai health workers take HIV drugs and care to homes*. <https://globalfund.exposure.co/fighting-hiv-in-india-during-covid19>
158. Senthilingam, M. (2020, June 7). Efforts to beat the coronavirus pandemic could cause over 1 million extra deaths from other diseases, experts warn. *CNN*. <https://edition.cnn.com/2020/07/06/health/death-toll-other-diseases-pandemic-coronavirus-wellness/index.html>
159. MacGregor, H., & Hrynick, T. (2020). *COVID-19: Strategies to Support Home and Community-Based Care*. Social Science in Humanitarian Action. <https://www.socialscienceinaction.org/resources/covid-19-strategies-to-support-home-and-community-based-care/>
160. Mukuruva, C. T. (2012). *Community-based emergency management: A case study on a cholera outbreak in Zimbabwe*.
161. Patel, U., Pharr, J. R., Ihesiaba, C., Oduenyi, F. U., Hunt, A. T., Patel, D., Obiefune, M., Chukwumerije, N., & Ezeanolue, E. E. (2015). Ebola Outbreak in Nigeria: Increasing Ebola Knowledge of Volunteer Health Advisors. *Global Journal of Health Science*, 8(1), 72–78. PubMed. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n1p72>
162. Ripoll, S., Gercama, I., Jones, T., & Wilkinson, A. (2018). *Social Science in Epidemics: Ebola Virus Disease Lessons Learned*. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14160>
163. Ripoll, S., & Wilkinson, A. (2018). *Social Science in Epidemics: Cholera Lessons Learned*. Social Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP). <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14200>
164. Ripoll, S., & Wilkinson, A. (2019). *Social Science in Epidemics: Influenza and SARS Lessons Learned*. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14326>
165. Kretchy, I. A., Asiedu-Danso, M., & Kretchy, J.-P. (2020). Medication management and adherence during the COVID-19 pandemic: Perspectives and experiences from low-and middle-income countries. *Research in Social & Administrative Pharmacy : RSAP*, S1551-7411(20)30332-6. PubMed. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.04.007>

## CONTACT

Veillez nous contacter si vous avez une demande directe relative à la riposte contre la COVID-19, ou concernant une revue, des outils, une expertise technique ou une analyse à distance supplémentaire, ou si vous souhaitez rejoindre le réseau de conseillers, veuillez contacter la Plateforme Social Science in Humanitarian Action en envoyant un e-mail à Annie Lowden ([a.lowden@ids.ac.uk](mailto:a.lowden@ids.ac.uk)) ou Olivia Tulloch ([olviatulloch@anthrologica.com](mailto:olviatulloch@anthrologica.com)). Les Centres de liaison clés Plateforme incluent : l'UNICEF ([nnaqvi@unicef.org](mailto:nnaqvi@unicef.org)) ; la FICR ([ombretta.baggio@ifrc.org](mailto:ombretta.baggio@ifrc.org)) ; et le Groupe de recherche des sciences sociales GOARN ([nina.gobat@phc.ox.ac.uk](mailto:nina.gobat@phc.ox.ac.uk)).



La Plateforme Social Science in Humanitarian Action est un partenariat entre l'Institute of Development Studies, Anthrologica et la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Le financement destiné à soutenir l'intervention de la Plateforme face à la COVID-19 a été fourni par le Wellcome Trust et le DDI. Les opinions exprimées ci-après sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques de l'IDS, d'Anthrologica, de la LSHTM, du Wellcome Trust ou du gouvernement britannique.

**Référence suggérée :** Hrynicky, T., Ripoll, S. and Carter, S. (2020) « Synthèse : Répercussions généralisées sur la santé des ripostes verticales contre la COVID-19 dans les PRFI », *Synthèse*, Brighton: Social Science in Humanitarian Action (SSHAP)

Publié [Août 2020]

© Institute of Development Studies 2020



Ceci est un document en libre accès distribué selon les modalités de la version 4.0 de la licence internationale Creative Commons Attribution (CC BY), qui autorise l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction sur tout support, à condition que les auteurs d'origine et la source soient crédités et que toute modification ou adaptation soit indiquée. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>.