



Independent observer
of the Global Fund

L'IMPACT DU COVID-19 SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Avril 2021 constitue l'anniversaire de la prise de conscience que le virus SRAS-CoV-19 serait le premier grand défi sanitaire du XXI^e siècle. La maladie, la COVID-19, s'était répandue dans le monde entier et les chiffres ont augmenté de manière exponentielle. Le 14 mars 2020, 1 108 cas étaient signalés dans le monde (Centre de ressources sur le virus Corona de l'Université John Hopkins). Un an plus tard, on compte [120 164 106](#) cas confirmés et [2 660 422 décès](#), et les chiffres continuaient d'augmenter. La pandémie a atteint tous les coins du globe.

Bien que cet article se concentre sur les pays en développement, à ce jour, la mortalité la plus élevée est observable dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). C'est ce que révèlent des données provenant des États-Unis. Le Journal of the American Medical enregistre le nombre de décès parmi les résidents américains ; en 2020, il était de 3 358 814, soit une augmentation de 503 976 (17,7 %) par rapport aux 2 854 838 de 2019. La part directement attribuée à la COVID-19 correspond à 345 323 décès, mais on signale également des hausses significatives de mortalité pour des maladies cardiaques (30 000), ainsi qu'Alzheimer et le diabète. Ces chiffres reflètent les perturbations des soins de santé, qui entraînent une diminution de la détection précoce et une gestion des maladies perturbée et de moindre qualité. L'augmentation des décès par blessure non intentionnelle en 2020 est due aux décès par surdose de médicaments.

Si les systèmes de santé du monde développé se sont battus, quels ont été les effets sur les nations plus pauvres ? La réalité est complexe. Un rappel brutal de l'inégalité dans ces pays peut être observé dans les rapports de décès de hauts dirigeants africains évacués médicalement vers des lieux où ils seraient mieux traités. Parmi eux, le Premier ministre du Swaziland, Ambrose Dlamini, est décédé à l'hôpital en Afrique du Sud le 13 décembre 2020 et, en mars, le chef de l'opposition du Congo Brazzaville, Guy Brice

Parfait Kolelas, est décédé alors qu'il était évacué en France pour recevoir un traitement COVID-19. Une question clé se pose : comment sera géré l'accès aux vaccins ? En outre, la COVID-19 a fait vaciller l'économie mondiale, entraîné la fermeture des frontières, une forte réduction des échanges commerciaux, un chômage massif et une augmentation de la pauvreté.

Les tendances actuelles des infections au COVID-19 dans le monde en développement

Les premiers cas ont été observés en Asie orientale, en Chine, au Japon et en Corée du Sud. Ces pays, et la plupart des pays de la région, ont maîtrisé la pandémie. Le [taux de mortalité par million](#) est de trois en Chine, 68 au Japon et 33 en Corée du Sud. La maladie s'est ensuite rapidement propagée vers l'ouest et les États-Unis. L'Italie, l'un des premiers pays touchés, a vu ses hôpitaux débordés et un taux de mortalité de [1 704 par million](#) au début du mois d'avril. Au cours des derniers mois, le nombre de cas quotidiens a augmenté rapidement au Royaume-Uni, puis a chuté tout aussi rapidement. On observe des signes d'augmentation du nombre de cas en France, en Allemagne et dans d'autres pays européens. Le nombre de nouveaux cas a chuté de manière spectaculaire aux États-Unis.

Si l'on entend par "pays en développement", dans ce contexte, les pays non membres de l'OCDE et non asiatiques, les données par continent et par pays sont variables. L'Amérique du Sud compte environ 15,73% des cas et le taux par million est de 250. L'Afrique compte 1,65% et [le taux par million est de 9,15](#). Le taux d'infection le plus élevé se trouve en Uruguay avec 847 cas par million. Le Brésil compte 295 cas par million mais les chiffres absolus sont énormes. Les autres pays où les chiffres sont en hausse se situent en Amérique latine, mais la situation est variable. Le Brésil connaît l'épidémie la plus grave et la plus incontrôlée, avec un taux de mortalité de 1 523 par million d'habitants, mais la Colombie et le Pérou sont confrontés à des problèmes similaires. En Afrique, les chiffres sont beaucoup plus faibles : le taux global de cas est de neuf cas par million. L'Afrique du Sud connaît la pire épidémie avec 14 cas par million. [Le Centre de Ressources Coronavirus Johns Hopkins](#) fournit un bon aperçu et des données par pays.

Il est difficile de tirer des conclusions définitives de données qui évoluent rapidement. Ce que nous pouvons dire avec certitude est basé sur ce que nous avons vu. Même dans ce cas, il est important de regarder les chiffres : les taux d'incidence, le nombre de personnes infectées ou les taux de mortalité. Avec toutes les données, les chiffres absolus ont une valeur limitée et les taux (par million, par exemple), sont plus utiles. Un problème supplémentaire vient des mutations du virus, qui devient plus infectieux ou plus mortel. (Comme les lecteurs le reconnaîtront, les mutations qui deviennent moins infectieuses ou moins mortelles ne seront probablement pas notées et ne susciteront pas d'inquiétude). Si l'on ne sait pas encore quelles tendances vont se développer, il est clair que l'effondrement économique et la fermeture du marché mondial ont eu des effets désastreux sur les économies des pays en développement. La croissance s'est arrêtée, les taux de pauvreté et de chômage ont augmenté et l'avenir reste incertain. Cette situation a un effet considérable sur la santé et le bien-être, et affectera les activités de toutes les grandes agences de développement.

L'impact de la COVID-19 sur les systèmes de santé dans le monde en développement

Une façon rapide de l'évaluer est de regarder l'excès de décès, le nombre de décès par rapport aux années précédentes. Pour cette analyse, il faut qu'un système de registre d'état civil (CRS) fiable soit en place. Il s'agit d'un système qui enregistre toutes les naissances et tous les décès, qui délivre des certificats, et qui compile et diffuse les statistiques de l'état civil, y compris la cause du décès. Malheureusement, de nombreux pays ne disposent pas de systèmes de registre d'état civil adéquats. Le [New York Times](#) a construit [d'excellents ensembles de données](#) et nous encourageons vivement les lecteurs du GFO à les consulter. Les données sur la surmortalité ne sont actuellement disponibles que pour un seul pays africain, l'Afrique du Sud. Elles sont également disponibles pour la Bolivie, le Brésil, la Colombie, l'Indonésie et le Mexique.

Sans données, nous devons nous tourner vers d'autres sources. La British Broadcasting Corporation ([BBC](#)) rapporte que le Brésil a enregistré plus de 4 000 décès liés au COVID en 24 heures, la variante la plus contagieuse alimentant une recrudescence des cas. «Les hôpitaux sont surchargés, des personnes meurent en attendant d'être soignées dans certaines villes, et le système de santé est au bord de l'effondrement dans de nombreuses régions... Le bilan total du pays s'élève désormais à près de 337 000 morts, ce qui le place en deuxième position derrière les États-Unis. ... Le président Jair Bolsonaro continue de s'opposer à toute mesure de confinement ... Il fait valoir que les dommages causés à l'économie seraient pires que les effets du coronavirus lui-même ».

Si les patients consultent pour la COVID-19, on estime que 10 % d'entre eux présenteront des symptômes graves et devront être hospitalisés, tandis que 5 % seront dans un état critique et auront besoin de soins intensifs, certains nécessitant une ventilation. L'Afrique du Sud (59,8 millions d'habitants) possède les meilleurs systèmes de santé publique d'Afrique, mais compte moins de 1 000 lits d'unité de soins intensifs (USI), dont 160 dans le secteur privé. Le Malawi, qui compte 19,5 millions d'habitants, ne dispose que de 25 lits de soins intensifs dans les hôpitaux publics. Il n'y a aucun lit d'USI dans le principal hôpital pour maladies infectieuses de Harare. Non seulement ces unités seront débordées, mais d'autres cas seront triés.

Ce schéma n'a pas été observé au départ. Lorsque l'épidémie COVID-19 a frappé et que de nombreux pays se sont verrouillés, les personnes souffrant d'autres maladies se sont tenues à l'écart des établissements de santé. C'est particulièrement problématique lorsqu'elles sont traitées pour des maladies chroniques comme l'hypertension, et surtout le VIH.

Les exigences des systèmes de santé et communautaires

La pandémie de COVID-19 a affecté tous les piliers qui soutiennent un système de santé et communautaire solide : prestation de services de santé, personnel de santé, systèmes d'information sanitaire, accès aux médicaments essentiels, financement de la santé, leadership et gouvernance. En Afrique, on ne compte qu'environ [1,2 lit d'hôpital pour 1 000 habitants](#) et en Amérique latine et dans les Caraïbes, environ 1,9 lit d'hôpital pour 1 000 habitants, contre 6,5 en France, 3,5 en Italie et 3,0 en Espagne, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Ces pressions sur le système de santé ont été exacerbées par la pénurie la plus grave de toutes, à savoir le personnel de santé, y compris les médecins – en particulier les anesthésistes réanimateurs, qui sont en première ligne de la pandémie de COVID-19. Dans de nombreux pays en développement, les anesthésistes et les infirmières spécialistes en anesthésie s'occupent des patients dans les unités de soins intensifs et sont appelés à intuber les patients malades dans les services d'urgence et dans les salles d'opération. Dans d'autres cas, en raison de la pandémie de COVID-19, de nombreux centres de santé ont également été touchés par l'absentéisme du personnel en raison du manque d'équipement de protection.

La pandémie a entraîné une demande accrue de personnel de santé, qui n'est pourtant pas à l'abri de la COVID. "L'Afrique du Sud compte actuellement plus de 220 000 cas actifs, c'est-à-dire des personnes qui ont été infectées et qui sont encore en convalescence", explique le correspondant en Afrique Vinícius Assis. "Sauf que tout le monde n'est pas dans les hôpitaux, quinze mille personnes sont hospitalisées et environ deux mille dans les unités de soins intensifs. La préoccupation des autorités est de garder ces hôpitaux réservés aux patients atteints de la COVID-19." Angelique Coetzee, présidente de l'Ordre des médecins sud-africain, a déclaré : "Mais encore une fois, les gens ne meurent pas plus. C'est juste que cela fait peser une charge assez énorme sur les établissements de santé. Nous savons que plus de 300 médecins ont déjà perdu la vie." Alors que les pays en développement répondent à la pandémie, nous devons examiner dans quelle mesure cela a affecté les ressources pour d'autres maladies, notamment le VIH, la tuberculose (TB) et le paludisme. Les articles suivants de cette série examineront les flux et les allocations de ressources.

En outre, les restrictions en matière de déplacements et autres imposées par les mesures d'endiguement de COVID-19 ont rendu plus difficile l'accès des patients des pays en développement aux établissements de santé, notamment aux soins de santé primaires. En outre, les effets de la pauvreté, exacerbés par les mesures de blocage de la COVID-19, ont affecté les plus pauvres qui sont été dépourvus de leurs moyens de subsistance et de leurs revenus, de nourriture, et ceux qui le pouvaient n'ont plus les moyens d'accéder aux établissements de santé privés et imposent des demandes supplémentaires aux établissements de santé publics.

Redéfinition des priorités

Les systèmes de soins de santé, déjà à court d'argent, de lits, d'équipements et de personnel, ne seront probablement pas en mesure de fournir un traitement aux patients atteints de la COVID-19, à moins qu'ils ne réaffectent leurs maigres ressources. Ainsi, l'effet combiné de la réduction de l'accès aux soins de santé essentiels et de leur disponibilité entraînera une [augmentation des décès non liés au COVID-19](#). Par conséquent, la réponse d'urgence à la pandémie a conduit les dirigeants politiques, les décideurs en matière de santé publique, les prestataires de soins de santé et même les patients et le public à réévaluer leurs besoins en matière de santé. Les gouvernements des pays en voie de développement doivent penser à redéfinir les priorités de leurs budgets nationaux pour répondre à la COVID-19.

Dans les bidonvilles au Bangladesh, au Kenya, au Nigeria et au Pakistan, il a été signalé que les habitants hésitaient à se rendre à la consultation externe d'un hôpital pour des symptômes tels que la toux et la fièvre, de peur d'être suspectés de souffrir de la COVID-19. En outre, les conclusions d'une [étude de cas en Ouganda](#) sur la fréquentation des principaux services de santé et la mortalité pour 2019 et 2020 ont révélé que de mars à avril 2020, la fréquentation des services de santé a diminué, puis augmenté en juin ou juillet 2020. Les baisses les plus notables concernaient le service général de consultation externe (17 %), l'hypertension (17 %), la vaccination (10 %), le diabète (10 %), les soins prénatals (8 %) et le paludisme (7 %). La mortalité dans les établissements a diminué au cours de la même période. L'étude a conclu que le confinement a réduit l'accès aux services de santé. La COVID-19 a créé un retard dans les mises sous traitements et augmenté les listes d'attente des patients pour d'autres problèmes de santé urgents, tout en interrompant les soins et la gestion des [maladies chroniques](#). Les prévisions suggèrent fortement que, sur la base des années de vie perdues corrigées de l'incapacité, l'impact de la réponse de santé publique sur les maladies non COVID-19 pourrait dépasser l'impact direct d'une épidémie étendue de COVID-19.

L'année 2020 s'est sur le mode de la "gestion de crise" dans les pays en développement, en réponse à la pandémie de COVID-19, à la planification de la prochaine vague et à la comptabilisation du coût du virus en termes de nombre de corps ; par conséquent, les patients affectés par d'autres pathologies n'ont pas pu se rendre à leurs rendez-vous de routine pour le dépistage, le traitement et les soins. De plus, lorsque

les taux d'infection au COVID-19 commenceront à diminuer, les établissements de santé se retrouveront à traiter des patients qui ont évité le COVID-19 pour ensuite succomber à ses nombreuses conséquences involontaires telles que la dépendance, les maladies non traitées et la dépression grave.

Conclusion

Jusqu'à présent, la COVID-19 n'a pas eu le même impact en termes de morbidité et de mortalité dans la plupart des pays soutenus par le Fonds mondial que dans les pays de l'OCDE. En Europe et en Amérique du Nord, les taux de mortalité choquants ont particulièrement touché les populations âgées. La plus grande partie de l'Afrique a été épargnée par la mortalité des autres continents. Les raisons de cette situation ont fait l'objet de nombreuses spéculations, la structure d'âge de la population étant actuellement le principal facteur d'explication, mais en réalité, nous ne connaissons pas encore tous les facteurs qui pourraient être en jeu.

Malgré cela, le COVID-19 a augmenté la demande dans les systèmes de soins de santé – en particulier les hôpitaux. Il a tué de manière disproportionnée les médecins et les infirmières. C'est un stress supplémentaire pour des systèmes déjà mis à rude épreuve. Cependant, les grands défis – que nous aborderons dans les prochains articles de cette série – porteront sur :

1. Le financement des soins de santé, du point de vue des donateurs.
2. Les effets économiques et sociaux de COVID-19.
3. Les voies à suivre, y compris l'accès et la disponibilité des vaccins.

Nous nous attendons à ce que de nombreuses commissions d'enquête se penchent sur la manière dont nous avons réagi à la COVID-19 et sur les leçons à en tirer. Notre dernier article se penchera sur les mandats que devraient avoir ces commissions et fera des suggestions fondées sur notre expérience du VIH, de la tuberculose et du paludisme.

[Read More](#)
