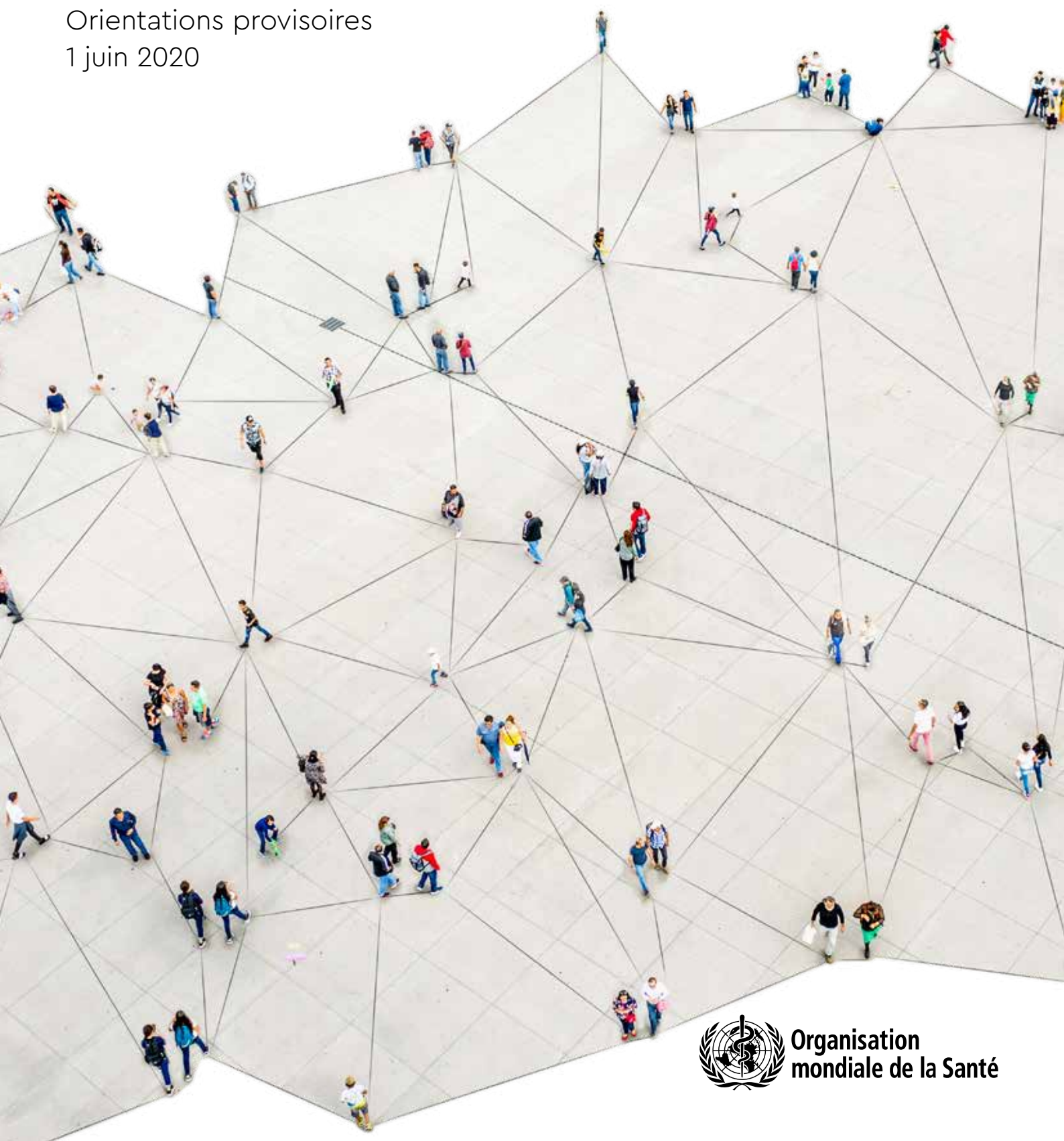


Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19

Orientations provisoires
1 juin 2020



**Organisation
mondiale de la Santé**

WHO/2019-nCoV/essential_health_services/2020.2

© Organisation mondiale de la Santé 2020

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'oeuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'oeuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'oeuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette oeuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle oeuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette oeuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citation suggérée. Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en oeuvre dans le cadre de la COVID-19 : orientations provisoires, 1 juin 2020 [Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context : interim guidance, 1 June 2020]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (WHO/2019-nCoV/essential_health_services/2020.2). Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente oeuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente oeuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Le présent document est la mise à jour d'orientations provisoires initialement publiées le 25 mars 2020 sous le titre « COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak ».

Crédits photos :

Page de couverture, iStock.com/Orbon Alija.

Page. v, Flickr CC0 1.0/AMISOM Public Information/AU UN IST PHOTO/Tobin Jones.

Page. 1, Flickr CC BY-NC-ND 2.0/ILO/Adri Berger.

Page. 2, Flickr CC BY-ND 2.0/Hospital Clínic/Francisco Àvia.

Page. 4, Flickr CC BY-NC-ND 2.0/© UNICEF Ethiopia/2013/Ose.

Page. 5, Freepik.

Page. 6, © UNICEF/UNI309864/Frank Dejongh.

Page. 8, Freepik.

Page. 10, Flickr CC BY-NC-ND 2.0/UN Women/Pathumporn Thongking.

Page. 12, Flickr CC BY-NC 2.0/U.S. Pacific Fleet/Rawad Madanat.

Page. 14, © UNICEF/UNI314083/Chan.

Page. 16, Flickr CC BY-SA 2.0/Karina Zambrana - SGEP/MS.

Page. 17, © UNICEF/UNI322149/Frank Dejongh.

Page. 18, © UNICEF/UNI324621.

Page. 20, Flickr CC BY 2.0/NEC Corporation of America.

Page. 22, © UNICEF/UNI309873/Frank Dejongh.

Page. 23, Flickr CC BY-NC 2.0/Public Services International.

Page. 24, © UNICEF/UNI326749/Frank Dejongh.

Page. 31, Flickr CC BY-NC-ND 2.0/UNMISS.

Page. 40, © UNICEF/UN0294748/Frank Dejongh.

Page. 52, © UNICEF/UNI331144/Volpe.

Page. 56, Flickr CC BY 2.0/CDC Foundation/David Snyder.

Conception : Annovi Design.

Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19

Orientations provisoires

1 juin 2020

Table des matières

Remerciements	v
Partie 1 : Stratégies opérationnelles pour le maintien des services de santé essentiels	1
1.1 Vue d'ensemble	2
1.2 Considérations concernant le contexte	4
1.3 Adapter les mécanismes de gouvernance et de coordination pour soutenir des actions rapides	5
1.4 Donner la priorité aux services de santé essentiels et les adapter à l'évolution des contextes et des besoins	6
1.5 Optimiser les paramètres et les plateformes de prestation de services	8
1.6 Mettre en place une gestion efficace du flux de patients (à travers le dépistage, le triage et l'orientation ciblée)	10
1.7 Optimiser rapidement les capacités du personnel de santé	12
1.8 Maintenir la disponibilité des médicaments, équipements et produits essentiels	14
1.9 Financer la santé publique et supprimer les obstacles financiers à l'accès	16
1.10 Renforcer les stratégies de communication pour soutenir l'utilisation appropriée des services essentiels	17
1.11 Renforcer le suivi des services de santé essentiels	18
1.12 Utiliser les plateformes numériques pour soutenir la prestation de services de santé essentiels	20
PARTIE 2 : Considérations concernant le parcours de vie et les maladies	22
2.1 Étapes du parcours de vie	24
2.1.1 Santé maternelle et néonatale	24
2.1.2 Santé des enfants et des adolescents	26
2.1.3 Personnes âgées	28
2.1.4 Services de santé sexuelle et reproductive	29
2.2 Nutrition, maladies non transmissibles et santé mentale	31
2.2.1 Nutrition	31
2.2.2 Maladies non transmissibles : maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, maladies respiratoires chroniques, maladies rénales chroniques, affections bucco-dentaires	33
2.2.3 Troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives	38
2.3 Maladies transmissibles	40
2.3.1 VIH, hépatite virale et infections sexuellement transmissibles	40
2.3.2 Tuberculose	44
2.3.3 Vaccination	45
2.3.4 Maladies tropicales négligées	48
2.3.5 Paludisme	50
Références	52
Annexe	56
Exemple d'indicateurs pour le suivi des services de santé essentiels	56

Remerciements



Les présentes orientations ont été élaborées exclusivement par le personnel des agences des Nations unies sur la base d'un consensus d'experts, de nouvelles analyses et de références à des orientations de programmes de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP existantes.

Coordination éditoriale

Jill Farrington, Andre Griekspoor, Santosh Gurung, Sally Hargreaves, Sara Hollis, Blerta Maliqi, Teri Reynolds (agent responsable), Susan Sparkes

Autres contributeurs et réviseurs

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Bernadette Abela-Ridder, Marina Adrianopoli, Olga Agbodjan-Prince, Elsie Akwara, Benedetta Allegranzi, Jamela Al-Raiby, Avni Amin, Kingsley Asiedu, Ian Askew, Rachel Baggaley, Sepideh Bagheri Nejad, Sunil Bahl, Andrew Ball, April Baller, Valentina Baltag, Anshu Banerjee, Prebo Barango, Shannon Barkley, Hélène Barroy, Hana Bekele, Anjana Bhushan, Gautam Biswas, Mercedes Bonet, Mathieu Boniol, Daniel Brigden, Anne Brink, Nathalie Broutet, Maurice Bucagu, Sonja Caffè, Susanne Carai, Maricel Castro, Venkatraman Chandra-Mouli, Diana Chang Blanc, Richard Cibulskis, Camilo Cid, David Clarke, Adam Lauren Cohen, Giorgio Cometto, Erwin Cooreman, Marilys Corbex, Peter Cowley, Valeria de Oliveira Cruz, Bernadette Daelmans, Daniel Argaw Dagne, Carolina Alfaro Danovaro, Masoud Dara, Shalini Desai, Teshome Desta, Khassoum Diallo, Theresa Diaz, Amadou Garba Djirmay, Meg Doherty, Elisa Dominguez, Martin Donoghoe, Bayarsaikhan Dorjsuren, Tarun Dua, Pablo Durán, Philippa Easterbrook, Maria Eebello, Tamás Evetovits, Dennis Falzon, Nathan Ford, Andres de Francisco, Albi Gabrielli, Bela Ganatra, Elkan Gasimov, Massimo Ghidinelli, Karima Gholbzouri, Philippe Glaziou, Global Malaria Programme and WHO intercountry support teams, Rodolfo Gómez, Richard Gregory, Lianne Marie Gonsalves, Regina Guthold, Zee Han, Vachagan Harutyunyan, Lisa Hedman, Nilmini Hemachandra, Dirk Horemans, Andre Ilbawi, Naoko Ishikawa, Saurabh Jain, Melitta Jakab, Mohammed Jamsheed, Anoma Jayathilaka, Cheryl Johnson, Matthew Jowett, Rita Kabra, Catherine Kane, Tereza Kasaeva, Elizabeth Katwan, Ed Kelley, James Kelley, Akpaka Kalu Sudhir Khanal, Rajat Khosla, James Kiarie, Nancy Kidula, Warrick Kim, Jonathan King, Souleymane Kone, Yeboue Kouadio, Katrina Kretsinger, Aigul Kuttumuratova, Joseph Kutzin, Oleg Kuzmenko, Hugues Lago, Benjamin Lane, Margrieta Langins, Antonella Francheska Lavelanet, Ornella Lincetto, Ann Lindstrand, Jayantha Liyanage, Laura Nic Lochlainn, Daniel Low-Beer, Silvana Luciani, Briana Lucido, Niklas Luhmann, Frank Lule, Virginia MacDonald, Ramez Mahaini, Mwelecele Malecela, Priya Mannava, Casimir Manzenigo, Awad Mataria, Inke Mathauer, Cuauhtémoc Ruiz Matus, Pamela Mbabazi, Symplise Mbola Mbassi, Bruno Meesen, Garrett Livingston Mehl, Rajesh Mehta, Lisa Menning, Bente Mikkelsen, Jose R. Franco Minguell, Ann Beth Moller, Hernan Montenegro von Muelenbrock, Roberto Montoya, Antonio Montessor, Allisyn Moran, Claudia Garcia Moreno, Bridget Akora Mugisa, Diane Muhongerwa, Mick Mulders, John Murray, Assumpta Muriithi, Bremen de Mucio, Juliet Nabyonga, Claudia Nannei, Manjulaa Narasimhan, Salla Ndoungou, Santiago Nicholls, Yasir Nisar, Abdalsan Noor, Olufemi Oladapo, Kathryn O'Neill, Leopold Ouedraogo, Francesca Palestra, Venkata Pemmaraju, Martina Penazzato, Claudia Pescetto, Marina Plesons, Annie Portela, Zita Weise Prinzo, Gerardo Priotto, Giovani Ravasigi, Nirina Razakasoa, Pryanka Relan, Bharat Rewari, Leanne Riley, Briana Rivas Morello, Alastair Robb, Michelle Rodolph, Lisa Rogers, Gojka Roglic, David Anthony Ross, Tomas Roubal, Jose A. Ruiz-Postigo, Aurora Soares, Sohel Saikat, Ritu Sadana, Kuntal Saha, Dieudonne Sankara, Lale Say, Nicole Seguy, Mukta Sharma, Stephanie Shendale, Hai-Rim Shin, Khalid Siddeeg, Angela Padmini de Silva, Satvinder Singh, Charalampos Sismanidis, Slim Slama, Samir Sodha, Anthony Solomon, Agnès Soucat, Kate Strong, Yuka Sumi, Afework Tekle, Juan Tello, Thaksaphon (Mek) Thamarangsi, Jotheeswaran Amuthavalli Thiagarajan, Sarah Thomson, Alexandre Tiendrebeogo, Tsolmongerel Tsilaajav, Prosper Tumusiime, Juliawati Untoro, Meera Thapa Upadhyay, Neena Valecha, Mark Van Ommeren, Benoit Varenne, Cherian Varghese, Raman Velayudhan, Annette Verster, Pedro Albajar Vinas, Marco Vitoria, Lara Vojnov, Elena Vovc, Zubair Wadood, Hui Wang, Susan Annemarie Wang, Supriya Warsuvithana, Martin Weber, Maru Aregawi Weldedawit, Wilson Were, Teodora Wi, Aya Yajima, Nasir Yusuf, Ghasem Zamani, Diana Zandi, Li Zhao, Matteo Zignol

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Mamka Anyona, Jennifer Asman, Joanne Bosworth, Valentina Buj, Carlos Navarro Colorado, Anne Detjen, Hannah Sarah Dini, David Hipgrave (Coordinator), Shaffiq Essajee, Ulla Griffiths, Gagan Gupta, Tedbabe Degefie Hailegebriel, Andreas Hasman, Debra Jackson, Tanvi Jain, Karin Kallander, Joanna Lai, Manuel Celestino Lavayen, Ken Legins, Robin Nandy, Rory Nefdt, Luwei Pearson, Stefan Swartling Peterson, Jerome Pfaffmann, Benjamin Schreiber, Fouzia Shafique, Alyssa Sharkey, David Stewart, Claudia Vivas, Ahmadu Yakubu, Willibald Zeck

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)

Michel Brun, Danielle Engel, Mandira Pau

Partie 1 : Stratégies opérationnelles pour le maintien des services de santé essentiels





1.1 Vue d'ensemble

Les systèmes de santé du monde entier sont confrontés à une demande croissante en soins destinés aux personnes atteintes de COVID-19, exacerbée par la peur, la stigmatisation, la désinformation et les restrictions de déplacement qui perturbent la prestation des soins de santé, quelles que soient les affections à prendre en charge. Lorsque les systèmes de santé sont débordés et que les personnes n'ont pas accès aux soins nécessaires, la mortalité directe due à une flambée épidémique et celle indirecte due à des affections évitables et soignables augmentent considérablement (1, 2, 3). Il est essentiel de maintenir la confiance de la population dans la capacité du système de santé à répondre en toute sécurité aux besoins essentiels et à contrôler le risque d'infection dans les établissements de santé pour garantir un comportement approprié en matière de recherche de soins et le respect des conseils de santé publique.

La capacité de tout système à maintenir la prestation des services de santé essentiels dépendra de la charge de morbidité de référence, du scénario local de transmission de la COVID-19 (absence de cas, cas sporadiques, clusters ou transmission communautaire) et de la capacité du système de santé au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie (4). Les investissements récents dans les soins de santé primaires pour la couverture sanitaire universelle constituent une base essentielle pour s'adapter au contexte d'une pandémie. Un système de santé bien organisé et préparé a la capacité de maintenir un accès équitable à des services de santé essentiels de haute qualité tout au long d'une situation d'urgence, en limitant la mortalité directe et en évitant la mortalité indirecte.

Au cours des premières phases de l'épidémie de COVID-19, de nombreux systèmes de santé ont pu maintenir la prestation de services de routine et gérer une charge de travail pour la COVID-19 relativement peu élevée. À mesure que le système était de plus en plus sollicité et que les agents de santé eux-mêmes étaient de plus en plus touchés par l'infection par le virus de la COVID-19 et les conséquences indirectes de la pandémie, il est devenu urgent de procéder à des adaptations stratégiques pour faire en sorte que les ressources limitées des secteurs public et privé procurent un maximum d'avantages aux populations.

Les pays seront amenés à prendre des décisions difficiles pour trouver un équilibre entre la nécessité de répondre directement à la pandémie de COVID-19 et celle de maintenir la prestation d'autres services de santé essentiels. La mise en place d'une gestion efficace du flux des patients (à travers le dépistage, le triage et l'orientation ciblée des cas de COVID-19) est essentielle à tous les niveaux. De nombreux services de routine et d'autres facultatifs ont été suspendus, et les méthodes de prestation existantes sont en train d'être adaptées à l'évolution du contexte de la pandémie à mesure que l'analyse bénéfices-risques de toute activité donnée évolue. Lorsque la prestation de services de santé essentiels est menacée, des mécanismes efficaces de gouvernance et de coordination, ainsi que des protocoles de hiérarchisation et d'adaptation des services, peuvent atténuer le risque de défaillance pure et simple du système.

Au fur et à mesure que l'épidémie sera maîtrisée et que les mesures de santé publique restrictives progressivement assouplies, certaines adaptations dans la prestation des services pourraient devoir être abandonnées, d'autres poursuivies pendant une période limitée, et d'autres encore qui s'avèrent efficaces, sûres et bénéfiques intégrées dans les pratiques post-pandémie de routine. Le cours de la flambée de maladie va probablement fluctuer en intensité, et la réponse stratégique devra être dynamique et calibrée. Les décideurs doivent prévoir la nécessité de lancer, de stopper et de relancer les adaptations mises en place. Les décisions doivent être alignées sur les politiques nationales et infranationales pertinentes et réévaluées à intervalles réguliers.

La mise en œuvre réussie de ces réorientations stratégiques nécessitera l'engagement actif des communautés et des parties prenantes publiques et privées, des mesures spécifiques pour garantir l'accès des populations socialement vulnérables, de la transparence et une communication fréquente avec le public, et un degré élevé de coopération de la part des populations. Toutes les adaptations devraient être effectuées conformément aux principes éthiques, tels que l'équité dans l'allocation des ressources et l'accès, l'auto-détermination, le non-abandon des personnes malades et le respect de la dignité et des droits de l'homme (5). Dans l'ensemble, l'incapacité à protéger les groupes vulnérables les expose à un risque plus élevé et compromet la riposte à la COVID-19 et les objectifs plus larges de santé publique. Dans tous les cas, les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) doivent être strictement suivies sur la base d'orientations actualisées (6) et de politiques pertinentes.

Le présent document s'appuie sur le contenu du pilier relatif aux services et systèmes de santé essentiels figurant dans le document en anglais intitulé *COVID-19 strategic preparedness and response plan: operational planning guidelines to support country preparedness and response* (4), remplace le document antérieur en anglais intitulé *Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak* (7), et complète le document récemment publié intitulé *Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic* (8). Il soutient la mise en œuvre par les pays d'actions ciblées aux niveaux national, infranational et local destinées à réorganiser et maintenir l'accès à des services de santé essentiels sûrs et de qualité. Il décrit les adaptations nécessaires pour assurer la sécurité des personnes et maintenir la continuité des services de santé essentiels pendant la riposte à la pandémie de COVID-19. Il est destiné aux décideurs et aux gestionnaires aux niveaux national et infranational.

La première partie expose les principes de base et les recommandations pratiques qui soutiennent la prise de décision pour assurer la continuité de certains services de santé essentiels, en soulignant les actions clés que les pays devraient envisager.

La seconde partie contient de brèves sections traitant des adaptations et des considérations spécifiques relatives aux programmes sur les parcours de vie et les maladies dans le contexte de la COVID-19. Ces sections sont destinées à être utilisées en même temps que les orientations des programmes OMS existants dans ces domaines, sans toutefois les remplacer.



1.2 Considérations concernant le contexte

Différentes régions, même au sein d'un même pays, peuvent nécessiter des approches différentes pour désigner les services de santé essentiels et pour réorienter les composantes du système de santé afin de maintenir ces services. Les décideurs doivent trouver un équilibre entre les bénéfices de certaines activités et les risques qu'elles présentent en termes de transmission du virus. L'analyse bénéfices-risques de toute activité donnée dépend de la charge de morbidité et du contexte social au niveau local, du schéma de transmission de la COVID-19 et de la capacité locale de prestation de services au départ et au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie.

Les pays disposent de politiques différentes pour les mesures de santé publique et sociales qu'ils mettent en œuvre pour limiter la transmission de la COVID-19, et leurs approches pour assouplir ces mesures diffèrent également. Les politiques qui restreignent les déplacements afin de limiter la transmission peuvent créer des obstacles à l'accès aux soins de santé et influenceront sur la feuille de route relative au rétablissement des services. Ainsi, la pandémie impose, pour qu'ils soient en mesure de gérer eux-mêmes de nombreux besoins de santé, des exigences sans précédent aux individus et aux soignants informels – notamment les familles, les amis et les voisins – qui ne devraient pas être concernés par les restrictions de déplacement car elles pourraient les empêcher de dispenser des soins nécessaires à leurs proches.

Dans les contextes où les maladies infectieuses à forte charge de morbidité se caractérisent par des signes et des symptômes qui correspondent à la définition des cas de la COVID-19 (comme le paludisme, la pneumonie ou la tuberculose), les messages de santé publique devront être adaptés afin de s'assurer que les personnes ne tardent pas à se faire soigner pour des maladies potentiellement mortelles. En outre, dans les régions où des opérations d'élimination et d'éradication sont en cours, même des modifications à court terme des approches de prévention et de traitement peuvent rapidement compromettre des résultats durement acquis et avoir des conséquences importantes à long terme.

Le lieu où les soins sont disponibles, la marche à suivre pour demander ces soins et les personnes qui sont sollicitées peuvent varier considérablement en fonction du contexte. Dans certaines communautés, les prestataires du secteur privé et les organisations non gouvernementales (ONG), notamment les organisations confessionnelles, sont des acteurs importants et des prestataires de services clés. Des évaluations rapides aux niveaux national et infranational devraient guider les choix stratégiques concernant les changements de politiques et de protocoles, en tenant compte du fait que les carences préexistantes dans la prestation de services peuvent être exacerbées pendant l'épidémie. Cela est particulièrement important dans les pays à faible capacité et dans les contextes de crise humanitaire, où les services seront compromis plus rapidement. Les adaptations et les innovations doivent tenir compte des limites en matière de ressources et de capacités (9). Lorsqu'elles sont suffisamment étayées et coordonnées, les adaptations réalisées dans le cadre de la COVID-19 peuvent permettre de renforcer les capacités des systèmes de santé, qui pourront être maintenues tout au long de la pandémie et au-delà.



1.3 Adapter les mécanismes de gouvernance et de coordination pour soutenir des actions rapides

Les ripostes nationales à la COVID-19 impliquent généralement la mise en place d'une équipe de gestion des incidents. Un point focal désigné pour les services de santé essentiels, membre de cette équipe, fera office d'agent de liaison avec les programmes de services de santé essentiels. Dans les phases de l'épidémie où les cas de COVID-19 peuvent être pris en charge sans compromettre les services de routine, ce point focal pourra coordonner la réaffectation des ressources humaines, financières et matérielles et mobiliser des ressources supplémentaires. Durant ces phases, le point focal travaille avec les programmes pour optimiser les protocoles de modification et de maintien des services de santé essentiels, tout en veillant à ce que les mesures de prévention des infections soient renforcées pour garantir la sécurité de la prestation de services. Lorsque les services de routine sont compromis, le point focal désigné coordonne l'activation des protocoles relatifs à la redéfinition progressive des priorités et l'adaptation des services, comme décrit dans les sections ci-après. La mise en œuvre doit se faire en coordination avec les autorités compétentes aux niveaux national et infranational et avec les prestataires de services publics et privés. À mesure que la transmission de la COVID-19 est maîtrisée et que la demande liée à la flambée de maladie diminue, le point focal coordonnera le rétablissement progressif et sûr des services et des stratégies visant à répondre aux besoins de soins de santé qui avaient cessé d'être pris en compte. Au fil de l'évolution de la pandémie, ces cycles sont susceptibles de se répéter, avec la nécessité de lancer, de stopper et de relancer les adaptations relatives aux services.

MESURES CLÉS

- ☐ Désigner un point focal pour les services de santé essentiels parmi les membres de l'équipe de gestion des incidents COVID-19.
- ☐ Établir des canaux de coordination et de communication entre l'équipe de gestion des incidents COVID-19, les gestionnaires de programmes de services de santé essentiels et les prestataires de services des secteurs public et privé.
- ☐ Définir (ou adapter) les mécanismes et les protocoles pour gérer la prestation des services de santé essentiels en coordination avec les protocoles de riposte, notamment pour renforcer les mesures de prévention des infections.
- ☐ Définir les déclencheurs ou les seuils pour la réaffectation progressive des capacités des services de routine vers les services essentiels, et pour la ré-expansion et la transformation des services au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie.
- ☐ Mettre en place des mécanismes permettant de vérifier la prestation continue de services de santé essentiels et d'intégrer les données dans le processus décisionnel de l'équipe de gestion des incidents (voir Section 1.8).
- ☐ Mettre en place ou maintenir des mécanismes de coordination entre les autorités chargées des finances et les autorités sanitaires afin de garantir le financement des services de santé essentiels et de faciliter l'adaptation, le rétablissement et la transformation des services de manière réactive (voir Section 1.9).



1.4 Donner la priorité aux services de santé essentiels et les adapter à l'évolution des contextes et des besoins

Pour éviter la morbidité et la mortalité indirectes et prévenir les poussées aiguës de maladies chroniques lorsque les services sont interrompus, les pays doivent identifier les services de santé essentiels pertinents au contexte qui seront prioritairement maintenus pendant la phase aiguë de la pandémie de COVID-19. Les domaines hautement prioritaires sont :

- les services essentiels de prévention et de traitement pour les maladies transmissibles, notamment la vaccination ;
- les services liés à la santé reproductive, notamment les soins prodigués pendant la grossesse et l'accouchement ;
- les services essentiels destinés aux populations vulnérables, comme les nourrissons et les personnes âgées ;
- la fourniture de médicaments, de matériel et de soutien de la part des agents santé dans la prise en charge continue des maladies chroniques, notamment les troubles mentaux ;
- les thérapies critiques en établissement de santé ;
- la prise en charge des urgences médicales et des affections courantes aiguës nécessitant une intervention rapide ; et
- les services auxiliaires, comme l'imagerie diagnostique de base, les services de laboratoire et les banques de sang.

Lorsque la charge de travail liée à la COVID-19 et la pression qui en découle sur le système de santé diminueront, de nombreux services qui avaient été suspendus devront être rétablis. Les décisions concernant le moment et la manière de rétablir les services en toute sécurité varieront en fonction des affections et de la population (voir Partie 2). Ainsi, le démarrage d'un traitement contre le cancer doit tenir compte des avantages d'un traitement précoce pour un individu donné et du risque d'une immunosuppression associée. Les stratégies de rétablissement des services complets et facultatifs doivent être réexaminées et révisées périodiquement au fur et à mesure de l'évolution de la flambée épidémique. Les diminutions substantielles de l'utilisation des services en dessous des seuils convenus ou d'autres indicateurs de performance doivent déclencher des stratégies ciblées, telles que des campagnes de communication auprès de la population sur la reconnaissance des signes de danger de crises cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux (voir Section 1.8 et Partie 2).

Dans de nombreux cas, la suspension temporaire des services entraînera un retard dans le traitement des personnes nécessitant des soins. Les programmes de prévention interrompus, notamment le dépistage, nécessiteront probablement des campagnes de rattrapage, par exemple pour les vaccinations qui n'ont pas pu être effectuées. La suspension des services chirurgicaux, par exemple, risque de créer un important volume d'actes en souffrance dans la plupart des systèmes, certaines procédures initialement jugées facultatives devenant progressivement plus urgentes. Étant donné les besoins en personnel de santé, la nécessité d'un contact rapproché et les besoins en ressources matérielles associés (salles d'opération et équipements de protection individuelle [EPI], par exemple), le rétablissement des services opératoires nécessitera une stratégie coordonnée et bien planifiée. La planification doit tenir compte de la possibilité de périodes prolongées d'augmentation de la charge de travail et de l'urgence par rapport à la situation de base.

Outre la suspension des services, d'autres obstacles liés à la situation de pandémie ont entraîné complications et morbidité associées à la recherche tardive de soins, telles que de graves augmentations de maladies non transmissibles (MNT) ou d'infections avancées. Le confinement, la peur, la perte d'emploi et l'incertitude quant à l'avenir lié à la pandémie ont été jugés responsables de l'augmentation de la violence domestique, institutionnelle, sexuelle et sexiste, ainsi que de l'augmentation générale des troubles de santé mentale, notamment la dépression, l'anxiété et la toxicomanie (voir Section 2.2.3). Tous ces éléments entraînent des besoins plus importants en matière de services de santé.

Le rétablissement des services est susceptible de se produire dans le contexte d'un nouvel état de normalité, caractérisé par des risques permanents de transmission de la COVID-19 et de récurrence de foyers locaux ou de transmission communautaire. La prestation des services doit être rétablie en toute sécurité, en continuant à atténuer le risque de transmission, en s'appuyant sur les adaptations mises en place pendant la riposte et en anticipant la probabilité que des mesures restrictives

soient réintroduites. La planification d'urgence en cas de possible réinterruption des services peut inclure la fourniture d'ambulances et d'installations, l'établissement de protocoles de transition clairs et la formation du personnel. Des mesures d'atténuation spécifiques aux programmes et des plans d'urgence seront nécessaires pour lancer, stopper et redémarrer les activités en toute sécurité au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie.

Une planification anticipée efficace ouvre la voie à une transformation qui laisse les systèmes de santé mieux préparés et réduit les risques potentiels de futures perturbations. Les adaptations doivent être envisagées de manière à renforcer la résilience des services et à accroître le potentiel du système à étendre rapidement la capacité de traitement des cas de COVID-19, tout en garantissant un accès sûr à des services de santé essentiels de haute qualité.

MESURES CLÉS

- ☐ Établir une liste des services de santé essentiels par pays en fonction du contexte et en s'appuyant sur les orientations et les outils de l'OMS.
- ☐ Répondre aux besoins particuliers des populations marginalisées, telles que les populations autochtones, les migrants et les réfugiés, les travailleurs/travailleuses, du sexe et les sans-abri, entre autres.
- ☐ Identifier les services de routine et les services facultatifs qui peuvent être suspendus ou transférés dans des zones moins touchées.
- ☐ Créer une feuille de route pour la réduction progressive des services et leur rétablissement au fur et à mesure de l'évolution de la pression sur le système de santé (voir Section 1.3).
- ☐ Anticiper le rétablissement des services suspendus en fonction de l'évolution des besoins lors de l'assouplissement progressif des mesures de santé publique et s'attaquer à tout nouvel obstacle à l'accès.
- ☐ Veiller à la continuité des mesures de réduction et d'atténuation des risques de transmission de la COVID-19, en renforçant les programmes PCI pour à mettre en œuvre les mesures prioritaires, dans tous les programmes de prestation de services de santé.
- ☐ Garantir le développement de composantes associées par le biais des mesures stratégiques décrites dans les sections ci-après.



1.5 Optimiser les paramètres et les plateformes de prestation de services

Il sera peut-être nécessaire de modifier les cadres dans lesquels des services spécifiques sont dispensés, et cela pour de nombreuses raisons, notamment les suivantes :

- les lieux de prestation de services existants peuvent ne pas être disponibles parce qu'ils ont été affectés à la prise en charge exclusive des personnes touchées par la COVID-19, ou parce que la sécurité de la dispense de services de routine n'y est pas garantie ;
- les déplacements vers les établissements de santé peuvent être perturbés par des contraintes, notamment des perturbations dans les transports publics ;
- la nécessité de limiter les contacts dans les établissements, notamment les admissions non essentielles à l'hôpital, pour des raisons de sécurité et de capacité ;
- un déplacement du lieu principal de prestation des services de soins de courte durée vers les services d'urgences hospitalières afin de concentrer les services dans un cadre adapté à des soins à grand volume et portant sur des cas graves, disponibles 24 heures sur 24.

Les services en établissement de santé devraient être réalisés à distance lorsque cela est approprié et possible, et les services de soins primaires qui sont dispensés habituellement en plusieurs séances devraient être regroupés lorsque cela est possible. Les processus d'admission des patients à hospitaliser pourraient devoir être adaptés, car les risques et les avantages associés aux soins en milieu hospitalier peuvent changer. Une planification des sorties bien coordonnée, liée au suivi des soins primaires, peut réduire la durée des séjours à l'hôpital.

Les systèmes de santé disposant de modèles existants de soins primaires intégrés avec passerelles entre les différents niveaux de soins et avec les soins à domicile et les établissements de soins de longue durée peuvent utiliser l'architecture de leur système pour redéfinir les circuits d'aiguillage et garantir l'accès en temps utile aux services dont les patients ont besoin. Quel que soit le système, les adaptations réalisées dans le contexte de la pandémie peuvent servir de base à la transformation et à l'intégration de services de soins primaires.

MESURES CLÉS

- Effectuer une cartographie fonctionnelle des établissements de santé pour les soins aigus, chroniques et de longue durée, notamment ceux des systèmes publics, privés (commerciaux et à but non lucratif) et militaires. Il s'agit là d'une mesure préconisée également dans le pilier 7 du document intitulé *COVID-19 strategic preparedness and response plan: operational planning guidelines to support country preparedness and response* (4).
- En tenant compte des établissements réaffectés, veiller à ce que des services de soins aigus soient disponibles 24 heures sur 24 dans les services d'urgence des hôpitaux de premier niveau désignés (ou similaires) et faire en sorte que le public soit informé de ces changements.
- Réorienter les filières d'aiguillage et veiller à ce que les changements soient communiqués aux prestataires et au public.
- Coordonner le soutien aux soins primaires, ajuster les protocoles d'admission et de sortie des patients en fonction des besoins et de la sécurité afin de limiter la durée des séjours à l'hôpital.
- Utiliser les technologies disponibles et les réglementations associées pour recourir à des plateformes numériques plutôt qu'à des consultations cliniques et pour encourager les soins auto-administrés chaque fois que cela est approprié (voir Section 1.12).

- ☐ Repenser les stratégies de prise en charge des maladies chroniques sur la base de rencontres limitées ou adaptées avec les prestataires et d'une meilleure auto-prise en charge, tout en garantissant l'accès aux médicaments et aux matériels nécessaires.
- ☐ Intégrer les services dans les programmes de lutte contre les maladies au point de prestation de services, le cas échéant, afin de limiter le nombre de rencontres en établissement.
- ☐ Adapter la prestation des services aux personnes mal desservies, notamment la disponibilité des médicaments dans les pharmacies, le cas échéant.
- ☐ Documenter les solutions d'adaptation (p. ex., téléconsultation, soins primaires intégrés, reconfiguration des circuits d'aiguillage) mises en œuvre pendant la phase de pandémie qui devraient être intégrées à plus long terme dans le fonctionnement du système de santé.



1.6 Mettre en place une gestion efficace du flux de patients (à travers le dépistage, le triage et l'orientation ciblée)

Parce que les personnes se présentent pour des soins avant d'avoir bénéficié d'un diagnostic, au départ l'accès au système de santé se fera de la même manière, que les patients soient atteints par la COVID-19 ou non. Pour garantir la sécurité des services, les exigences minimales en matière de PCI doivent être appliquées dans l'ensemble du système de santé, en particulier sur les sites de soins de première ligne : centres de soins primaires, cliniques et services d'urgences hospitalières, et établissements communautaires ad hoc qui ont été désignés comme sites de soins. Le respect des précautions standard pour tous les patients à tout moment devrait être renforcé, en particulier pour la distanciation physique, l'hygiène des mains, l'utilisation appropriée des EPI, et le nettoyage et la désinfection des surfaces et de l'environnement. Les mesures PCI supplémentaires nécessaires dépendront du schéma local de transmission de la COVID-19 et du type de contact requis par l'activité. Une formation de remise à niveau portant sur les mesures PCI de base et les précautions supplémentaires à adopter pour la COVID-19 doit être dispensée aux agents de santé à tous les niveaux du système de santé.

Les sites de première ligne devront accroître leur capacité de dépistage/d'isolement des cas de COVID-19 et de triage de tous les patients, notamment en réorganisant les espaces physiques et en stockant le matériel EPI et PCI approprié (p. ex., produits d'hygiène des mains et désinfectants pour la décontamination de l'environnement). Le cas échéant, les rendez-vous doivent être fixés de manière à éviter un trop grand nombre de personnes dans les salles d'attente, qui doivent être réorganisées pour garantir la distanciation physique. Le nombre de visiteurs et les horaires de visite doivent être fortement réduits. Dans la mesure du possible, pour réduire au minimum les contacts inutiles entre les patients et le personnel, les établissements doivent réorganiser les processus et l'espace physique pour créer un flux unidirectionnel.

Tous les sites devront être prêts à évaluer et à orienter les patients de manière appropriée afin de réduire la transmission et de garantir l'utilisation rationnelle des rares ressources de soins avancés. La mise en place de critères et de processus d'orientation et de contre-orientation ciblés sera cruciale pour éviter que le système ne soit submergé. Étant donné que la disponibilité des services d'orientation ainsi que leur accès peuvent être limités dans le contexte d'une transmission élevée de la COVID-19, tous les agents de santé devraient être préparés (notamment par le biais d'une formation continue ciblée correspondant à leur champ d'activité) à assumer des responsabilités supplémentaires liées à la prise en charge initiale des principaux syndromes potentiellement mortels chez les enfants et les adultes : difficultés respiratoires, choc, altération de l'état mental et lésions (voir *Soins d'urgence de base OMS-CICR*) (10).

MESURES CLÉS

- ☐ Diffuser des informations pour informer le public et orienter les comportements de recherche de soins en toute sécurité (voir Section 1.10).
- ☐ Veiller à ce que les exigences PCI minimales, notamment la mise en œuvre de précautions standard, soient en place dans tous les établissements du système de santé.
- ☐ Veiller à ce que le matériel PCI soit suffisant pour garantir la prestation de services en toute sécurité.
- ☐ Mettre en place un dépistage de la COVID-19 pour tous les patients à leur arrivée dans tous les sites en utilisant les orientations et les définitions de cas les plus récentes (11).
- ☐ Mettre en place des mécanismes pour isoler les patients dans tous les sites de soins en utilisant les orientations COVID-19 les plus récentes.
- ☐ Assurer un triage basé sur l'acuité des symptômes dans tous les sites de soins de courte durée.

- ☐ Planifier les rendez-vous, limiter le nombre de visiteurs et gérer les flux de patients pour garantir la distanciation physique, éviter la saturation des salles d'attente et créer un flux unidirectionnel de patients et de personnel.
 - ☐ Définir des critères et des protocoles clairs pour des circuits d'orientation et de contre-orientation ciblés au sein du système public et chez les prestataires publics et privés.
-



1.7 Optimiser rapidement les capacités du personnel de santé

De nombreux pays sont confrontés à des problèmes de personnel de santé, notamment des pénuries, une mauvaise répartition et un déséquilibre entre les besoins de santé de la population et les compétences des agents de santé. D'autres facteurs peuvent limiter la disponibilité des agents de santé à dispenser des services essentiels pendant la pandémie, notamment la redistribution du personnel pour traiter un nombre croissant de patients atteints de COVID-19 et la perte du personnel susceptible d'être mis en quarantaine, infecté ou amené à s'occuper d'amis et de membres de leur famille. Une charge de travail accrue et un nombre réduit d'agents de santé devraient mettre à rude épreuve la capacité à maintenir les services essentiels et auront un impact réel sur les femmes, lesquelles constituent la majorité du personnel de santé. Ces problèmes prévisibles devraient être surmontés par un ensemble de stratégies, notamment le recrutement, la réaffectation dans les limites de la formation reçue et des compétences, la redistribution des rôles entre agents de santé, tout en garantissant la sécurité des agents et en fournissant un soutien en matière de santé mentale et de bien-être psychosocial (12).

Les mécanismes permettant de dégager des capacités supplémentaires en termes de personnel de santé sont les suivants :

- demander au personnel à temps partiel de travailler davantage et au personnel à temps plein de faire des heures supplémentaires rémunérées
- réaffecter le personnel des zones où la transmission est faible ou inexistante et où la capacité est excédentaire, tout en veillant à l'alignement des dispositions d'indemnisation clinique si nécessaire ;
- utiliser les dossiers d'enregistrement et de certification pour identifier d'autres personnes qualifiées, notamment les retraités diplômés et les médecins résidents autorisés à exercer des fonctions encadrées appropriées ;
- mobiliser les capacités des ONG, de l'armée et du personnel de santé du secteur privé, notamment par un déploiement temporaire dans le secteur public, le cas échéant ;
- si nécessaire, mettre en place des parcours de formation accélérée et de certification précoce pour les futurs médecins, infirmières et autres personnels stagiaires clés et veiller à ce qu'ils bénéficient d'une supervision accompagnée ;
- identifier les interventions cliniques à fort impact pour lesquelles une formation rapide faciliterait l'optimisation des tâches et des rôles et envisager l'élargissement des champs de pratique lorsque cela est possible ;
- utiliser des plateformes d'apprentissage en ligne et la technologie mobile pour dispenser des formations clés (p. ex. sur la gestion des affections nécessitant une intervention rapide et les affections courantes indifférenciées dans les soins de première ligne), un appui à la décision clinique et des services de soins cliniques directs (p. ex. télémedecine), le cas échéant (voir Section 1.12) ;
- officialiser les systèmes de prestataires non professionnels organisés (tels que les équipes de premiers secours communautaires et les volontaires de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge) ;
- former et affecter des membres du gouvernement et d'autres membres du personnel issus de secteurs autres que celui de la santé à des fonctions de soutien dans des établissements de santé (p. ex., administration, entretien, nutrition) ;
- former et équiper rapidement les agents de santé communautaires et les rémunérer afin d'accroître leur capacité à fournir des services de santé essentiels au sein de la communauté, en garantissant une supervision et des mécanismes de contrôle de la qualité des soins.

Les mesures de soutien essentielles comprennent la garantie d'heures de travail appropriées et de périodes de repos obligatoires ; la délivrance de conseils, de formations et de matériels (notamment des EPI de taille appropriée pour les femmes) afin de limiter l'exposition des agents de santé ; la surveillance de tout signe de maladie et de stress ; la garantie de la sécurité physique ; l'accès aux soins de santé mentale et aux outils d'auto-assistance ; et le paiement en temps voulu des salaires,

des heures supplémentaires et des congés de maladie, notamment pour le personnel temporaire afin d'éliminer les incitations dommageables à se présenter au travail en cas de maladie. Les agents de santé qui présentent un risque élevé de complications liées à la COVID-19 devraient être réaffectés à des tâches qui limitent leur risque d'exposition. Il pourrait être approprié d'offrir un hébergement pour réduire le temps de déplacement du personnel et protéger les familles des agents de santé contre les risques d'exposition. Dans l'ensemble, les responsables de la planification devraient mettre l'accent sur la prise en compte des questions de genre, notamment en soutenant le travail des femmes à des postes à responsabilités et en reconnaissant le fardeau social des soins non rémunérés. Les directions sanitaires infranationales (district) devraient être soutenues dans leurs efforts de planification en matière de personnel de santé, notamment pour faire face à des situations d'urgence, en coordination avec le point focal de l'équipe de gestion des incidents chargé des services de santé essentiels.

MESURES CLÉS

- ☐ Aider les directions sanitaires infranationales (district) à entreprendre la planification relative au personnel de santé, notamment pour faire face aux situations d'urgence, en coordination avec le point focal de l'équipe de gestion des incidents chargé des services de santé essentiels.
- ☐ Cartographier les besoins en personnel de santé (notamment pour les tâches essentielles et les besoins en temps) et harmoniser les listes et les plans en fonction des différents schémas de transmission de la COVID-19.
- ☐ Réaliser des évaluations rapides, selon les besoins, sur la disponibilité, la capacité et la répartition du personnel de santé (voir Section 1.11).
- ☐ Coordonner le financement supplémentaire pour assurer le paiement en temps voulu des salaires, des heures supplémentaires, des congés de maladie et des primes d'encouragement ou de risque, notamment pour les employés temporaires (voir Section 1.9).
- ☐ Mettre en place des mécanismes de formation rapide et fournir des aide-mémoire pour les capacités clés, notamment pour le dépistage, le triage, la prise en charge clinique, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, l'utilisation des outils numériques et les mesures PCI essentielles.
- ☐ Exploiter au maximum les mesures de santé au travail et de sécurité du personnel énumérées plus haut, notamment la mise à disposition de soins de santé mentale et de soutien psychosocial et la promotion de stratégies de soins auto-administrés.
- ☐ Procéder à un examen rapide des politiques relatives au partage des tâches ; à l'accélération de l'accréditation, de l'autorisation d'exercer et de l'indemnisation des agents de santé ; et aux partenariats public-privé en vue de l'augmentation du personnel de santé.
- ☐ Utiliser les outils OMS de calcul des besoins d'urgence COVID-19 pour guider la planification et se préparer à faire face aux pénuries de personnel qui pourraient survenir à des moments critiques au cours de la pandémie, en utilisant les données et les trajectoires spécifiques aux pays.



1.8 Maintenir la disponibilité des médicaments, équipements et produits essentiels

La nécessité de réorienter les approvisionnements pour traiter les patients atteints de la COVID-19, rendue plus pressante par les perturbations générales de la chaîne d'approvisionnement provoquées par les effets de l'épidémie sur d'autres secteurs, risque d'entraîner des ruptures de stock dans les ressources nécessaires aux services essentiels. Lors d'une pandémie, l'approvisionnement est dynamique et les risques de pénurie sont élevés. Des listes de ressources prioritaires liées aux services essentiels doivent être élaborées ou adaptées à partir des listes existantes, et la planification doit être exécutée en coordination avec la riposte globale à la flambée épidémique (14). Les fournisseurs et les pharmacies, tant publics que privés, peuvent être mis en réseau pour permettre une évaluation dynamique des stocks et une redistribution coordonnée. Pour plus de détails, voir le pilier du document intitulé *COVID-19 strategic preparedness and response plan: operational planning guidelines to support country preparedness and response* (4) consacré au soutien opérationnel et logistique.

MESURES CLÉS

- Cartographier les listes de services essentiels par rapport aux besoins en ressources, notamment les médicaments, les outils de diagnostic, les dispositifs médicaux et autres matériels. Utiliser et adapter les listes de référence existantes, le cas échéant, pour contrôler la disponibilité.
- Évaluer les contraintes au niveau de la chaîne d'approvisionnement et cartographier (ou utiliser les cartes existantes) les principaux centres de distribution publics et privés et nommer des points focaux pour surveiller et rendre compte de la disponibilité des matériels de santé dans les endroits clés.
- Établir des rapports hebdomadaires dans les principaux points de distribution, tels que les hôpitaux et les magasins de district, sur les produits critiques qui risquent de manquer ou de poser d'autres problèmes (p. ex., expiration des produits, excédent qui pourrait être transféré). Les rapports doivent être adressés aux points focaux nationaux (voir ci-dessous) et la fréquence des rapports doit être ajustée en fonction de la normalisation des niveaux d'approvisionnement. Les éléments à signaler en priorité doivent être définis en fonction du contexte local et peuvent inclure :
 - les médicaments ou produits essentiels qui sont en rupture de stock ou qui risquent fortement de l'être, comme ceux dont les stocks sont faibles d'après les déclarations des agents de santé ou en raison de hausses prévues de la demande ;
 - les produits en excédent qui pourraient être transférés vers d'autres établissements dont les besoins ne sont pas satisfaits.
- Identifier les points focaux au sein des agences nationales, notamment dans les domaines de la réglementation, des achats et des douanes, afin de trouver des solutions aux contraintes d'approvisionnement. Les points focaux nationaux doivent collaborer à l'élaboration d'orientations sur les activités suivantes :
 - maintenir une communication centralisée sur les variations des besoins avec les fournisseurs, les fabricants et d'autres organismes ;
 - informer de manière proactive les établissements dispensant des traitements des problèmes et des solutions concernant la chaîne d'approvisionnement, ainsi que les points de contact pour faire remonter les sujets de préoccupation ;
 - envisager des sources d'approvisionnement alternatives en cas d'utilisation et de distribution exceptionnelles ;
 - les assouplissements à mettre en place, tels que des exemptions réglementaires concernant les exigences linguistiques sur l'étiquetage et des exemptions douanières, telles qu'une procédure accélérée pour les médicaments d'anesthésie et d'autres produits contrôlés ;
 - notifier les bureaux de l'OMS des pénuries.

- Accélérer le flux concernant les informations et les commandes logistiques en envisageant, si possible, des adaptations temporaires aux processus de gestion des achats et de la logistique existants. Il serait, par exemple, possible d'utiliser des formulaires par email, des approbations électroniques et des applications mobiles pour gagner du temps et éviter une exposition inutile du personnel.
- Veiller à ce que le personnel possédant les connaissances appropriées dans la gestion et l'utilisation des produits et dans l'identification des sources d'approvisionnement locales participe aux processus, en particulier pour l'approvisionnement en médicaments, EPI, oxygène, produits de la chaîne du froid et outils de diagnostic. Pour les fournitures telles que l'oxygène, un personnel bien informé devrait pouvoir donner des conseils sur toutes les fournitures nécessaires pour administrer de l'oxygène aux patients.



1.9 Financer la santé publique et supprimer les obstacles financiers à l'accès

Les patients ne devraient pas avoir à verser de l'argent (co-paiements) au point de service pour les services essentiels durant l'épidémie de COVID-19. Un paiement peut représenter un obstacle important pour les personnes qui cherchent et reçoivent des soins dont ils ont besoin, pouvant entraîner une morbidité et une mortalité évitables et une augmentation de la transmission pendant une flambée épidémique (15). Il ne suffit pas de déclarer que les services sont gratuits, en particulier dans les contextes où les paiements informels sont courants (p. ex., paiements pour des produits médicaux ou versés à des agents de santé). Les gouvernements doivent mettre en place des mécanismes fiables et rapides permettant de financer la prestation gratuite de services essentiels et informer de façon claire le public de cette politique.

Les autorités sanitaires devront fixer des exigences fondées sur des données factuelles en matière de ressources pour les services essentiels et les communiquer clairement aux autorités financières et aux donateurs afin que des fonds soient disponibles et protégés. Cela est particulièrement important dans un contexte de contraintes budgétaires toujours plus importantes, dans la mesure où les recettes publiques diminuent et les exigences en matière de dépenses augmentent. Ces processus devraient prendre en compte les intrants nécessaires pour les domaines transversaux communs, tels que la surveillance et les capacités de laboratoire associées, l'eau et l'assainissement, les systèmes d'information, les campagnes de communication et les chaînes d'approvisionnement (16,17).

Les plans financiers des gouvernements devraient prévoir une compensation pour la perte par les établissements de santé de revenus tirés de frais d'utilisation (18), ainsi qu'un financement pour les dépenses croissantes liées aux mesures conseillées dans les présentes orientations (p. ex., la rémunération des heures supplémentaires des agents de santé) et pour les domaines communs. Les plans financiers devraient également prendre en compte les coûts liés aux modifications des modalités de prestation des services et aux mesures de sécurité visant à réduire les risques de transmission de la COVID-19, ainsi que les possibilités de gain de productivité dues à une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources existantes. Les autorités sanitaires devront surveiller en permanence l'utilisation des ressources et s'attaquer aux goulets d'étranglement financiers qui retardent la prestation des services essentiels.

MESURES CLÉS

- ☐ Redéfinir les priorités et reprogrammer les ressources budgétaires existantes sur la base d'une analyse rapide des coûts supplémentaires découlant de l'augmentation des dépenses liées à l'épidémie, de la perte potentielle de revenus tirés des paiements des utilisateurs et de l'impact des modifications dans les modalités de prestation de services.
- ☐ Introduire des mécanismes souples et immédiats pour permettre le transfert et l'utilisation des fonds, notamment le versement dès le départ de fonds publics et de fonds de donateurs aux autorités infranationales et aux organismes d'achat, et accroître la souplesse pour l'autorisation des dépenses et les achats tout en maintenant les mécanismes de notification et de redevabilité concernant l'utilisation des fonds (19).
- ☐ Envisager d'ajuster les méthodes et les taux de paiement des prestataires pour permettre des modifications dans la prestation des services et garantir la continuité des flux de financement vers les prestataires.
- ☐ Suspendre tout co-paiement ou frais d'utilisation au point de service pour les services de santé essentiels pour tous les patients, indépendamment de leur assurance ou de leur statut de citoyenneté, et régler les paiements dus aux prestataires publics et privés sous contrat lorsque cela est possible (20).
- ☐ Si les frais d'utilisation, ou d'autres obstacles financiers (p. ex. les coûts de transport), ne peuvent être éliminés, travailler avec les autorités qui effectuent des versements sociaux en espèces pour faire en sorte que les ménages vulnérables puissent obtenir des soins (21).



1.10 Renforcer les stratégies de communication pour soutenir l'utilisation appropriée des services essentiels

Une communication efficace et la participation de la communauté sont essentielles pour maintenir la confiance dans les autorités de santé publique et garantir des comportements appropriés de recherche de soins. Même si les rencontres avec les prestataires de soins doivent être limitées autant que possible, conformément aux recommandations en matière de distanciation physique, les personnes ne doivent pas retarder la recherche de soins pour des affections nécessitant une intervention d'urgence et doivent poursuivre les thérapies pour des affections chroniques afin d'éviter les complications et les attaques aiguës. Des messages clairs sur le moment de la recherche de soins et le lieu où les soins peuvent être dispensés, des politiques pertinentes sur la suspension des frais à régler par le patient et la garantie de la sécurité des soins sont essentiels et devraient être intégrés dans la stratégie de communication relative à la riposte aux flambées épidémiques. Cette stratégie devrait inclure des orientations sur les comportements sûrs en matière de recherche de soins et des informations actualisées sur les modifications des modalités de prestation de services (p. ex., le nouvel emplacement de certains services de santé, la mise en place de points d'accès séparés pour les personnes présentant et ne présentant pas de symptômes de COVID-19 ou la date de reprise des services suspendus). Des lignes d'assistance téléphonique utilisant des protocoles de soins d'urgence spécialement conçus peuvent aider les personnes à décider si elles doivent ou non se faire soigner et à quel moment. Les messages destinés au public doivent préciser les sources d'information et d'assistance concernant les nouveaux problèmes de santé publique, tels que les actes de violence et la toxicomanie, ainsi que les informations sur les activités de promotion de la santé. L'utilisation efficace des plateformes numériques peut rapidement élargir la couverture des messages de promotion de la santé aux publics cibles (voir Section 1.12).

MESURES CLÉS

- ☐ Diffuser les informations et prévoir une traduction dans les langues locales pour guider les comportements de recherche de soins en toute sécurité et préparer le public aux modifications des plateformes de prestation de services, notamment les activités visant les personnes mal desservies dans leurs communautés.
- ☐ Utiliser de multiples approches de communication, notamment les réseaux sociaux, pour renforcer la confiance du public et encourager l'utilisation continue des services essentiels pendant la flambée épidémique. Travailler avec les communautés pour orienter l'adaptation des services afin qu'ils répondent mieux aux besoins locaux.
- ☐ Identifier les sources d'information auxquelles le public fait confiance – telles que les cliniques de soins primaires, les pharmacies, les agents et leaders communautaires, et les réseaux de pairs – et veiller à ce que ces sources soient tenues au courant des modifications dans la prestation des services essentiels et des ressources disponibles, telles que les lignes d'assistance téléphonique.
- ☐ Apporter un soutien pratique et moral par le biais de réseaux informels et de professionnels de santé.
- ☐ Renforcer les associations locales pour mettre sur pied et diffuser des initiatives de soutien communautaire en faveur de la promotion de la santé et pour apporter un soutien aux personnes isolées et vulnérables tout en respectant la distanciation physique et les mesures PCI.
- ☐ Veiller à ce que les messages soient accessibles aux personnes souffrant de troubles visuels, auditifs ou cognitifs.



1.11 Renforcer le suivi des services de santé essentiels

Les décisions clés concernant la nature et le moment des modifications concernant la prestation de services doivent être étayées par l'utilisation de données précises et récentes tout au long des phases de la pandémie de COVID-19.

Une fois que les pays ont identifié l'ensemble des services essentiels à maintenir pendant la pandémie (voir Section 1.4), les autorités sanitaires doivent régulièrement suivre, analyser et rendre compte de l'utilisation et de la prestation de ces services. Les rapports doivent mettre en évidence toute perturbation des services et les ajustements à apporter, tels que la planification de stratégies de rattrapage, la mise en œuvre de stratégies d'optimisation des effectifs, l'affectation de ressources et l'assurance de la disponibilité des fournitures essentielles.

Alors que des modifications des systèmes de données peuvent être nécessaires pour suivre la trajectoire de la pandémie et ses effets sur l'ensemble du système de santé, la prestation des services de santé essentiels doit être suivie, dans la mesure du possible, en utilisant les indicateurs des plateformes d'information sanitaire existantes, notamment les systèmes d'information sanitaire de routine, les évaluations rapides des établissements de santé, les systèmes de statistiques de l'état civil (notamment les registres de mortalité) et les opérations de modélisation. Dans la mesure du possible, les pays devraient également essayer d'évaluer les besoins et l'accès aux services de chaque communauté.

Il sera important pour les autorités sanitaires de collecter et d'analyser des données systématiquement communiquées par rapport à un ensemble d'indicateurs de base qui reflètent la prestation et l'utilisation globales des services et qui peuvent être suivis régulièrement. La collecte et l'analyse devraient inclure l'évaluation des tendances dans la fréquentation globale des services de consultation externe ou des visites pour soins primaires et le nombre total de sorties d'hôpital et de décès par rapport aux notifications des années précédentes. Dans la mesure du possible, les données doivent être ventilées par âge, sexe et groupe de population, en fonction du contexte local, afin de s'assurer que les services sont dispensés de manière équitable et qu'aucune population spécifique (en particulier les plus vulnérables et à risque) n'est laissée de côté. Un petit nombre de services de référence devrait également être soumis à un suivi afin de détecter tout changement et toute tendance, comme une augmentation des décès maternels (Encadré 1). En outre, les pays doivent veiller à ce que les agents de santé continuent à signaler immédiatement toute augmentation inhabituelle des maladies à risque épidémique (p. ex. le choléra, le paludisme, la rougeole, la méningite et la fièvre jaune).

L'un des principaux défis sera d'obtenir des données en toute sécurité et en temps opportun. Les processus de collecte de données devront être adaptés et les mécanismes de redevabilité habituels qui augmentent les contacts, comme ceux qui nécessitent des signatures de confirmation, devraient être suspendus. Des efforts supplémentaires pourraient être nécessaires pour obtenir des rapports mensuels ou hebdomadaires des établissements de santé et des zones infranationales. Dans certains contextes, il pourra être nécessaire de se concentrer sur un sous-ensemble d'établissements de santé sentinelles à partir desquels des rapports peuvent être rapidement et facilement obtenus et analysés pour comparer les niveaux d'activité avec une période similaire au cours des années précédentes. Même si ces établissements ne sont pas entièrement représentatifs du véritable contexte national (p. ex., un biais en faveur des établissements de santé urbains par rapport aux établissements ruraux est possible), ils peuvent néanmoins fournir des preuves immédiates de changements dans la prestation et l'utilisation des services de santé. Dans les zones infranationales où les informations quantitatives font défaut en raison de l'absence de systèmes d'information sanitaire régulièrement utilisés, il conviendra de s'efforcer de contacter directement par téléphone les établissements de santé et les agents de santé pour obtenir de manière proactive des rapports pertinents. Dans la mesure du possible, les données provenant du personnel de santé communautaire et des diverses plateformes de prestation de services (p. ex., les soins à domicile et les soins de longue durée) devraient être recueillies. En général, la pandémie de COVID-19 est l'occasion de renforcer les capacités de surveillance de base qui peuvent apporter des avantages en matière de santé publique bien au-delà de cette urgence. Les améliorations en matière de capacité apportées pour soutenir les efforts de collecte de données liés à la pandémie devraient être orientées vers une amélioration durable du système.

Des évaluations rapides de l'évolution des besoins des établissements de santé et de leurs capacités à dispenser des services de santé essentiels au cours des différentes phases de la pandémie seront également essentielles pour planifier la

prestation des services et toute redistribution des ressources, matérielles ou humaines. Les pays devraient envisager de mettre en œuvre des évaluations rapides régulières d'un échantillon d'établissements afin de déterminer les besoins prioritaires en termes de médicaments essentiels, d'outils de diagnostic, d'équipements, de disponibilité des services, de mesures de sécurité et de capacité des personnels. Dans certains contextes, ces évaluations devront être réalisées en ayant recours à des établissements sentinelles et par le biais de rapports transmis par téléphone ou par application mobile. Une série de modules permettant de réaliser ces évaluations rapides – adaptés des modules harmonisés existants à utiliser par les établissements de santé (22) pour répondre aux besoins des pays lors des phases de préparation, de riposte et de rétablissement dans le cadre de la COVID-19 – sont en cours d'élaboration et seront bientôt disponibles sur le centre des publications consacrées la COVID-19 de l'OMS (6).

En outre, la modélisation peut constituer une méthode supplémentaire permettant d'examiner l'impact des perturbations dans la prestation de services et peut contribuer à éclairer les choix concernant les services essentiels. Les hypothèses de base et les intrants pour chaque modèle doivent correspondre au contexte et à la portée des extrants du modèle.

MESURES CLÉS

- ☐ Communiquer régulièrement sur la pandémie et analyser son impact global sur la prestation et l'utilisation des services de santé en utilisant un petit ensemble d'indicateurs de base (notamment la fréquentation globale des services de consultation externe, les visites pour soins primaires, les sorties d'hôpital et les décès), et évaluer la prestation des services proposés sur la base d'un ensemble de services de référence (voir Encadré 1 et Annexe).
- ☐ Ventiler les données par âge, sexe et groupe de population lorsque cela est possible pour garantir une prestation de services équitable.
- ☐ Effectuer des évaluations rapides des établissements de santé pour suivre les évolutions dans la capacité à dispenser des services de santé essentiels ; évaluer les perturbations, les approches d'atténuation, la capacité de dépistage et de triage, la capacité du personnel et la disponibilité des médicaments et produits essentiels (notamment les EPI).
- ☐ Dans les cas où les visites sur site ne sont pas possibles ou lorsque les notifications sont retardées, mettre en place un système de télétransmission en utilisant un réseau d'établissements de santé sentinelles sélectionnés afin de déterminer les capacités et les priorités et de faciliter un aiguillage et une distribution des ressources efficaces et ciblés.
- ☐ Effectuer un suivi et un contrôle des fonds pour s'assurer que le système fonctionne comme prévu pour atteindre les objectifs convenus.
- ☐ Dans la mesure du possible, intégrer les notifications communautaires aux systèmes d'information sanitaire des établissements afin de maintenir une approche globale du suivi de la prestation et de l'utilisation des services.
- ☐ Renforcer et consolider les systèmes de surveillance existants pour garantir un suivi continu efficace de la progression de la flambée épidémique.

Encadré 1. Exemples d'indicateurs pour le suivi du maintien des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19

Les pays devront choisir un ensemble d'indicateurs adaptés au contexte puis procéder à un suivi et faire rapport à intervalles réguliers afin de garantir un suivi étroit des services de santé essentiels. Une liste plus complète figure dans l'Annexe.

- Nombre total de consultations externes ou visites pour soins primaires
- Nombre total de sorties d'hôpital, en incluant les décès (liés et non liés à la COVID-19)
- Nombre d'agents de santé disponibles, ventilé par catégorie professionnelle (c'est-à-dire selon la classification internationale type des professions, ou classification CIP-8)
- Nombre d'agents de santé infectés par la COVID-19, ventilé par catégorie professionnelle, incluant les agents de santé ou de soins dans les maisons de retraite et les établissements de soins de longue durée
- Médicaments ou fournitures essentiels pour lesquels il y a moins de 2 mois de stock sans confirmation de réapprovisionnement dans les délais ou avec ou sans confirmation de réapprovisionnement
- Nombre de naissances en établissement
- Nombre d'enfants de moins d'un an recevant leur troisième dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) ou leur première dose de vaccin contre la rougeole
- Nombre de femmes et de jeunes filles recevant (a) des contraceptifs oraux et (b) des contraceptifs injectables
- Nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois admis dans un établissement de santé pour le traitement d'une émaciation sévère et d'un œdème bilatéral prenant le godet
- Pourcentage de services d'urgences hospitalières disposant d'un outil de triage validé (23)
- Ratio des décès en milieu hospitalier dus à des lésions aiguës par rapport à l'ensemble des décès dus à des lésions aiguës
- Nombre d'hospitalisations pour des urgences cardiovasculaires et cérébrovasculaires aiguës
- Nombre de nouveaux cas de tuberculose ou de cas de tuberculose récidivante notifiés
- Nombre de nouveaux diagnostics de cancer

Un ensemble complet de métadonnées sur les indicateurs, incluant la ventilation recommandée et des orientations analytiques, est en cours d'élaboration. Les indicateurs doivent faire l'objet d'un suivi et de rapports sur une période déterminée (p. ex. hebdomadaire, mensuelle) et être ventilés si possible (p. ex., par âge et par sexe).



1.12 Utiliser les plateformes numériques pour soutenir la prestation de services de santé essentiels

Des approches innovantes reposant sur des plateformes numériques permettent aux systèmes de santé de mieux gérer la riposte à l'épidémie de COVID-19, de maintenir la prestation de services de santé essentiels et d'informer le public sur la manière d'accéder à ces services. Les moyens numériques peuvent être utilisés pour partager et échanger rapidement des informations ciblées, que ce soit pour former et soutenir le personnel de santé, permettre la communication entre pairs ou réaliser des enquêtes pour assurer le suivi de la prestation et les approvisionnements.

Une condition préalable importante à l'utilisation des technologies de santé numérique est de veiller à l'alignement avec les stratégies, politiques et plans d'action nationaux existants en matière de santé numérique (24). Les technologies doivent être choisies en tenant compte de l'infrastructure existante et de l'environnement favorable (p. ex., les normes et l'interopérabilité, la législation, la réglementation et les compétences du personnel) (25).

Les exemples pertinents et pratiques d'utilisation des technologies numériques pour maintenir et renforcer la prestation de services dans le contexte de la COVID-19 sont nombreux. Les solutions de télémédecine comprennent les consultations cliniques par vidéoconférence ou SMS, les lignes d'assistance téléphonique, les e-pharmacies et les cliniques mobiles avec connexion à distance avec les établissements de santé pour accéder rapidement aux données des patients telles que les traitements médicamenteux et les résultats des tests de diagnostic. Les applications numériques peuvent être utilisées dans le cadre de la supervision des agents de santé, et des outils numériques contenant des données factuelles peuvent servir à soutenir les décisions cliniques en matière de diagnostic et de traitement. Les plateformes de messagerie qui recensent et communiquent l'emplacement des établissements dédiés spécialisés dans des services spécifiques, tels que les vaccinations de routine ou les services de santé maternelle, peuvent contribuer à la transparence et accroître les comportements appropriés de recherche de soins au sein des communautés. En outre, les technologies de santé numérique peuvent favoriser l'observance du traitement médicamenteux et permettre aux personnes de prendre des mesures plus proactives pour prendre en charge leur propre santé. Des interventions pour une bonne auto-administration des soins, fondées sur des données probantes, peuvent être réalisées grâce aux technologies numériques (26) et peuvent offrir des alternatives efficaces aux interactions mettant en présence patients et agents de santé.

Les utilisateurs auront besoin de conseils ou d'une formation pour utiliser les solutions de santé numérique, et les plateformes de courrier électronique et de messagerie devront respecter toutes les normes pertinentes en matière d'interopérabilité et de confidentialité lors de l'échange de données concernant les patients. Même si les outils numériques sont nombreux tout comme les moyens de les mettre en œuvre, des principes clés s'appliquent à tous. L'OMS recommande d'utiliser des plateformes communes lorsque cela est possible, et l'interopérabilité doit être soigneusement évaluée et planifiée pour éviter de disposer d'outils qui ne peuvent interagir les uns avec les autres. La mise en œuvre des technologies de santé numérique ne doit pas contribuer à aggraver la fracture numérique et devrait éviter le recours à des outils autonomes, spécifiques à une maladie et non interopérables.

Les principales mesures décrites ci-dessous devraient être examinées et alignées sur les politiques, les priorités et les pratiques interagences existantes en matière de santé numérique (27, 28, 29). Ces mesures peuvent être classées par ordre de priorité en vue d'une mise en œuvre rapide et systématique et s'appuyer sur les solutions de santé numérique existantes couvrant différents domaines des programmes mis en œuvre. Les activités devraient être revues tout au long de la riposte et des phases ultérieures afin de préserver l'alignement sur les stratégies nationales en matière de services de santé essentiels et de contribuer à créer des systèmes de santé plus robustes et mieux préparés aux futures situations d'urgence.

MESURES CLÉS

- ☐ Élaborer des orientations provisoires et une réglementation portant sur :
 - la prestation de services de santé par le biais de technologies de santé numérique, en tenant compte des questions de sécurité, de respect de la vie privée, d'accessibilité et de responsabilité ;
 - l'utilisation de systèmes de facturation et de paiement électroniques, le cas échéant ;
 - le stockage et l'échange de données en temps opportun et en toute sécurité entre laboratoires, établissements, praticiens et pharmacies ;
 - la gouvernance et la gestion des données pour la surveillance, le suivi et la notification d'effets indésirables, et la recherche clinique multisite ;
 - le recours aux consultations cliniques à distance pour l'évaluation, le triage et la gestion des cas.
- ☐ Créer un site web ou un portail de messagerie électronique central, actualisé et fiable pour diffuser des informations au public et fournir des conseils sur les comportements sûrs en matière de recherche de soins.
- ☐ Mettre en place des outils et des systèmes d'information pour faciliter les téléconsultations (voir Section 1.5).
- ☐ Mettre en place un mécanisme de mise en place de prescriptions électroniques (e-prescriptions) auprès des pharmacies et fournisseurs publics et privés.
- ☐ Envisager la mise en œuvre d'un logiciel automatisé de suivi, de gestion et de livraison des stocks afin de garantir la disponibilité des équipements, médicaments et fournitures essentiels, notamment les vaccins (voir Section 1.8).
- ☐ Utiliser les systèmes d'information sanitaire numériques existants au niveau des établissements et au niveau national pour suivre la prestation et l'utilisation des services de santé essentiels et la capacité du personnel de santé (voir Sections 1.5 et 1.7).
- ☐ Mettre en place une formation rapide en cours d'emploi dans des domaines clés par le biais de plateformes d'apprentissage en ligne ou numériques, incluant des composantes de supervision continue (voir Section 1.7).

Partie 2 : Considérations concernant le parcours de vie et les maladies





Les sections ci-dessous portent sur les considérations et adaptations spécifiques aux programmes utiles dans le contexte de la pandémie. Les premières sections concernent des considérations portant sur les différentes étapes du parcours vie et sont suivies d'orientations détaillées sur des activités programmatiques propres à certains thèmes et à certaines maladies. Ensemble, ces approches présentent un compte rendu complet des principales modifications requises pour maintenir les services essentiels dans le contexte de la pandémie. Chaque section offre une brève vue d'ensemble et un tableau des activités qui mettent en évidence les adaptations nécessaires ainsi que des considérations relatives aux transitions au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie. Les domaines liés entre eux sont présentés avec des références croisées. Ces tableaux sont destinés à être utilisés conjointement avec l'Annexe sur les indicateurs.

Ces sections ne remplacent pas les orientations complètes sur les programmes et doivent être lues en même temps que la Partie 1 du présent document et le document en anglais intitulé *Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic* (8). Plus précisément, toutes les activités décrites ci-dessous doivent être mises en œuvre d'une manière qui soit pleinement conforme aux orientations PCI actualisées de l'OMS (6). En général, lorsqu'une activité programmatique n'est pas mentionnée et peut être réalisée en toute sécurité, elle doit être poursuivie conformément aux orientations existantes.



2.1 Étapes du parcours de vie

2.1.1 Santé maternelle et néonatale

Une diminution de l'accès aux services de santé maternelle et néonatale (SMN) et de leur utilisation au cours d'une épidémie se traduit par une augmentation importante du nombre de femmes et de nouveau-nés atteints de complications ou mourant pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (30, 31). Même une baisse modeste de 10 % de la couverture des services pendant la grossesse pourrait entraîner 28 000 décès maternels supplémentaires, 168 000 décès de nouveau-nés et des millions de grossesses non désirées en raison de la désorganisation des services de planification familiale (31).

Les responsables de programmes doivent examiner attentivement les capacités des services en établissement et dans les communautés pour décider de la meilleure façon de garantir la continuité des services de santé maternelle et néonatale essentiels. L'OMS recommande (32, 33) que tous les éléments essentiels des soins prénatals et postnatals soient maintenus et que les femmes et les nouveau-nés aient accès à tout moment à des soins professionnels, incluant un aiguillage pour la prise en charge des complications et pour les services auxiliaires, tels que les laboratoires, les banques de sang et le transport rapide et sûr vers un établissement de santé. Les risques pour les mères et les nouveau-nés d'effets indésirables liés à un accouchement non assisté l'emportent sur les risques potentiels de transmission de la COVID-19 en établissement de santé. Des produits et fournitures essentiels doivent être en stock et disponibles pour les services de soins dispensés avant, pendant et après l'accouchement, notamment les soins aux nouveau-nés.

Voir les lignes directrices OMS sur la prise en charge clinique de la maladie à COVID-19 (34) dans le cas de femmes enceintes ou allaitantes ou de nouveau-nés chez lesquels il y a présomption ou confirmation de maladie à COVID-19. Les mères dont la contamination par le virus de la COVID-19 est présumée ou confirmée doivent être encouragées à commencer et à poursuivre le contact peau à peau et l'allaitement en prenant les précautions appropriées (35).

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Réalisation de prises de contact pour soins prénatals (36) selon les lignes directrices nationales	<p>Là où les services complets en établissements de santé sont perturbés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner la priorité aux prises de contact pour soins prénatals pour les femmes enceintes à faible risque pendant le troisième trimestre de grossesse et pour toutes les femmes enceintes considérées comme étant à haut risque, notamment les femmes présentant des comorbidités, au poids insuffisant ou en surpoids, les adolescentes, les femmes à risque de troubles de santé mentale maternelle courants ou d'autres groupes vulnérables ; • veiller à ce que les plans de préparation à l'accouchement et à des complications soient adaptés pour tenir compte des modifications apportées aux services. <p>Proposer des suppléments de micronutriments et des MII pendant 2 à 3 mois.</p> <p>Dans la mesure du possible, utiliser des plateformes numériques pour le conseil et le dépistage, notamment pour les signes de danger.</p> <p>Dans la mesure du possible, prendre rendez-vous pour les visites prénatales afin de réduire l'engorgement du service et envisager de prodiguer tous les soins nécessaires en une seule visite.</p> <p>Donner la priorité à l'évaluation des risques pour les affections dont on sait qu'elles sont plus fréquentes dans le contexte de la COVID-19, notamment la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances, les troubles de santé mentale courants (p. ex., l'anxiété, la dépression) et la violence sexiste.</p> <p>👁 Sections 2.1.4, 2.2.1 et 2.3.1.</p>	<p>Veiller à ce que des stratégies ciblées visant les personnes mal desservies soient mises en œuvre là où la couverture et la recherche de soins ont diminué.</p> <p>Planifier le rattrapage des prises de contact pour soins prénatals manqués, avec la distribution de vaccins contenant de l'anatoxine tétanique et de tests de dépistage du VIH et de la syphilis.</p> <p>Planifier le rattrapage des fiches de santé tenues à domicile incomplètes.</p>

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Soins professionnels pendant le travail, l'accouchement (37), et la période postnatale immédiate dans un établissement de santé pendant au moins 24 heures après la naissance	<p>Maintenir les foyers d'hébergement pour futures parturientes là où ils existent, en veillant à ce que les orientations PCI (38) soient suivies.</p> <p>Veiller à ce que les accompagnatrices à la naissance soient correctement dépistées pour l'infection par le virus de la COVID-19.</p> <p>Garantir un transport sûr vers les services de soins aux mères et aux nouveau-nés.</p> <p>Donner la priorité au soutien à la mise en place du contact peau contre peau et à l'allaitement maternel exclusif au plus tôt (35).</p> <p>Donner la priorité au soutien à la mise en place du contact peau contre peau et à l'allaitement maternel exclusif au plus tôt (35).</p> <p>Une césarienne doit être pratiquée sur la base d'indications obstétricales uniquement, indépendamment du schéma de transmission de la COVID-19 et du statut de la mère par rapport à la COVID-19.</p>	
Réalisation de quatre prises de contact pour soins postnatals (39) selon les lignes directrices nationales	<p>Là où les services complets en établissements de santé sont perturbés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner la priorité aux prises de contact pour soins postnatals pour les femmes et les nouveau-nés pendant la première semaine qui suit la naissance, avec une prise de contact postnatale dans les premières 24 heures après la naissance dans le cas d'un accouchement au domicile ; • donner la priorité au suivi des femmes et des nouveau-nés à haut risque. <p>Dans la mesure du possible, utiliser des plateformes de santé numérique pour le conseil et le dépistage, notamment pour les signes de danger.</p> <p>Lorsque des visites en personne sont nécessaires, prodiguer tous les soins appropriés en une seule visite.</p> <p>Proposer des suppléments de micronutriments, des MII et des contraceptifs pendant 2 à 3 mois. Envisager de proposer des contraceptifs réversibles à longue durée d'action.</p> <p>Veiller à ce que les plans de préparation à des complications soient adaptés pour tenir compte des modifications apportées aux services.</p> <p>👁 Sections 2.2.1, 2.2.3, 2.3.1, 2.3.3 et 2.3.4.</p>	<p>Veiller à ce que des stratégies ciblées visant les personnes mal desservies soient mises en œuvre là où la couverture et la recherche de soins ont diminué.</p> <p>Planifier le rattrapage des prises de contact ou des éléments essentiels de soins prénatals manqués, notamment l'administration de vitamine K et la vaccination des nouveau-nés à la dose de naissance.</p> <p>Planifier le rattrapage des fiches de santé tenues à domicile incomplètes.</p>
Prise en charge des nouveau-nés prématurés et de faible poids à la naissance (33)	<p>Limiter le nombre des aidants assurant un soutien à des soins « kangourou » à un ou deux formés à la PCI avec EPI.</p> <p>Élaborer des stratégies pour permettre la poursuite de soins « kangourou » à domicile.</p> <p>Envisager une sortie de l'établissement précoce avec suivi des nouveau-nés prématurés ou de faible poids stables recevant des soins « kangourou ».</p>	
Admissions en unité néonatale de soins intensifs	S'assurer que les parents sont correctement dépistés pour la COVID-19 avant leur admission.	
Enregistrement des naissances et de la mortalité maternelle et périnatale et examen des décès maternels et périnatals (40)	<p>Donner la priorité à l'enregistrement des naissances de tous les nouveau-nés, quel que soit leur lieu de naissance, et procéder au suivi de la couverture de l'enregistrement des naissances.</p> <p>Donner la priorité à l'enregistrement des décès de mères et de nouveau-nés.</p>	<p>Mettre en œuvre le rattrapage de l'enregistrement des naissances si nécessaire.</p> <p>Renforcer la mise en œuvre de la surveillance des décès maternels et périnatals et des mesures permettant d'y faire face.</p>

*Voir également à la Section 1.11 et à l'Annexe.

2.1.2 Santé des enfants et des adolescents

Bien que les taux de mortalité liés à la COVID-19 semblent être faibles chez les enfants et les adolescents (41), cette catégorie de la population pourrait être affectée de manière disproportionnée par l'interruption des services de santé habituels. Les symptômes de la COVID-19 ne sont pas spécifiques et ressemblent aux principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans (pneumonie, diarrhée et paludisme). Des modèles indiquent qu'une interruption des services essentiels pouvant durer jusqu'à 12 mois pourrait entraîner jusqu'à 2,3 millions de décès supplémentaires chez les enfants de moins de 5 ans dans les pays à revenu faible et intermédiaire (30). Il est de la plus haute importance de garantir la continuité des services essentiels dispensés par le biais de soins de santé primaires intégrés, de prévoir des circuits d'aiguillage explicites et correctement communiqués pour les soins secondaires et de veiller à ce qu'antibiotiques, oxygène et oxymètres de pouls restent disponibles. L'OMS recommande que les soins soient dispensés selon des protocoles normalisés lorsque cela est possible (42, 43). Des services de conseil en matière de soins et de nutrition adaptés, ainsi que le soutien et le suivi de l'état nutritionnel des enfants devraient être fournis lors de chaque prise de contact avec les services de santé, en particulier lorsque les visites de routine risquent d'être restreintes. La santé mentale et les besoins en matière de soutien psychosocial chez les aidants peuvent être évalués à l'aide de questions simples, et le soutien nécessaire doit être apporté.

Les premiers éléments indiquent que pendant la pandémie, les enfants et les adolescents sont plus susceptibles de souffrir de dépression et d'anxiété (44), de harcèlement en ligne (45), et de problèmes de santé sexuelle et reproductive, tels que des grossesses non désirées et des actes de violence de la part de leur partenaire (46). Les fermetures d'écoles ont eu des conséquences dramatiques sur l'accès des adolescents aux services de prévention – par exemple, de nombreux adolescents souffrant de problèmes de santé mentale ne peuvent accéder à des services que dans le cadre scolaire. Des millions d'enfants auparavant alimentés par des programmes de repas scolaires risquent d'avoir moins accès à de la nourriture, les services de nutrition en milieu scolaire étant interrompus, notamment la supplémentation hebdomadaire en fer et en acide folique. Le report des vaccinations, la réduction considérable des possibilités d'activité physique et l'augmentation de la consommation de tabac, d'alcool et de stupéfiants peuvent avoir des répercussions à long terme sur la prévention des maladies non transmissibles.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Visites de soins aigus aux enfants malades (maladies infantiles courantes et malnutrition aiguë)	<p>Modifier les protocoles d'évaluation (8) pour y inclure le dépistage de la COVID-19 tout en prenant les mesures PCI nécessaires (23).</p> <p>Maintenir tous les services de soins aigus destinés aux enfants en continuant à prendre en compte les besoins immédiats des cas présumés et en adaptant les processus d'aiguillage si nécessaire (23, 34).</p>	<p>Suivre et rendre compte de l'utilisation des services de soins aux enfants malades et comparer les données avec celles des années précédentes.</p> <p>Suivre les enfants touchés par la COVID-19 et faire rapport, notamment sur les syndromes inflammatoires post-infectieux.</p>
Visites de soins chroniques aux enfants malades (maladies chroniques et troubles du développement)	<p>Envisager de limiter la fréquence des visites en face à face pour les patients stables tout en maintenant le calendrier normal pour ceux qui nécessitent une surveillance étroite.</p> <p>Fournir des médicaments et d'autres équipements pour des périodes plus longues que les périodes habituelles.</p> <p>Dispenser des soins supplémentaires aux enfants et adolescents présentant des retards de développement et des handicaps.</p> <p>Envisager d'utiliser des solutions numériques pour communiquer avec les aidants et les patients.</p> <p>👁 Sections 2.2.2, 2.2.3 et 2.3.1.</p>	
Soins aux enfants en bonne santé, notamment le suivi et le conseil en matière de croissance et de développement	<p>Envisager de reporter les visites de routine aux enfants en bonne santé tout en planifiant des activités de rattrapage.</p> <p>Participer à chaque prise de contact avec les services de santé, notamment les visites de vaccination, la surveillance de la croissance et du développement, le conseil et le soutien en matière de nutrition, le dépistage de la maltraitance et de la santé mentale de l'enfant et de l'aidant, et le conseil destiné à l'aidant portant sur les soins personnalisés (47).</p> <p>Envisager d'utiliser des solutions numériques pour communiquer des messages clés visant à protéger les enfants et à promouvoir une croissance et un développement sains.</p> <p>👁 Sections 2.2.1 et 2.2.3.</p>	<p>Rétablir rapidement les services de soins aux enfants en bonne santé, notamment le suivi et le conseil en matière de croissance et de développement.</p> <p>Établir un plan et se préparer aux perturbations lors du prochain pic de la demande.</p> <p>Surveiller l'évolution des taux de sous-alimentation et de surcharge pondérale.</p> <p>Planifier le rattrapage des fiches de santé tenues à domicile incomplètes.</p>
Vaccination des enfants et des adolescents	<p>Informers les parents et les adolescents des modifications des calendriers de vaccination, les rassurer sur la sécurité de la reprogrammation des vaccinations des adolescents.</p> <p>👁 Section 2.3.3.</p>	<p>Planifier le rattrapage des fiches de santé tenues à domicile incomplètes.</p> <p>À la réouverture des écoles, veiller à ce que les programmes de vaccination en milieu scolaire mettent en œuvre un plan de vaccination de rattrapage (48).</p>

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Dispense d'une éducation sanitaire à l'école et dans les communautés	<p>Dans la mesure du possible, intégrer les messages destinés aux enfants et aux adolescents (49) par le biais des médias de masse et des médias numériques dans les stratégies de communication nationales et infranationales.</p> <p>Diffuser des programmes éducatifs à la télévision et à la radio lors de la fermeture des écoles.</p> <p>Mettre en place des mécanismes de télésanté pour donner des conseils sur la prévention des MNT et prévoir de brèves interventions sur la prévention de la consommation de substances psychotropes et la sexualité.</p>	<p>À la réouverture des écoles et une fois les rassemblements communautaires autorisés, concevoir des stratégies de rattrapage adaptées, notamment pour les élèves particulièrement vulnérables.</p> <p>Se préparer à la réouverture en se préparant de manière adéquate à la PCI.</p> <p>Évaluer l'impact des différences d'accès à l'information et à l'éducation en matière de santé lors de la fermeture des écoles.</p>
Sécurité alimentaire et services de nutrition en milieu scolaire	<p>Concevoir des stratégies alternatives pour préserver la sécurité alimentaire et la nutrition des écoliers, par exemple, en fournissant des suppléments en micronutriments, des rations à emporter à la maison, des vermifuges (le cas échéant), des versements en espèces aux familles ayant des enfants scolarisés et une aide sous forme de bons alimentaires.</p> <p>Mettre en place d'autres modalités de collecte de denrées alimentaires, comme la possibilité d'aller chercher des repas et des goûters aux points de distribution, y compris dans les écoles fermées.</p> <p>S'appuyer sur les dispositifs de sécurité existants pour garantir la prise en charge des écoliers vulnérables.</p> <p>👁 Section 2.2.1.</p>	<p>Rétablir et poursuivre la mise en place de services de santé et de nutrition essentiels dans les écoles (50).</p> <p>Créer des plans d'urgence pour la distribution de repas ou de colis alimentaires lors de la fermeture des écoles.</p>
Promotion, prévention et traitement de la santé mentale (par le biais des écoles et des services communautaires)	<p>Identifier les activités à domicile sûres et récréatives, qui offrent des possibilités d'apprentissage et aident les enfants et les adolescents à s'adapter.</p> <p>Créer des plans d'urgence pour proposer, pendant la fermeture des écoles, des services de santé mentale aux élèves qui dépendent principalement des services offerts en milieu scolaire.</p> <p>Envisager l'utilisation de plateformes numériques pour apporter un soutien psychosocial et pour la détection et la prise en charge précoces des problèmes de santé mentale.</p> <p>Utiliser des programmes à distance d'apprentissage socio-affectif et renforcer les capacités des écoles, du personnel de santé mentale et des représentants de la jeunesse à les dispenser à distance.</p> <p>👁 Section 2.2.3.</p>	<p>Renforcer l'apprentissage socio-affectif en classe lors de la réouverture des écoles.</p> <p>Assurer un suivi auprès des jeunes ayant abandonné l'école afin de mettre en place des mécanismes de soutien.</p> <p>Accroître les possibilités pour les jeunes et leurs familles d'accéder aux services de santé mentale et de soutien psychosocial.</p> <p>Dans la mesure du possible, voir si les bonnes pratiques mises en place pendant la pandémie peuvent être institutionnalisées.</p>
Services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH pour les adolescents	<p>Adopter des stratégies alternatives pour informer les adolescents sur les lieux et les moyens par le biais desquels il est possible d'accéder aux informations et aux services en matière de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH.</p> <p>Envisager de déroger aux restrictions (si elles existent) – telles que l'âge ou le statut marital, le consentement des parents ou du conjoint, et les coûts – pour faciliter l'accès des adolescents aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH.</p> <p>Mettre en place des mécanismes de télésanté qui respectent les principes de confidentialité et de prise de décision non coercitive pour prodiguer des conseils aux adolescents.</p> <p>Si possible, faire participer les groupes communautaires et les réseaux de jeunes pour étendre la diffusion d'informations et de services concernant la santé sexuelle et reproductive et la lutte contre le VIH.</p> <p>👁 Sections 2.1.4 et 2.3.1.</p>	
Prévention des actes de violence et des violences sexuelles de la part du partenaire et mesures à prendre	<p>Informar les adolescents – hommes et femmes – sur les lieux et les moyens permettant d'obtenir un soutien et des soins en cas d'actes de violence ou de violence sexuelle de la part du partenaire. Utiliser les médias, si possible.</p> <p>Donner des conseils aux agents de santé sur le risque accru chez les adolescents d'actes de violence ou de violence sexuelle de la part du partenaire et sur la nécessité de leur apporter un soutien et des soins en toute discrétion et confidentialité.</p> <p>Mettre en place des lignes d'assistance téléphonique et prévoir des centres d'hébergement, si possible.</p>	<p>Conseiller aux adolescents de chercher un soutien et des soins s'ils n'ont pas pu le faire en période de limitation des déplacements.</p>
Mise à disposition de produits menstruels	<p>Plaider auprès des autorités pour que les produits d'hygiène menstruelle soient inclus dans les listes de produits de santé prioritaires afin d'atténuer les perturbations dans l'approvisionnement.</p> <p>Fournir des informations aux jeunes filles et aux femmes sur les produits de santé menstruelle alternatifs et réutilisables.</p> <p>Si possible, inciter les groupes communautaires à étendre la disponibilité des produits menstruels.</p>	<p>Pour les programmes qui reposent sur la distribution de produits d'hygiène menstruelle dans les écoles, créer des plans d'urgence pour leur fourniture lors de la fermeture des écoles.</p>

* Voir également la Section 1.11 et l'Annexe.

MNT : maladie non transmissible ; PCI : prévention et contrôle des infections.

Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19

2.1.3 Personnes âgées

Les personnes âgées, en particulier celles qui présentent des problèmes de santé sous-jacents, sont plus exposées à de graves problèmes de santé et à un risque de décès en cas de COVID-19 et sont plus vulnérables à de nombreuses conséquences indirectes de la pandémie. Elles sont plus susceptibles de nécessiter en permanence des médicaments et des soins, notamment des visites à domicile et des soins communautaires, de sorte que les restrictions de déplacement peuvent les affecter de manière disproportionnée (voir Sections 2.2.2 et 2.2.3).

Des orientations techniques OMS spécifiques sont disponibles sur la prise en charge des personnes âgées atteintes de COVID-19 (6), la délivrance de soins à domicile (51) et de soins communautaires (8), et la mise en œuvre de mesures PCI dans les établissements de soins de longue durée (38). L'OMS recommande que les personnes âgées, leurs familles et leurs aidants soient informés des mesures préventives et de l'importance de promouvoir la santé physique et mentale dans le contexte de la COVID-19. Les personnes âgées devraient participer de manière proactive à l'adaptation de leurs plans de soins, et des mécanismes spécifiques devraient être mis en place pour garantir un accès sûr à des soins de santé et à des services sociaux intégrés, notamment le soutien, le contrôle et le suivi (52).

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Promouvoir la santé physique et mentale des personnes âgées au domicile	<p>Donner la priorité à la communication d'informations aux personnes âgées, leur famille et leurs aidants sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> les mesures préventives, notamment en veillant à une bonne hygiène (53), en limitant le nombre de visiteurs et en reconnaissant les symptômes de la COVID-19 (54) ; la manière de promouvoir une activité physique sûre et de veiller à sa santé mentale pendant la pandémie (47) ; la manière de surveiller les effets négatifs de l'isolement social ; la manière d'obtenir de l'aide et signaler la maltraitance envers les personnes âgées (55) ; quand et comment obtenir des soins afin de prévenir de graves conséquences sur la santé. <p>Veiller à ce qu'il y ait un plan de soins personnalisé adapté au contexte de la pandémie et qui porte sur les interventions (telles que le besoin de médicaments sur ordonnance) nécessaires pour traiter les affections sous-jacentes, la gestion autonome pour maintenir les capacités physiques et mentales, et les objectifs et préférences concernant les futurs traitements et soins médicaux, notamment les soins de fin de vie.</p> <p>Donner la priorité au soutien psychosocial, notamment en cas de perte de proches et de deuil.</p> <p>👁 Section 2.2.2.</p>	<p>Identifier ceux qui n'ont pas reçu le vaccin contre la grippe ou le vaccin conjugué antipneumococcique, ou les deux, et les administrer conformément aux politiques nationales en matière de vaccination. Voir également Section 2.3.3.</p> <p>Évaluer les épisodes de soins urgents (p. ex., l'incidence des chutes), les admissions à l'hôpital et les issues de la maladie pour les patients, et prendre les mesures nécessaires, comme la mise en place d'activités visant à atteindre les groupes à risque et la création de lignes d'assistance téléphonique dédiées.</p>
Soins aux personnes âgées souffrant de déficiences et de handicaps	<p>Veiller à ce que l'information soit accessible aux personnes âgées souffrant de déficiences (p. ex., déficience visuelle ou cécité, perte d'audition, déclin cognitif ou démence).</p> <p>Faciliter l'accès aux services de réadaptation si nécessaire, notamment l'éducation, l'information sur la prise en charge autonome, les programmes d'exercices à domicile et les aides fonctionnelles.</p> <p>👁 Section 2.2.3.</p>	<p>Évaluer les changements dans la disponibilité et l'utilisation des services de réadaptation.</p>
Soins aux personnes âgées présentant des affections sous-jacentes	<p>Atteindre de manière proactive les personnes âgées souffrant de maladies sous-jacentes et leurs aidants par des mécanismes de télésanté (56) et l'engagement communautaire (8).</p> <p>Dans la mesure du possible, assurer la disponibilité des médicaments essentiels et des mécanismes permettant leur distribution.</p> <p>Mettre en place un mécanisme de surveillance et de suivi régulier des personnes âgées.</p>	<p>Évaluer les changements dans la couverture des traitements des affections sous-jacentes (p. ex., hypertension, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, démence, cataracte) et prendre des mesures plus importantes si nécessaire, telles que l'activation de lignes d'assistance téléphonique dédiées ou la révision des mécanismes d'atteinte des personnes mal desservies.</p> <p>Anticiper et prévoir une capacité d'urgence pour gérer les retards accumulés dans les services de santé non urgents qui ont été suspendus (p. ex., chirurgie de la cataracte).</p>
Soins pour les personnes âgées dépendantes	<p>Élaborer à l'avance et en collaboration avec la personne âgée et la famille, un plan de remplacement au cas où l'aidant principal ne serait pas disponible, et identifier un autre aidant ou un autre établissement, ou les deux.</p> <p>Informar les aidants sur la COVID-19 (38, 51) et identifier les moyens permettant d'alléger la charge de travail des aidants, notamment en leur accordant un soutien psychologique et des services de relève.</p>	<p>Évaluer l'évolution dans de la disponibilité et l'utilisation des services d'aide sociale dans la communauté (p. ex., centres de soins de jour, services de visites à domicile) et s'assurer qu'un plan de soins de remplacement est mis en œuvre, si nécessaire.</p>

*Voir également la Section 1.11 et l'Annexe.

2.1.4 Services de santé sexuelle et reproductive

Garantir l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de procréation conformément au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, et à la plateforme d'action de Beijing sont des cibles clés des ODD (3.7 et 5.6). Les leçons tirées des épidémies de virus Ebola et Zika montrent que, lors de telles épidémies, l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive peut être gravement perturbé, ce qui prive les personnes – en particulier les femmes et les filles – de leur autonomie et les expose à des risques sanitaires évitables. La réduction de la disponibilité des services de santé sexuelle et reproductive et de santé maternelle et infantile entraînera des milliers de décès maternels et néonataux dus à des millions de grossesses non désirées supplémentaires, à des avortements dangereux et à des accouchements compliqués sans accès aux soins essentiels et d'urgence. Même une réduction de 10 % de ces services pourrait entraîner, selon des estimations, 15 millions de grossesses non désirées, 3,3 millions d'avortements dangereux et 29 000 décès maternels supplémentaires au cours des 12 prochains mois (30, 31, 46).

Lorsque la prestation de services de santé sexuelle et reproductive en établissement de santé est perturbée, l'OMS recommande de donner la priorité aux services de santé numérique, aux soins auto-administrés, au partage des tâches et aux activités visant à atteindre les personnes mal desservies pour garantir l'accès aux médicaments, outils de diagnostic, appareils médicaux, informations et conseils. Cette priorisation devrait inclure l'accès à la contraception, à l'avortement dans toute la mesure autorisée par la loi, et aux services de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le VIH et le virus du papillome humain (VPH). Les inégalités sociales et entre les sexes existantes sont exacerbées par le contexte de la pandémie, qui touche les filles et les femmes différemment des hommes et des garçons. L'exposition des femmes et des filles est susceptible de dépendre des normes et des attentes sociales liées à leur rôle de dispensatrices de soins : elles assurent l'immense majorité des soins à domicile et représentent la majorité du personnel de santé. Dans l'ensemble, l'incapacité à protéger les groupes vulnérables les expose à un risque d'infection plus élevé et sape la riposte globale mise en place contre la maladie à COVID-19.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Accès à la contraception	<p>Si la méthode contraceptive habituelle de la femme n'est pas disponible, d'autres options contraceptives (notamment les méthodes barrières, la connaissance de la fécondité et les contraceptifs d'urgence) devraient être rendues plus facilement accessibles.</p> <p>Assouplir les exigences relatives à la prescription de contraceptifs oraux ou auto-injectables et de contraceptifs d'urgence et en proposer pour plusieurs mois avec des informations claires sur la méthode et sur la manière d'accéder à des soins appropriés en cas d'effets indésirables.</p> <p>Permettre aux pharmacies et parapharmacies de diversifier les options contraceptives proposées et autoriser les prescriptions de plusieurs mois et l'auto-administration de contraceptifs injectables sous-cutanés, s'ils sont disponibles.</p>	<p>Prévoir que les clients et clientes puissent opter pour des méthodes à plus long terme (telles que les DIU, les implants) et à des méthodes permanentes (ligature des trompes et vasectomie) si ces services venaient à être perturbés.</p> <p>Évaluer les stocks et conserver les données relatives à l'achat de médicaments contraceptifs pour éviter les ruptures de stock potentielles. Procéder à un suivi et communiquer sur les lieux d'accès aux services.</p>
Soins liés à la fécondité	Donner la priorité aux patients dont la réserve ovarienne est limitée et envisager le recours à la cryoconservation lorsque les traitements de fertilité ont été interrompus.	
Avortement sans risque dans le respect de la loi et soins post-avortement	<p>Envisager de réduire les obstacles qui pourraient retarder les soins et donc augmenter le risque pour les adolescentes, les victimes de viol et les personnes particulièrement vulnérables dans ce contexte.</p> <p>Envisager la possibilité d'utiliser des méthodes médicales non invasives pour prendre en charge les avortements sans risque et les avortements incomplets.</p> <p>Limiter les visites dans les établissements et les contacts entre prestataires et clients en recourant à la télémedecine et à l'auto-prise en charge, le cas échéant, en garantissant l'accès à un prestataire formé si nécessaire.</p> <p>Ajuster les prévisions relatives aux produits et fournitures afin de répondre à l'augmentation prévue des besoins en matière de méthodes d'avortement médicales.</p>	<p>Évaluer régulièrement les données d'inventaire relatives aux médicaments et fournitures utilisés pour l'avortement et les soins post-avortement afin d'éviter d'éventuelles ruptures de stock lorsque les services normaux reprendront.</p> <p>Envisager d'étendre les mécanismes de télémedecine pour l'administration de médicaments dans les contextes où leur efficacité est prouvée.</p>
Santé sexuelle	<p>Augmenter l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants pour des pratiques sexuelles plus sûres en utilisant différents points de vente.</p> <p>Donner la priorité au besoin de produits menstruels et veiller à ce qu'ils soient inclus dans les listes de produits de santé prioritaires nécessaires pour atténuer les perturbations de l'approvisionnement.</p> <p>Communiquer sur les produits de santé menstruels alternatifs et réutilisables.</p> <p>Si possible, mobiliser les groupes communautaires pour étendre la disponibilité des produits menstruels.</p> <p>Augmenter la possibilité de se tester soi-même pour le VIH et de prélever soi-même des échantillons pour les IST, notamment la syphilis, et d'être orienté vers un traitement si nécessaire.</p> <p>Donner la priorité à des messages appropriés préconisant des rapports sexuels sûrs et consentis pendant les périodes d'auto-isollement.</p> <p>Garantir un accès adéquat aux produits essentiels pour les personnes sous traitement de longue durée (p. ex., médicaments contre le VIH, prise en charge de la ménopause ou thérapie hormonale dans le cadre de soins destinés aux personnes transsexuelles).</p>	

👁 Section 2.3.1.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus	<p>Voir les adaptations spécifiques pour la vaccination contre le VPH dans le document OMS/UNICEF intitulé La vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : questions fréquentes (57).</p> <p>Promouvoir l'auto-prélèvement pour le test du dépistage du VPH, en facilitant la collecte des échantillons dans les pharmacies ou les points de dépôt des établissements. Promouvoir les conseils en ligne après un test de dépistage négatif et une prise en charge adéquate après un test de dépistage positif.</p> <p>Recourir à une approche basée sur une visite unique pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses, si les capacités existent et si les services peuvent être dispensés en toute sécurité.</p> <p>Donner la priorité à l'accès au dépistage pour les femmes vivant avec le VIH.</p> <p>👁 Section 2.2.2.</p>	Rétablir la vaccination contre le VPH et diffuser des messages sur la sexualité sans risque et les coordonnées des services de santé sexuelle et reproductive.
Violence à l'égard des femmes et des filles, violence sexiste et violence sexuelle	<p>Fournir des informations sur les modifications apportées aux services (p. ex., lieux, heures d'ouverture, coordonnées).</p> <p>Informar et alerter tous les prestataires de services sur le risque accru de violence domestique lié aux mesures de prévention et de contrôle de l'infection associées à la flambée épidémique.</p> <p>Renforcer les mesures d'aide aux victimes et répondre à leurs besoins, notamment en matière de santé mentale et de soutien psychologique.</p> <p>Garantir la disponibilité des services de soins dispensés en cas de viol, notamment la contraception d'urgence, la prophylaxie contre le VIH et le traitement des IST.</p> <p>Identifier les centres d'hébergement, les refuges ou les services sociaux pour les personnes à risque ou confrontées à des actes de violence au cours de périodes de quarantaine.</p> <p>Renforcer le dépistage et les services d'identification des cas de violence à l'égard des femmes et des filles, de violence sexiste et de violence sexuelle.</p>	

*Voir également la Section 1.11 et l'Annexe.

DIU : dispositifs intra-utérins ; IST : infections sexuellement transmissibles ; VPH : virus à papillome humain.



2.2 Nutrition, maladies non transmissibles et santé mentale

2.2.1 Nutrition

La pandémie de COVID-19 aura un impact sur le bien-être nutritionnel des populations vulnérables qui se manifestera par de multiples mécanismes. La qualité et la quantité des aliments devraient diminuer en raison de la perte de revenus des ménages et des perturbations des systèmes alimentaires (p. ex., perturbation du commerce et du transport des aliments de leur lieu de production aux marchés) et des programmes d'alimentation scolaire. Les programmes qui comportent d'importantes composantes nutritionnelles (soins prénatals et postnatals, conseils en matière d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, prise de suppléments en micronutriments, détection et traitement précoces de l'émaciation, par exemple) seront menacés, tout comme la surveillance des populations à risque utilisée pour identifier les communautés ou les individus ayant besoin d'un soutien nutritionnel.

À l'heure où les services de santé portent leur attention sur la pandémie de COVID-19, les services de nutrition doivent s'adapter afin de prévenir l'augmentation de la morbidité et de la mortalité dues à la malnutrition. Les adaptations réalisées dépendront de la phase de la pandémie, de la riposte adoptée et du contexte du pays, notamment la situation en matière de sécurité alimentaire et le fardeau de la malnutrition. Dans les zones où la malnutrition est élevée, les mesures nutritionnelles essentielles visant les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et allaitantes, et les autres populations vulnérables doivent être maintenues à tous les stades de la riposte. La gestion, la surveillance et le suivi des informations nutritionnelles devraient être adaptés pour garantir la coordination des activités en matière de nutrition.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Nutrition maternelle	<p>Si les prises de contact pour soins prénatals ou postnatals sont moins fréquentes, prévoir 2 à 3 mois de suppléments recommandés par visite (suppléments en fer et acide folique, et en calcium pour les soins prénatals ; en fer et acide folique pour les soins postnatals).</p> <p>Lorsque la distribution de nourriture est notablement interrompue et dans les populations à forte prévalence des carences nutritionnelles, l'utilisation de suppléments en micronutriments multiples incluant le fer et l'acide folique peut être envisagée pour les femmes enceintes et allaitantes.</p> <p>Pour les populations sous-alimentées, fournir aux femmes enceintes une supplémentation alimentaire énergétique et protéique équilibrée.</p>	Si les visites pour soins prénatals ou postnatals ont été manquées et que la supplémentation a été interrompue, vérifier les concentrations d'hémoglobine des mères à leur retour à la clinique et traiter les cas d'anémie.
Promouvoir l'allaitement maternel et aider les nouvelles mères à commencer à allaiter	<p>Fournir des informations et un soutien à toutes les mères pour qu'elles commencent à allaiter et apporter des éclaircissements sur les risques et les avantages liés à la COVID-19 (34, 35).</p> <p>Utiliser des plateformes de santé numérique pour fournir des conseils réguliers sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, si possible.</p> <p>👁 Section 2.1.2.</p>	
Supplémentation en vitamine A pour les enfants âgés de 6 à 59 mois dans les régions où la carence en vitamine A est un problème de santé publique	Si les visites de routine des enfants sont perturbées, la supplémentation en vitamine A peut être retardée ou intégrée à d'autres programmes, tels que la vaccination.	<p>Si les interruptions se prolongent, surveiller les enfants pour détecter les signes oculaires de carence en vitamine A.</p> <p>Des campagnes de supplémentation en vitamine A de rattrapage peuvent être nécessaires et peuvent être intégrées à d'autres programmes, tels que la vaccination.</p>

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Donner une supplémentation en fer ou des poudres de micronutriments multiples aux enfants et administrer une supplémentation en fer et en acide folique aux adolescentes et aux femmes adultes dans les populations où l'anémie est un problème de santé publique	Lorsque la délivrance de suppléments n'est recommandée que pendant plusieurs mois par an, la distribution peut être retardée (8). 👁 Section 2.1.2.	Comme pour la vitamine A, le dépistage et le rattrapage peuvent être nécessaires si les reports sont prolongés ou peuvent être mis en œuvre une fois la flambée épidémique passée.
Détection précoce, aiguillage et traitement de l'émaciation, incluant le dépistage des enfants malades	Adapter les protocoles de traitement de l'émaciation sans complications afin de tenir compte des ruptures de la chaîne d'approvisionnement ou d'autres contraintes (p. ex., en utilisant des critères anthropométriques modifiés, des doses et calendriers de distribution modifiés pour les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi). Le traitement de l'émaciation sévère avec complications médicales doit suivre les recommandations de l'OMS relatives aux soins des patients hospitalisés avec des mesures PCI renforcées. 👁 Section 2.1.2.	Si les perturbations se prolongent, donner la priorité aux services destinés aux enfants atteints d'émaciation.

*Voir également la Section 1.11 et l'Annexe.
PCI : prévention et contrôle des infections.

2.2.2 Maladies non transmissibles : maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, maladies respiratoires chroniques, maladies rénales chroniques, affections bucco-dentaires

La maladie à COVID-19 peut avoir un impact négatif sur les issues des maladies non transmissibles chez les adultes et les enfants de différentes manières, notamment une plus grande vulnérabilité à l'infection par le virus de la COVID-19 et des taux de létalité plus élevés chez les personnes atteintes de MNT ; des retards dans le diagnostic des MNT se traduisant par des stades plus avancés de la maladie ; une thérapie retardée, incomplète ou interrompue (traitement, réadaptation, soins palliatifs) des MNT ; et une augmentation des facteurs de risque comportementaux, tels que l'inactivité physique et la consommation accrue de substances nocives. D'autres exemples de conséquences négatives incluent la recherche tardive de soins en cas d'urgence (crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral, par exemple), l'augmentation du risque d'infection chez les personnes souffrant d'insuffisance rénale devant être traitées dans des centres de dialyse, une crise diabétique provoquée par l'interruption de l'approvisionnement en insuline, l'aggravation du pronostic de cancer en raison d'un diagnostic tardif et la détérioration de la santé des personnes souffrant de maladies respiratoires chroniques en raison de l'interruption de la rééducation pulmonaire.

Des données factuelles (58) semblent indiquer que les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires (MCV) ou de diabète, ainsi que celles qui présentent des facteurs de risque de MCV, tels que l'hypertension et l'obésité, courent un risque accru de maladie grave et de décès en cas de COVID-19, un mauvais pronostic qui semble se confirmer avec l'âge. Dans ce sous-groupe, une évaluation clinique précoce est justifiée pour tout symptôme présumé.

La nature même de la COVID-19 peut rendre certaines MNT plus difficiles à reconnaître. Ainsi, la COVID-19 a été associée à des complications cardiovasculaires qui peuvent rendre plus difficile le diagnostic précis d'un infarctus du myocarde. En outre, les patients atteints de maladies respiratoires chroniques sont confrontés à des difficultés particulières quant au choix du moment approprié pour recevoir des soins, car les signes et symptômes de leur maladie principale peuvent être similaires à ceux de la COVID-19. Les plans de traitement du cancer doivent tenir compte de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité causée par la COVID-19 chez les patients atteints de cancer, et des équipes multidisciplinaires peuvent aider à définir les interventions prioritaires.

Dans le traitement des patients atteints de MNT et de la COVID-19, il est essentiel de surveiller les effets secondaires et les interactions des médicaments. Ainsi, l'utilisation non indiquée de médicaments pour traiter la COVID-19, tels que la chloroquine ou les antirétroviraux habituellement utilisés pour traiter l'infection par le VIH, peut avoir des effets secondaires cardiovasculaires. En outre, il y a lieu de combattre et de corriger la désinformation concernant les médicaments MNT et leur impact sur la vulnérabilité à la COVID-19 ou leurs effets (59, 60).

Il est également important de renforcer les comportements bénéfiques pour la santé des enfants et des adultes et de maintenir les interventions en faveur de la lutte contre le tabac et l'alcool, d'une bonne alimentation et de l'activité physique. Ces interventions peuvent comprendre des mesures réglementaires et fiscales relatives à l'alimentation, à l'alcool et au tabac, notamment la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et les recommandations de l'OMS sur les « meilleurs choix » (61) pour lutter contre les MNT. La pandémie de COVID-19 offre l'occasion de promouvoir le sevrage tabagique, ce qui profitera également à la lutte contre les maladies respiratoires chroniques et d'autres maladies non transmissibles (62).

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Prévention et dépistage		
Prévention des MNT par la réduction des facteurs de risque comportementaux	Adapter les activités de promotion de la santé (p. ex. sur la lutte contre le tabagisme et le sevrage tabagique, la consommation nocive d'alcool, l'activité physique, l'alimentation saine et la gestion du stress) pour permettre la diffusion des informations par téléphone, SMS ou ressources en ligne, dans la mesure du possible. Accroître le soutien au sevrage tabagique conformément aux orientations de l'OMS (63, 64).	Procéder à un réexamen lorsque la transmission au sein de la communauté diminue. Surveiller l'efficacité des mécanismes de diffusion des informations et envisager d'étendre les mécanismes de diffusion virtuels lorsque leur efficacité est avérée.
Vaccination pour la prévention du cancer (VHB, VPH) et protection des personnes atteintes d'affections à haut risque	Voir les adaptations spécifiques pour la vaccination en milieu scolaire et la vaccination des adultes, des personnes âgées, des personnes à haut risque et des agents de santé, qui figurent dans le document OMS/UNICEF intitulé La vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : questions fréquentes (57).	
Évaluation des risques cardiovasculaires et programmes de contrôle médicaux chez l'adulte	Continuer les conseils sur la réduction des risques liés aux MNT, avec modification des stratégies de diffusion des informations comme indiqué plus haut, et envisager de suspendre temporairement les programmes de dépistage dans les établissements.	Procéder à un réexamen lorsque la transmission au sein de la communauté diminue.
Dépistage du cancer (col de l'utérus, sein, colorectal)	Modifier et envisager de retarder temporairement les programmes de dépistage du cancer, en particulier ceux menés dans les établissements. Envisager la promotion de l'auto-prélèvement à domicile pour le cancer du col de l'utérus (test VPH) et le cancer colorectal dans les lieux disposant d'une infrastructure et d'une capacité appropriées. Maintenir la communication avec les personnes qui subissent un test de dépistage et veiller à leur suivi diagnostique. Le soutien à distance peut être utilisé pour le conseil après un test négatif et la planification de la prise en charge après un test positif. Le dépistage des personnes à haut risque (comme le dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes vivant avec le VIH) peut se voir accorder la priorité.	Procéder à un réexamen lorsque la transmission au sein de la communauté diminue.

👁 Section 2.1.4.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Dépistage de la rétinopathie diabétique	Envisager de suspendre temporairement les programmes de dépistage dans les établissements jusqu'à ce que la transmission dans la communauté diminue.	Surveiller l'incidence de la cécité et donner la priorité au dépistage de rattrapage pour les adultes qui ont un diabète de type 1 depuis plus de cinq ans, les diabétiques atteints de rétinopathie proliférante établie qui n'ont pas pu se rendre à leur rendez-vous et les personnes atteintes de néphropathie diabétique.
Diagnostic		
Programmes de diagnostic précoce du cancer	Lancer ou intensifier les campagnes visant à encourager le grand public à consulter pour d'éventuels symptômes de cancer. Recourir aux consultations virtuelles pour réduire au minimum les retards de diagnostic. Maintenir les rendez-vous cliniques en personne, au besoin, pour les services (p. ex., l'évaluation d'un saignement anormal) ou la prise de décision à caractère urgent.	Surveiller le nombre de nouveaux diagnostics de cancer par mois et mettre en place des mesures correctives rapides si une baisse significative est détectée (65).
Diagnostic du cancer	Donner la priorité aux études sur l'imagerie du cancer susceptibles de guider la prise de décision rapide concernant le traitement.	
Diagnostic des maladies respiratoires chroniques	Étant donné que la bronchoscopie et la plupart des tests de fonction pulmonaire ont le potentiel d'aérosoliser le coronavirus, il convient de réaliser le dépistage de la COVID-19 avant ces procédures et de limiter les procédures à celles qui auront un impact critique sur les soins aux patients, notamment celles qui font partie du parcours de prise en charge du cancer. ➤ Section 2.3.2.	Suivre les modifications, en surveillant leur impact sur le parcours des patients.
Prise en charge des maladies chroniques et traitement spécialisé (66, 67, 68)		
Prise en charge globale des MNT chroniques	Renforcer la sensibilisation des patients atteints de MNT à leur vulnérabilité accrue à la COVID-19 et aux moyens de réduire le risque de transmission et de reconnaître les symptômes de la COVID-19 ; cette activité devrait également inclure des informations concernant les implications de l'auto-prise en charge des MNT. Veiller à ce que les patients atteints de MNT chroniques sachent quand et comment accéder aux services de télésanté ou aux services en ligne à des fins de suivi régulier ou de soins urgents en cas d'exacerbations aiguës ou de détérioration de leur état. Élaborer des plans d'auto-prise en charge et encourager l'auto-surveillance de la maladie, le cas échéant, avec l'aide des professionnels de santé, en utilisant des mécanismes alternatifs, si nécessaire. Accroître les stocks de médicaments à domicile et les stocks de dispositifs de suivi. Modifier les examens cliniques de routine (p. ex., fréquence, moyens de réalisation), le cas échéant. ➤ Section 2.1.2.	Surveiller l'incidence des ruptures de stocks de médicaments, les complications de la maladie, les patients COVID-19 présentant des affections sous-jacentes, les épisodes de soins urgents, les admissions à l'hôpital et les issues de la maladie chez les patients ; prendre des mesures correctives si nécessaire, par exemple en garantissant l'atteinte des groupes à risque, en activant des lignes d'assistance téléphonique dédiées et en examinant les circuits de triage et de soins.
Prise en charge des maladies respiratoires chroniques telles que l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive	En plus de modifier la prise en charge des MNT chroniques en général : • améliorer l'éducation des patients pour y inclure la différenciation des symptômes de la COVID-19 avec la toux ou les symptômes habituels ; • orienter les patients vers des ressources en ligne pour obtenir un soutien ou une formation à la technique d'inhalation correcte et des consultations virtuelles pour renforcer la sensibilisation des patients et éviter les déclencheurs d'épisodes aigus afin de réduire le risque d'admission à l'hôpital ; • le cas échéant, veiller à ce que les patients asthmatiques disposent de trousse de secours (c'est-à-dire de petites doses de stéroïdes) pour prendre en charge les exacerbations aiguës à domicile avec un soutien, conformément au plan d'auto-prise en charge convenu avec le clinicien.	Envisager d'étendre davantage les mécanismes de prestation virtuels lorsque leur efficacité est avérée.
Prise en charge du diabète	En plus de modifier la prise en charge des MNT chroniques en général : • modifier la prise en charge de l'hypoglycémie sévère chez les personnes atteintes de diabète insulino-dépendant en fournissant à leur famille des doses de glucagon à injecter, et les éduquer à son utilisation à domicile ; • fournir aux personnes atteintes de diabète de type 1 des bandelettes urinaires pour l'autosurveillance de la présence de cétones dans les urines et veiller à ce qu'un contact téléphonique soit établi avec un prestataire.	Sur la base de la surveillance décrite ci-dessus, prendre des mesures correctives si nécessaire, par exemple en veillant à atteindre les groupes à risque, en activant des lignes d'assistance téléphonique dédiées et en réexaminant les circuits de triage et de soins.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Prise en charge des MCV (prévention secondaire, notamment la réadaptation cardiaque, pour les personnes souffrant de MCV existante)	<p>En plus de modifier la prise en charge des MNT chroniques en général :</p> <ul style="list-style-type: none"> • élaborer des programmes de promotion de la santé sur mesure, en les modifiant pour qu'ils soient diffusés par le biais de campagnes dans les médias, par téléphone, par SMS ou par des ressources en ligne, en fonction des possibilités ; la téléadaptation est une option pour les patients qui quittent l'hôpital après un événement aigu ; • prolonger les plans de traitement susceptibles d'expirer pendant les restrictions de déplacement ; • souligner l'importance de la détection précoce des maladies cardiaques ischémiques et des accidents vasculaires cérébraux (en sensibilisant aux signes d'alerte : paralysie faciale, paralysie d'un membre, difficulté à parler, signes qui doivent déclencher un appel immédiat des secours), et de la recherche continue de soins en cas de signes d'urgences MTN ; • veiller au suivi et à pouvoir atteindre les patients de manière proactive, en particulier ceux qui évitent de se rendre dans les établissements de santé. 	<p>Réexaminer les mesures lorsque la transmission au sein de la communauté diminue.</p> <p>Surveiller l'efficacité des mécanismes de prestation sur les comportements à risque et les résultats.</p> <p>Envisager d'étendre davantage les mécanismes de prestation virtuels lorsque leur efficacité est avérée.</p>
Prise en charge de la fibrillation auriculaire en prévention des accidents vasculaires cérébraux	Envisager de modifier la prestation d'une surveillance du traitement anticoagulant dans les établissements, par exemple en prélevant des échantillons de sang à domicile ou dans un autre lieu désigné, et s'assurer que des parcours sont en place si les valeurs des tests nécessitent d'autres mesures (comme une consultation chez un spécialiste).	Réexaminer les mesures lorsque la transmission au sein de la communauté diminue.
Traitement aigu et soins spécialisés pour les MNT	<p>Modifier les parcours de traitement pour les services de soins spécialisés et d'urgence afin d'aider les personnes avec ou sans la COVID-19, et s'assurer que les patients sont dépistés pour la COVID-19 au premier point de contact.</p> <p>Mettre en place une stratégie de sortie de l'établissement de santé multidisciplinaire avec un soutien aux soins primaires, si ce n'est déjà fait.</p> <p>Modifier les décisions de traitement en fonction de la maladie et de chaque cas en consultation avec le spécialiste ou l'équipe multidisciplinaire, ou les deux.</p>	Surveiller les taux d'admission et de mortalité dans les hôpitaux, les principaux indicateurs de performance et de qualité, ainsi que l'issue de la maladie pour les patients ; des variations importantes (p. ex., dans les admissions) devraient déclencher des stratégies et des campagnes de communication ciblées.
Soins en cas de SCA ou d'AVC	<p>Maintenir les systèmes de soins d'urgence et les protocoles de prise en charge des SCA et des AVC.</p> <p>Modifier les réseaux SCA et AVC (réseau en étoile + parcours différenciés), en fonction du statut du patient par rapport à la COVID-19.</p> <p>Maintenir les interventions à caractère très urgent (p. ex., thrombolyse, thrombectomie).</p> <p>Mettre au point des options sûres pour la réadaptation pendant les soins hospitaliers.</p> <p>Identifier les interactions médicamenteuses et les toxicités cardiovasculaires potentielles de plusieurs médicaments non autorisés utilisés pour le traitement de la COVID-19.</p> <p>Donner la priorité aux consultations de suivi des victimes d'AVC, car ces personnes sont plus exposées à un risque de pneumonie.</p>	<p>Surveiller les retards dans la recherche de soins et modifier les protocoles de triage à partir des lignes d'assistance téléphonique et des ambulances selon les besoins.</p> <p>Au niveau de l'établissement ou du réseau AVC, surveiller les taux de survie, la récupération fonctionnelle des patients et les variations des services et des interventions en cas d'AVC ; ajuster les parcours et améliorer les soins si nécessaire.</p> <p>Envisager d'élaborer un plan d'urgence pour mettre à niveau les établissements et les ambulances avec, par exemple, avec des outils de diagnostic, des kits de traitement et des protocoles pertinents, et former le personnel à l'activation du protocole pour les SCA ou les AVC avec le soutien à distance du réseau clinique concerné.</p> <p>Revoir les réglementations et les protocoles de communication avec le patient et les membres de sa famille et s'assurer qu'ils incluent, par exemple, les appels téléphoniques, les SMS et les appels vidéo.</p>

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Soins spécialisés du cancer	<p>Donner la priorité à la mise en place en temps utile de traitements contre les cancers pour lesquels les retards ont un impact sur l'issue de la maladie. Étant donné que les patients atteints d'un cancer à un stade avancé et diagnostiqués positifs à la COVID-19 courent un risque relatif plus élevé de connaître une issue moins favorable, il peut être nécessaire d'adapter les plans de traitement.</p> <p>Donner la priorité au traitement des cancers pour lesquels les avantages d'une initiation précoce du traitement l'emportent sur les risques d'initiation du traitement dans le contexte d'une pandémie, en tenant compte des risques d'exposition et de la mesure dans laquelle le patient est immunodéprimé.</p> <p>Personnaliser et modifier en fonction des situations individuelles et du contexte des services :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les étapes du traitement (comme le recours à la chimiothérapie ou à la radiothérapie avant l'intervention chirurgicale) ; • les schémas thérapeutiques (comme la durée de la thérapie pour les patients en rémission profonde) ; et/ou • le plan de traitement (comme les candidats à une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogènes). <p>Pour les personnes atteintes d'un cancer diagnostiquées positives à la COVID-19, envisager de modifier immédiatement leurs plans de traitement du cancer, notamment en suspendant éventuellement les traitements immunosuppresseurs.</p>	Des adaptations régulières des services de traitement du cancer peuvent être nécessaires en fonction de l'évolution du personnel disponible, des infrastructures, du volume de cas et des résultats cliniques.
Dialyse rénale	<p>Faciliter les déplacements vers les centres d'hémodialyse et étudier la possibilité de réduire la fréquence des hémodialyses, de trois à deux fois par semaine, chez les patients qui peuvent tolérer cette approche, afin de réduire le risque d'infection ou de prévenir une pénurie de fournitures utilisées pour la dialyse, ou les deux.</p> <p>Des consultations à distance doivent être envisagées pour aider les patients en dialyse à domicile.</p> <p>Les livraisons de fournitures de dialyse à domicile pourraient devoir être adaptées (p. ex., livrer un plus grand nombre de kits ou une plus grande quantité de liquides).</p>	Anticiper une éventuelle augmentation du nombre de patients présentant une insuffisance rénale terminale ou une absence de guérison des lésions rénales aiguës nécessitant une admission en dialyse dans la phase post-pandémie et établir des priorités pour la prise en charge, notamment des procédures d'accès vasculaire et des programmes de transplantation.
Prestation de soins bucco-dentaires	<p>Suspendre temporairement les procédures optionnelles et les soins bucco-dentaires non urgents, mais maintenir les services pour les urgences bucco-dentaires, telles que les infections aiguës, la douleur, les saignements ou les traumatismes, en utilisant des mesures PCI renforcées. Utiliser des plateformes numériques à distance, si disponibles, pour l'évaluation initiale.</p> <p>Les services de soins bucco-dentaires étant considérés comme des environnements à haut risque d'infection croisée, envisager de modifier les procédures de soins bucco-dentaires pour y inclure des interventions essentielles qui ne génèrent aucune production ou seulement une production minimale d'aérosols.</p>	
Réadaptation		
Réadaptation pour toutes les MNT	Modifier les programmes de réadaptation en les adaptant aux situations individuelles et élaborer des conseils pratiques à l'intention des orthophonistes, des physiothérapeutes, des psychologues et des ergothérapeutes ; aider les le personnel à déterminer la manière de mettre en place des consultations à distance de manière rapide et efficace (69).	Effectuer des évaluations individuelles des risques pour mettre en place des changements de prise en charge, et procéder au suivi des complications.
Réadaptation après amputation d'un membre	Élaborer des options sûres pour la réadaptation pendant les soins hospitaliers, et maximiser l'utilisation de la télé-réadaptation pour les patients récemment sortis de l'hôpital et les membres de leur famille.	Analyser les indicateurs de qualité (c'est-à-dire les mesures de l'issue des soins) qui peuvent être utilisés pour prendre des mesures supplémentaires afin de garantir l'accès à la réadaptation.
Réadaptation pour les maladies respiratoires chroniques	Éviter les cours de réadaptation pulmonaire et les groupes de soutien aux patients en face à face, mais envisager d'autres mécanismes de prestation, tels que la télé-santé ou les ressources en ligne, ou les deux, pour favoriser le maintien des fonctions.	Réexaminer les mesures lorsque la transmission au sein de la communauté diminue.
Réadaptation pour les AVC et les MCV	Activer la télé-réadaptation pour les patients récemment sortis de l'hôpital et les membres de leur famille. Si cela n'est pas possible, élaborer des options sûres pour le suivi dans la communauté et en ambulatoire. Pour la réadaptation cardiaque, voir plus haut, Prise en charge des MCV (prévention secondaire, notamment la réadaptation cardiaque, pour les personnes atteintes de MCV existante).	Analyser les indicateurs de qualité du réseau AVC (p. ex., les taux de fonctionnalité) qui peuvent être utilisés pour prendre des mesures supplémentaires afin de garantir l'accès à la réadaptation.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
-------------------------------------	---	--

Soins palliatifs

Soins palliatifs pour les MNT	<p>Voir les orientations OMS sur les soins palliatifs et les questions éthiques lors de situations d'urgence et de la pandémie de COVID-19 (70, 71).</p> <p>Mettre à jour les plans de soins avancés pour les personnes atteintes de MNT et les communiquer à l'ensemble du système de santé, si possible.</p> <p>Dans le cadre des soins à domicile, modifier la prestation afin que les injections d'opioïdes soient remplacées par des opioïdes oraux, des patchs ou les deux. Former aux soins palliatifs les aidants membres de la famille.</p> <p>Fournir du matériel éducatif aux patients, par exemple sur la prise en charge à domicile de l'essoufflement, pour les personnes souffrant de maladies cardiaques et pulmonaires chroniques qui ne peuvent pas être envoyées à l'hôpital.</p> <p>Les restrictions de déplacement ne devraient pas s'appliquer aux aidants membres de la famille des personnes atteintes de MNT ou d'autres affections.</p>	<p>Surveiller quotidiennement ou hebdomadairement le nombre de patients atteints de la COVID-19 et de ceux qui n'en souffrent pas qui nécessitent des soins palliatifs, afin d'adapter davantage l'offre de services.</p>
-------------------------------	---	---

*Voir également la Section 1.11 et l'Annexe.

MCV : maladie cardiovasculaire ; MNT : maladie non transmissible ; PCI : prévention et contrôle des infections ; SCA : syndrome coronarien aigu ; VHB : virus de l'hépatite B ; VPH : virus du papillome humain.

2.2.3 Troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives

Les troubles de santé mentale comprennent toute une série de troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS) et les handicaps psychosociaux, cognitifs et intellectuels qui y sont associés. Les conséquences directes et indirectes de la pandémie ont un impact sur ces affections de différentes manières. Les principaux facteurs de stress constituent un puissant facteur de risque pour le développement, l'exacerbation et la rechute de toute une série de troubles MNS et de schémas comportementaux malsains, notamment la consommation d'alcool et de substances psychoactives ou l'addiction au jeu (47). Chez les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, la perturbation de l'approvisionnement en alcool et en produits stupéfiants pendant la pandémie peut entraîner de graves états de manque. La COVID-19 est elle-même associée à des manifestations neurologiques, telles que le délire, l'encéphalopathie, l'agitation, les accidents vasculaires cérébraux et la méningo-encéphalite. L'isolement social, la réduction de l'activité physique et la diminution de la stimulation cognitive peuvent augmenter les risques de déclin cognitif et de démence, et les personnes atteintes de démence sont plus vulnérables à la COVID-19 avec un taux de mortalité plus élevé associé à la maladie.

Les perturbations des soins pour les troubles MNS peuvent mettre la vie des personnes en danger, comme c'est le cas lors d'interruptions du traitement de l'épilepsie, de risque de suicide non pris en compte, de services de réduction des dommages perturbés, de surdoses d'opiacés non prises en charge et de syndromes de sevrage alcoolique sévères. Les perturbations peuvent également entraîner un contact plus fréquent avec le système de justice pénale ou exposer les personnes à des souffrances intolérables (comme dans les cas de dépression grave, de psychose aiguë, de sevrage d'opiacés ou de démence grave), et peuvent avoir un impact sur le développement de l'enfant dans le cas de troubles MNS avant et après la naissance.

L'OMS recommande d'améliorer et de renforcer les services de santé mentale dans le contexte d'une pandémie. La délivrance de soins sûrs pour les troubles MNS dans les prisons et les centres de détention est une priorité, étant donné les taux élevés de ces troubles chez les personnes incarcérées et le risque élevé d'infection en milieu carcéral.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Soins d'urgence et aigus pour les troubles MNS en milieu hospitalier et en ambulatoire	<p>Poursuivre les soins aigus et d'urgence pour les troubles MNS (p. ex., risque de suicide imminent, convulsions, délire, psychose aiguë, manie aiguë, surdose d'opiacés, syndromes de sevrage sévères et compliqués), et veiller à ce que certains soins hospitaliers pour les troubles MNS restent disponibles.</p> <p>Dans la mesure où des manifestations neurologiques sont associées à la COVID-19 (p. ex., délire ou encéphalopathie, agitation, AVC, méningo-encéphalite, altération de l'odorat ou du goût), veiller à ce que tous les patients présentant ces manifestations soient évalués pour la COVID-19 ainsi que pour d'autres causes.</p>	
Traitement et soins des troubles MNS en ambulatoire	<p>Donner la priorité aux soins en face à face pour la prise en charge initiale des troubles MNS sévères impliquant soit une altération sévère des fonctions soit des situations potentiellement mortelles.</p> <p>Établir des protocoles clairs pour garantir la disponibilité de tests de diagnostic et de laboratoire pour les principaux scénarios (p. ex., pour déterminer la cause du délire ou les interactions entre les médicaments, le taux de lithium dans le sang, la numération des globules blancs pour l'utilisation de la clozapine, la neuroimagerie pour les AVC).</p> <p>Intégrer la détection précoce et le traitement des troubles MNS prénatals et postnatals dans les protocoles de soins prénatals et postnatals modifiés. Voir également Section 2.2.1.</p> <p>Pour les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, maintenir les interventions de réduction des dommages et les services psychosociaux critiques, notamment le traitement de substitution continu avec des agonistes des opioïdes et la prise en charge des syndromes de sevrage sévères.</p> <p>Prendre contact avec les agents de première ligne dans tous les établissements de santé (notamment le personnel des maisons de soins de longue durée) pour leur permettre d'accéder aux soins de santé mentale et au matériel d'auto-assistance.</p> <p>Introduire l'utilisation de périodes de prescription plus longues impliquant soit des pratiques élargies de prise à domicile (p. ex., pour le traitement par méthadone ou buprénorphine, les médicaments anti-convulsions à libération prolongée ou les neuroleptiques-dépôt avec consentement éclairé), soit la livraison périodique de médicaments à domicile. Impliquer les aidants pour s'assurer que les médicaments sont stockés de manière sûre afin de réduire le risque de suicide.</p> <p>Les soins de santé numérique ou la télémedecine peuvent être introduits pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les visites de suivi ; • les traitements psychologiques, si les fonctions ne sont pas gravement altérées ; • les aidants de personnes souffrant de troubles MNS ; • les soins psychosociaux de groupe (p. ex., les groupes d'entraide). <p>Réorienter les soins initiaux vers l'auto-assistance en cas de dépression et d'anxiété légères (p. ex., documents numériques ou écrits) (72).</p> <p>Renforcer les soins aux personnes isolées souffrant de troubles MNS sévères, le cas échéant.</p> <p>Veiller à ce que les visites à domicile soient maintenues pour des situations spécifiques (p. ex., soins aux personnes âgées souffrant de troubles MNS).</p> <p>Retarder les interventions chirurgicales non urgentes en cas d'épilepsie et reporter toute évaluation psychométrique.</p>	<p>Rétablir la surveillance systématique en laboratoire pour les personnes atteintes de troubles MNS qui prennent des médicaments psychotropes lorsqu'elles retournent à la clinique.</p> <p>Se préparer à une utilisation accrue des services (au-delà des niveaux pré-pandémie) pour toute une série d'affections, notamment les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles liés à la consommation d'alcool et de stupéfiants, les troubles liés au deuil prolongé, la psychose, le stress post-traumatique, l'automutilation et le suicide.</p> <p>Veiller à ce qu'un soutien à la réadaptation soit disponible pour les personnes souffrant de troubles MNS sévères et présentant les handicaps psychosociaux, intellectuels et cognitifs qui y sont associés.</p>

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Soins dispensés dans des établissements ou institutions spécialisés (par exemple, hôpitaux psychiatriques, foyers pour personnes atteintes de démence, centres de réhabilitation pour alcooliques et toxicomanes)	<p>Limiter les admissions aux cas urgents. Effectuer un test de dépistage de la COVID-19 avant l'admission, en veillant à ce que les protocoles de quarantaine recommandés soient suivis et à ce que les mesures PCI soient appliquées pour les cas positifs.</p> <p>Mettre en place et renforcer le suivi des mécanismes de plainte pour négligence ou violation des droits de l'homme.</p> <p>Permettre un soutien familial à distance si les visites ne sont plus permises.</p> <p>Utiliser des formats accessibles et des canaux de communication connus pour diffuser des informations sur les mesures PCI destinées aux personnes souffrant de handicaps psychosociaux, intellectuels ou cognitifs.</p> <p>Veiller à ce que l'accès à un traitement de qualité et les critères d'isolement ne soient pas différents pour les personnes souffrant de troubles mentaux.</p>	
Prestation de services intersectoriels pour les troubles MNS (via les écoles, les services sociaux, le système de justice pénale)	<p>Renforcer l'engagement avec les acteurs gouvernementaux et les ONG afin de mobiliser les ressources sociales pour soutenir les personnes atteintes de troubles MNS (par exemple à la maison, dans les écoles, les maisons de soins et les prisons), et veiller à ce que les personnes atteintes de troubles MNS sévères aient accès à des services qui répondent à leurs besoins fondamentaux.</p> <p>Modifier les services de santé mentale en milieu scolaire pour qu'ils soient fournis par le biais de plateformes en ligne.</p>	Prendre en compte les effets à long terme de la riposte à la COVID-19 sur les groupes à haut risque (p. ex., les personnes souffrant de troubles MNS préexistants, les personnes âgées, les femmes, les jeunes, les enfants) ; améliorer les services intersectoriels.

*Voir également la Section 1.11 et l'Annexe.

MNS : mental, neurologique et lié à la consommation de substances psychoactives ; ONG : organisation non gouvernementale ; PCI : prévention et contrôle des infections.



2.3 Maladies transmissibles

2.3.1 VIH, hépatite virale et infections sexuellement transmissibles

Parmi les personnes vivant avec le VIH, celles qui ont un faible nombre de cellules CD4 et une charge virale élevée ainsi que celles qui ne suivent pas de thérapie antirétrovirale (TAR) présentent généralement un risque accru d'infections et de complications connexes. Bien que l'on ignore si l'immunosuppression associée à l'infection par le VIH augmente le risque de maladie à COVID-19 ou d'infections bactériennes concomitantes survenant lors de la ventilation des patients souffrant de troubles respiratoires aigus, il est prudent, dans le contexte de la pandémie, de prendre des précautions supplémentaires pour les personnes dont l'infection par le VIH est avancée ou mal maîtrisée.

Pour maintenir une riposte efficace au VIH pendant la pandémie de COVID-19, il est essentiel de pratiquer un dépistage précoce, de mettre en œuvre des mesures préventives, notamment la réduction des risques, et d'assurer la continuité du traitement antirétroviral. La modélisation révèle qu'en Afrique subsaharienne, une interruption de six mois du TAR entraînerait la mort de plus de 500 000 adultes par infection par le VIH sur une période de quatre ans et une multiplication par deux de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La dégradation des soins cliniques résultant de la surcharge des établissements de santé, de l'interruption de l'approvisionnement en médicaments et de la suspension des tests de dépistage du VIH aurait également des répercussions importantes sur la population (73).

Afin de réduire les risques d'interruption de l'approvisionnement en TAR et autres médicaments essentiels, l'OMS recommande une délivrance de médicaments pouvant aller jusqu'à six mois. Les personnes actuellement traitées pour une infection par l'hépatite B ou C devraient également recevoir des quantités plus importantes de médicaments. Pour les personnes infectées par l'hépatite B ou C qui ne sont pas encore sous traitement, le report du début du traitement peut être envisagé, sauf si son démarrage est indispensable. Les personnes souffrant d'une maladie hépatique avancée due à une infection par l'hépatite B ou C ou à une autre cause ou qui ont subi une greffe de foie peuvent être exposées à un risque de maladie grave due à la COVID-19 et doivent veiller tout particulièrement à se protéger.

Dès que les restrictions de déplacement auront été assouplies, des campagnes de rattrapage devraient être envisagées pour améliorer la couverture des interventions de dépistage, de prévention et de traitement. Les programmes nationaux devraient élaborer des modes opératoires normalisés pour guider les prestataires sur la meilleure façon de localiser et d'amener les clients à bénéficier à nouveau de soins, en particulier si leur traitement a été interrompu.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Prévention		
Fourniture de préservatifs et de lubrifiants Fourniture et échange d'aiguilles et de seringues	Modifier la livraison pour qu'elle se fasse par des points de distribution communautaires. Encourager la livraison secondaire par des pairs et la distribution par les pharmacies. Maintenir les activités en établissement et celles destinées aux personnes mal desservies.	Rétablir la distribution communautaire.
Prophylaxie pré-exposition (PrEP)	Permettre la prescription sur plusieurs mois, notamment pour les clients qui commencent une prophylaxie pré-exposition, le cas échéant. Prévoir une visite en établissement après le premier mois, à moins qu'il n'y ait pas eu d'exposition au cours des trois semaines précédentes.	Proposer un suivi par télésanté et une délivrance communautaire ; un autotest du VIH de qualité peut être envisagé pour le maintien du traitement.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Circoncision masculine médicale volontaire	Suspendre les campagnes de circoncision masculine médicale volontaire ; poursuivre le suivi postopératoire.	Veiller à ce que le site de l'établissement soit prêt (fournitures suffisantes, notamment EPI, et compétence des agents de santé) et redémarrer en mettant l'accent sur les personnes de sexe masculin âgées de 15 ans et plus. Réaliser des campagnes de rattrapage pour les personnes de sexe masculin âgées de plus de 15 ans.
Vaccination des nourrissons contre l'hépatite B, notamment par dose de naissance en temps voulu	👁 Section 2.3.3.	
Vaccination des adultes des groupes à haut risque dans le cadre d'une vaccination de rattrapage	👁 Section 2.3.3.	
Prévention de la transmission du VHB de la mère à l'enfant (dépistage de l'AgHBs et utilisation d'antiviraux, tels que le FTD, ou immunoglobuline anti-hépatite B)	Maintenir les activités dans les établissements de santé.	Effectuer des interventions de rattrapage pour les mères et les nouveau-nés en cas d'accouchement à domicile.
Traitement et suivi de la dépendance aux opiacés	Maintenir les services dans les établissements de santé pour les personnes qui n'ont pas été autorisées à prendre leurs médicaments à domicile, les personnes qui ont récemment commencé un traitement, les résidents des établissements de soins de longue durée ou les personnes en prison, et les personnes admises à l'hôpital pour un traitement ou une réadaptation. 👁 Section 2.2.3.	
Dépistage et tests		
Dépistage du VIH en établissement de santé	Adapter les informations à communiquer avant les tests et les conseils à dispenser après les tests afin de pouvoir les proposer par le biais de consultations en ligne ou par téléphone. Donner la priorité au dépistage du VIH pour les personnes à haut risque, celles qui présentent des affections déterminées (telles que la tuberculose) et les enfants pour un diagnostic précoce chez les nourrissons. Envisager des options pour l'autotest du VIH (voir Autotest du VIH, ci-dessous).	Prévoir un rattrapage. Rétablir les approches qui s'appuient sur les services partenaires et les réseaux sociaux pour le VIH.
Tests en établissement de santé pour l'hépatite virale	Adapter les informations à communiquer avant les tests et les conseils à dispenser après les tests afin de pouvoir les proposer par le biais de consultations en ligne ou par téléphone. Donner la priorité aux tests de dépistage des hépatites B et C pour les personnes à haut risque et les personnes présentant des symptômes de maladie du foie, et envisager de reporter d'autres tests, si possible.	Prévoir un rattrapage.
Dépistage communautaire du VIH et de l'hépatite virale	Espacer les tests VIH communautaires pour encourager la distanciation physique. Envisager des options pour l'autotest du VIH (voir Autotest du VIH, ci-dessous). Suspendre les campagnes communautaires de dépistage de l'hépatite virale.	Organiser des campagnes de rattrapage, notamment pour le diagnostic précoce des nourrissons lors de la première vaccination ou de visites d'enfants en bonne santé qui n'ont pas pu être effectuées.
Autotest pour le VIH	Donner la priorité aux personnes sous prophylaxie pré-exposition, aux partenaires de personnes vivant avec le VIH et aux femmes enceintes ; donner des kits d'autotest du VIH au partenaire masculin. Promouvoir l'autotest du VIH auprès des partenaires, des pairs et des contacts des populations clés. Étendre l'offre d'autotests en utilisant les points de distribution communautaires, les points de collecte dans les établissements de santé (notamment dans le secteur privé), l'internet et le courrier. Définir des parcours clairs pour les services de dépistage ultérieurs et les liens avec les soins.	Mener des actions ciblées visant les personnes mal desservies en vue d'un rattrapage pour les populations clés et les autres populations à haut risque, ainsi que dans les zones où la contamination par le VIH est élevée.
Approches de dépistage qui s'appuient sur les services partenaires et les réseaux sociaux pour les personnes vivant avec le VIH	Donner la priorité aux partenaires et aux contacts sociaux des personnes vivant avec le VIH pour le dépistage en utilisant le suivi par internet et par téléphone et l'autotest (inclure une option d'autotest pour les partenaires et les pairs à distribuer).	

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Dépistage des femmes enceintes pour le VIH	Donner la priorité au dépistage du VHB lors des visites de soins prénatals.	
Tests pour les IST	<p>Donner la priorité au dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals de routine, lorsque cela est possible.</p> <p>Modifier le dépistage des IST par le biais d'un auto-prélèvement à domicile, en veillant à fournir des informations sur la bonne façon de procéder et sur l'endroit où envoyer les prélèvements.</p> <p>Modifier la transmission des résultats des tests, des messages relatifs au traitement et à la prévention pour que la transmission se fasse par le biais de plateformes numériques, notamment les téléphones portables.</p>	<p>Reprendre les tests et le dépistage en clinique. Veiller à ce que les IST soient soignées de manière appropriée.</p> <p>L'auto-prélèvement peut être maintenu. La délivrance d'un traitement et d'informations doit être en place.</p> <p>Mettre en place un dépistage et un traitement de rattrapage de la syphilis pour les mères et les nourrissons en cas d'accouchement à domicile ou de dépistage de la syphilis manqué.</p>
Traitement et suivi		
Dépistage de routine pour les personnes porteuses du VIH	Utiliser la numération des cellules CD4 au point de soins au début du traitement antirétroviral TAR et revenir aux soins pour diagnostiquer une infection par le VIH à un stade avancé.	
Prévention des comorbidités fréquentes dans les cas d'infection par le VIH et de sida	Modifier la prescription pour augmenter les produits de traitement préventif contre la tuberculose des patients (isoniazide, 3HP, 1HP), de sulfaméthoxazole + triméthoprimé et de fluconazole.	
TAR systématique : adultes et adolescents	<p>Mettre l'accent sur le démarrage de la TAR le jour même, notamment lorsque le patient commence le traitement à l'extérieur d'un établissement de santé (p. ex., lors d'une activité visant des personnes mal desservies ou lors de la fréquentation de services mobiles).</p> <p>Étendre la délivrance à 6 mois et promouvoir les points de délivrance communautaires.</p>	<p>Rétablir le soutien à l'observance du traitement de groupe (par exemple, petit groupe, moyen virtuel, par téléphone portable).</p> <p>Revenir à une délivrance trimestrielle, en cas de préférence.</p>
TAR systématique : enfants	<p>Donner la priorité aux régimes optimaux contenant du LPV/r ou du DTG, et passer à une délivrance tous les trois mois pour les enfants âgés de plus de trois ans.</p> <p>Pour les enfants âgés de moins de 3 ans, estimer si un ajustement de la dose sera nécessaire avant la prochaine visite et prescrire en conséquence.</p> <p>Suivi par téléphone ou par SMS, notamment pour l'ajustement de la dose prévue.</p> <p>Si les stocks sont insuffisants, fournir les antirétroviraux à domicile ou dans la communauté.</p>	Effectuer des campagnes de rattrapage pour le diagnostic précoce des nourrissons et le démarrage de la TAR lors de la première vaccination ou de visites d'enfants en bonne santé, si celles-ci n'ont pas pu être effectuées.
VIH : observance et maintien dans les soins	<p>Mettre l'accent sur la santé électronique et les stratégies de santé mobiles.</p> <p>Mettre en place des modalités de télésanté pour le conseil individuel qui souscrivent aux principes de confidentialité et à la prise de décision non coercitive.</p>	Étendre le conseil par les pairs et le conseil de groupe pour le soutien à l'observance du traitement et le traçage, ainsi que pour la réimplication des personnes qui se sont désengagées.
Co-infection tuberculose-VIH	<p>Fournir des stocks suffisants de médicaments contre la tuberculose à tous les patients pour qu'ils les emportent chez eux afin de terminer leur traitement sans avoir à se rendre inutilement dans les centres de traitement pour leurs médicaments.</p> <p>Utiliser des plateformes de santé électronique et de santé mobile pour favoriser l'observance du traitement.</p>	Mettre en œuvre des campagnes de rattrapage pour le démarrage du traitement préventif contre la tuberculose si celui-ci a été reporté ou manqué.
Outils de prévention et de diagnostic pour les patients atteints d'une infection par le VIH à un stade avancé	<p>Modifier pour promouvoir la fourniture hors clinique d'éléments de l'ensemble de soins avancés (prophylaxie, test de numération des CD4 et de dépistage de l'antigène cryptococcique, et dépistage de la tuberculose par l'antigène de type lipoarabinomannane).</p> <p>Renforcer la vaccination contre la grippe.</p> <p>👁 Section 2.3.3.</p> <p>Maintenir un suivi régulier par le biais d'un bilan clinique à distance ou de plateformes de santé électronique ou mobile.</p>	Bilan clinique complet.
Suivi de la TAR	Limitier les tests de mesure de la charge virale à tous les 12 mois, sauf indication clinique contraire.	Mettre en œuvre une campagne de rattrapage pour évaluer la charge virale.
Traitement et suivi de l'hépatite virale	<p>Faire passer l'approvisionnement en médicaments au début du traitement à 6 mois pour le VHB ou à une période de 12 ou 24 semaines pour le VHC.</p> <p>Faire appel à des entreprises de coursiers ou à des groupes communautaires pour faciliter la livraison à domicile.</p> <p>Reprogrammer la confirmation de la guérison du VHC (réponse virologique soutenue à 12 semaines, ou RVS12) et le suivi de la charge virale annuelle pour le VHB.</p>	Tenir un journal ou un registre des personnes en attente d'une visite de suivi (c'est-à-dire pour le test de guérison du VHC ou la charge virale annuelle pour le VHB), et reprogrammer la visite une fois les restrictions de déplacement levées.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Traitement des IST	<p>Maintenir la prise en charge syndromique autant que possible.</p> <p>Donner la priorité aux patients symptomatiques et veiller à ce que les partenaires sexuels reçoivent le même traitement que le cas index.</p> <p>Renforcer les capacités de prise en charge virtuelle des cas d'IST par le biais de services cliniques en ligne ou par téléphone.</p> <p>Permettre au cas index de dispenser le traitement à son partenaire.</p>	Mettre en place un dépistage et un traitement de rattrapage de la syphilis pour les mères et les nourrissons en cas d'accouchement à domicile ou de dépistage de la syphilis manqué.
Maladie hépatique avancée : soins et suivi	<p>Donner la priorité à l'accès pour la prise en charge aiguë des complications (p. ex., maladie hépatique décompensée, varices œsophagiennes hémorragiques).</p> <p>Reprogrammer les rendez-vous de dépistage du cancer du foie ou les activités du programme de lutte contre le cancer du foie.</p> <p>Reprogrammer la vaccination contre la grippe. Administrer la vaccination antipneumococcique en fonction de la politique nationale.</p> <p>👁 Section 2.3.3.</p>	

*Voir également la Section 1.11 et l'Annexe.

1HP et 3HP : régimes pour la prévention de la tuberculose associant la rifampine et l'isoniazide ; AgHBs : antigène de surface de l'hépatite B ; DTG : dolutégravir ; FTD : fumarate de ténofovir disoproxil ; IST : infection sexuellement transmissible ; LPV/r : lopinavir+ ritonavir ; TAR : thérapie antirétrovirale ; VHB : virus de l'hépatite B ; VHC : virus de l'hépatite C.

2.3.2 Tuberculose

Une estimation récente par modélisation indique que si la pandémie de COVID-19 entraînait une réduction de 25 % de la détection prévue de la tuberculose pendant 3 mois – une hypothèse réaliste compte tenu des niveaux de perturbation des services de lutte contre la tuberculose observés dans plusieurs pays – une augmentation de 13 % des décès dus à la tuberculose serait à prévoir, ce qui ramènerait les niveaux de mortalité dus à la tuberculose à ceux d'il y a 5 ans. Entre 2020 et 2025, 1,4 million de décès supplémentaires dus à la tuberculose pourraient être enregistrés à la suite de la pandémie de COVID-19 (74).

Le chevauchement des caractéristiques cliniques entre la COVID-19 et la tuberculose – notamment la toux, la fièvre et les difficultés respiratoires – a une incidence sur le dépistage et l'évaluation des deux maladies. Les deux maladies s'attaquent principalement aux poumons et les deux agents biologiques se transmettent principalement par contact étroit. On s'attend à ce que les personnes atteintes à la fois de la tuberculose et de la COVID-19 présentent de moins bons résultats thérapeutiques, surtout si le traitement de la tuberculose est interrompu. Dans les régions de transmission de la tuberculose, les cliniciens devraient toujours se demander si les personnes présentant une toux, de la fièvre ou des difficultés respiratoires doivent être testées à la fois pour la COVID-19 et la tuberculose. Même dans le cas d'une personne dont le diagnostic pour la COVID-19 ou la tuberculose est connu, la co-infection doit toujours être envisagée et des tests doivent être effectués lorsque cela est cliniquement indiqué. Le traitement à domicile devrait être facilité pour toutes les personnes atteintes de tuberculose, notamment par la fourniture de traitements uniquement par voie orale pour la tuberculose multirésistante et la tuberculose ultrarésistante.

L'utilisation de technologies de santé numérique devrait être intensifiée pour soutenir les patients tuberculeux et les programmes visant à garantir une communication, un conseil, des soins et une gestion de l'information de meilleure qualité. Une planification et un suivi appropriés sont essentiels pour veiller à ce que l'achat et l'approvisionnement en médicaments et en outils de diagnostic contre la tuberculose ne soient pas interrompus. Alors que les pays se préparent à partager les plateformes de diagnostic moléculaire existantes pour les tests sur la COVID-19, les services actuels de diagnostic moléculaire de la tuberculose devraient être maintenus et le matériel de diagnostic ne devrait pas quitter les laboratoires spécialisés dans la tuberculose actuellement désignés pour répondre à la demande de tests de dépistage de la COVID-19.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Prévention	<p>Tirer parti des mécanismes établis de recherche des contacts utilisés pour la tuberculose en les appliquant pour la recherche des contacts COVID-19.</p> <p>Fournir aux ménages des stocks adéquats de médicaments pour le traitement préventif de la tuberculose afin de réduire au minimum les rencontres dans les établissements de santé.</p>	<p>Suivre le volume de recrutement pour le traitement préventif de la tuberculose, ainsi que le nombre et les résultats des recherches sur les contacts effectuées pour la tuberculose.</p> <p>Rattraper les recherches sur les contacts et les activités de traitement préventif de la tuberculose qui ont été suspendues.</p>
Diagnostic	<p>Maintenir les services de diagnostic moléculaire de la tuberculose sans déplacer le matériel de diagnostic présent dans les laboratoires spécialisés dans la tuberculose actuellement désignés pour répondre à la demande de tests de dépistage de la COVID-19.</p> <p>Dans les zones de transmission de la tuberculose, effectuer des tests de dépistage de la COVID-19 et de la tuberculose chaque fois que cela est cliniquement indiqué.</p> <ul style="list-style-type: none"> Des précautions particulières sont nécessaires lors de la collecte et du transport des échantillons d'expectorations et du liquide de lavage bronchoalvéolaire, ainsi que lors de la réception et du déballage des échantillons au laboratoire. Recueillir les expectorations dans un espace ouvert et bien ventilé, à l'écart et de préférence à l'extérieur. Encourager la collecte des expectorations à domicile et donner des instructions spécifiques comme indiqué au point précédent. 	<p>Suivre les demandes de tests pour la tuberculose ou le nombre de cas de tuberculose confirmés en laboratoire (ou les notifications de tuberculose) afin d'évaluer les perturbations des services de lutte contre la tuberculose pendant les mesures d'urgence et l'utilisation concurrentielle des plateformes de diagnostic pour les tests de dépistage de la COVID-19.</p> <p>Maintenir les précautions de sécurité biologique universelles ; redémarrer la collecte des expectorations dans les établissements.</p>
Traitement et soins	<p>Fournir à tous les patients des stocks suffisants de médicaments antituberculeux à emporter chez eux pour s'assurer de l'observance complète du traitement tout en réduisant les visites dans les centres de traitement.</p> <p>Prendre d'autres dispositions pour réduire les visites de suivi pour la tuberculose.</p> <p>Utiliser des technologies de communication innovantes pour maintenir le soutien au traitement.</p>	<p>Procéder au suivi de l'utilisation des technologies numériques qui encouragent l'observance du traitement.</p> <p>Rattraper les activités de traitement et de soins de la tuberculose qui ont été suspendues (p. ex., voir les personnes figurant sur la liste d'attente pour un traitement contre la tuberculose pharmacorésistante).</p> <p>Reprendre les enquêtes épidémiologiques qui ont été reportées.</p>

*Voir également la Section 1.11 et l'Annexe.

2.3.3 Vaccination

Les perturbations des services de vaccination, même pendant une courte période, entraînent une augmentation du nombre de personnes vulnérables et un risque accru d'apparition de flambées de maladies à prévention vaccinale (MPV), comme la rougeole, la polio, la diphtérie, la coqueluche, la méningococcie, la typhoïde, le choléra, la grippe et la fièvre jaune, provoquant une morbidité et une mortalité excessives. L'OMS a publié des orientations sur les services de vaccination pendant la pandémie de COVID-19 (75) et, avec l'UNICEF, un document intitulé *La vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : questions fréquentes* (57) fournissant des principes directeurs et des considérations dans ce domaine. En raison de la morbidité et de la mortalité élevées associées aux flambées de MPV, l'OMS recommande aux pays de maintenir les services de vaccination systématique chaque fois que cela est possible. De nombreux pays ont déjà temporairement reporté les campagnes de vaccination de masse de prévention ou de riposte aux flambées de maladies. Pour les pays touchés simultanément par des flambées de MPV et de COVID-19, la détermination de la ligne de conduite la plus appropriée peut être complexe. Une évaluation des risques doit être effectuée et comprendre un examen détaillé des données épidémiologiques ainsi qu'une prise en compte des conséquences à court et moyen terme sur la santé publique de la mise en œuvre immédiate ou du report d'une campagne de vaccination de masse, en tenant compte de l'aggravation potentielle de la transmission de la COVID-19 causée par la campagne. Le guide relatif à la poursuite du programme d'éradication de la polio fournit des orientations spécifiques en la matière (76).

Les adaptations recommandées à apporter aux programmes comprennent l'amélioration de la microplanification, la délivrance de formations et le renforcement des capacités. Il sera important de surveiller étroitement les stocks de vaccins et de commencer à prévoir les vaccins et les fournitures connexes nécessaires pour la vaccination de rattrapage et les autres activités de vaccination. Il est vivement conseillé aux pays de maintenir la surveillance des MPV et le suivi des effets indésirables après la vaccination, ainsi que de suivre de près toute interruption des activités de vaccination afin d'intensifier les activités pour retrouver et vacciner le plus tôt possible les personnes qui n'ont pas pu encore être vaccinées.

Les pays doivent fréquemment réévaluer les décisions visant à adapter les services de vaccination et reprendre l'ensemble des services dès qu'il est possible de le faire en toute sécurité, tout en surveillant les stocks de vaccins, les fournitures connexes et les besoins en matière de rattrapage. Toute politique susceptible de retarder les efforts de rattrapage (p. ex., des restrictions liées à l'âge ou au groupe cible) et le moment de la vaccination doit être examinée en vue d'une révision. Les calendriers de vaccination de rattrapage devraient être rattachés au calendrier de vaccination national, comporter des directives claires sur les intervalles minimaux autorisés entre les doses et faire l'objet d'une large diffusion (77). Des plans de participation communautaire devraient être élaborés pour s'assurer que les préoccupations des agents santé et de la population sont prises en compte et que les communautés sont encouragées à recourir aux services de vaccination en toute sécurité. L'examen du statut vaccinal, avec orientation vers les vaccins nécessaires, devrait faire partie intégrante de toute visite dans un établissement de santé.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Vaccinations systématiques : <ul style="list-style-type: none"> • services fixes • services aux personnes mal desservies • cliniques mobiles 	<p>Maintenir la vaccination systématique mais modifier comme suit les séances pour éliminer le risque de transmission de l'infection.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Former le personnel à la PCI et aux protocoles de prestation. • Fournir aux établissements des équipements PCI adéquats, notamment pour la gestion des déchets. • Planifier plusieurs petites séances par jour à des heures différentes pour limiter les contacts. • Limiter la durée du séjour dans l'établissement de santé. • Modifier les emplacements des séances pour garantir la séparation entre services de vaccination et zones de traitement, et informer de manière proactive les communautés sur cette stratégie tout en renforçant la valeur de la vaccination. • Mettre en place un processus de dépistage avant d'autoriser l'entrée dans la zone de vaccination. • Pour les services aux personnes mal desservies et les services mobiles, prendre contact de manière proactive avec les communautés afin d'identifier les sites ouverts qui permettent une distanciation physique. <p>Des adaptations spécifiques pour les doses à la naissance (78), la vaccination en milieu scolaire et la vaccination des adultes, des personnes âgées, des personnes à haut risque et des agents santé figurent dans le document OMS/UNICEF intitulé <i>La vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : questions fréquentes</i> (57).</p>	<p>Reprendre des services complets dès que les chaînes d'approvisionnement sont garanties, qu'un nombre suffisant d'agents santé sont formés à la PCI et que des modes opératoires révisés sont en place pour permettre la distanciation physique.</p> <p>Les activités de rattrapage ne doivent pas attendre la levée des restrictions pour se dérouler et doivent se poursuivre même lorsque d'autres activités de vaccination sont suspendues.</p> <p>Certains pays devront peut-être reprendre les services de vaccination en fonction de la situation liée à la COVID-19 au niveau infranational (district).</p> <p>Envisager une intensification périodique des services de vaccination systématique pour permettre un rattrapage rapide chez les enfants et les adolescents (79).</p>

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
<p>Campagnes de vaccination de masse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévention • Riposte aux flambées de maladies 	<p>Mettre en place un processus décisionnel systématique pour évaluer les risques et les avantages de la mise en œuvre de campagnes de vaccination de masse (tant préventives que de lutte contre les flambées de maladies) avec la participation active d'organismes de supervision locaux, tels que les groupes techniques consultatifs nationaux pour la vaccination.</p> <p>Les modifications pourraient inclure des mesures de distanciation physique, des mesures visant à éviter la contamination des compte-gouttes et des adaptations en fonction du contexte pour permettre aux aidants d'administrer les vaccins aux enfants sous la supervision du vaccinateur.</p>	<p>Recourir à des tableaux de bord et à des mises à jour régionales et de partenaires pour évaluer les besoins en matière de stratégies de rattrapage.</p> <p>Surveiller les augmentations de MPV afin d'identifier la nécessité de campagnes de vaccination et veiller à être prêt :</p> <ul style="list-style-type: none"> • adopter des microplans pour tenir compte de toutes les cohortes omises ; • confirmer la disponibilité de stocks suffisants de vaccins et de fournitures connexes ; • veiller à ce que les agents de santé soient formés aux nouvelles mesures PCI et à la distanciation physique. <p>Envisager des campagnes de vaccination de masse intégrant plusieurs antigènes ou la mise en œuvre d'autres interventions sanitaires.</p>
<p>Surveillance des MPV (notamment la polio, la rougeole et d'autres MPV prioritaires)</p>	<p>Introduction de principes de surveillance des maladies à prévention vaccinale (80).</p> <p>Pour réduire au minimum l'exposition du personnel et des communautés à la COVID-19, envisager (a) de retarder la formation et les réunions en présentiel ou de les organiser à distance si possible et (b) de décourager la surveillance de la polio par la communauté.</p> <p>Établir des protocoles pour la mise en œuvre conjointe de la surveillance des MPV et de la COVID-19, et mettre à niveau les plateformes de données et de laboratoires selon les besoins pour soutenir ce portefeuille de travail élargi.</p> <p>Maintenir la détection et le signalement des cas, ainsi que la collecte des échantillons, en procédant à des modifications en cas de perturbations dans les transports afin de faire en sorte que les échantillons soient stockés dans de bonnes conditions jusqu'à leur livraison au laboratoire.</p> <p>Donner la priorité au traitement des échantillons en fonction de l'épidémiologie MPV connue et de l'évolution des risques.</p> <p>Cartographier les niveaux actuels des fournitures de laboratoire, redéfinir leurs priorités et les redistribuer pour répondre à l'évolution des besoins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les zones à haut risque ayant des besoins urgents en réactifs et en tests. • Préparer les réseaux de laboratoires à une possible recrudescence des cas due à une diminution des activités de vaccination. 	<p>Rétablir lorsque la reprise complète de la surveillance des MPV est possible.</p> <p>Corriger en fonction de l'évolution de l'épidémiologie MPV.</p>
<p>Certification de l'éradication ou de l'élimination des MPV</p>	<p>Dans les régions exemptes de polio et dans la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS, les réunions en présentiel des comités de certification nationaux et des commissions de certification régionales devraient être temporairement suspendues, à moins qu'elles ne puissent se dérouler de manière virtuelle.</p> <p>Dans la région Afrique de l'OMS, les activités de certification qui peuvent être effectuées sans déplacement devraient être maintenues. La préparation à la certification régionale en 2020 devrait se poursuivre.</p> <p>Pour d'autres stratégies d'élimination des MPV (p. ex., la rougeole-rubéole, le tétanos maternel et néonatal), la poursuite ou le report des activités de vérification dépendra du contexte local, de la capacité du pays à réagir à la COVID-19 et de sa capacité à se conformer aux exigences de distanciation physique.</p>	<p>Les activités de certification à grande échelle peuvent reprendre progressivement, conformément aux plans nationaux, régionaux et mondiaux. Intégrer les enseignements tirés des techniques de collaboration à distance afin d'accroître le rapport coût-efficacité des activités de certification.</p>
<p>Confinement des poliovirus</p>	<p>Des inventaires des fournitures utilisées pour la vaccination contre la polio de types 1 et 3 doivent être effectués et communiqués aux comités de certification régionaux par l'intermédiaire des coordinateurs des autorités nationales de confinement ou du comité de certification national, lorsque cela est possible.</p> <p>Les autorités nationales de confinement devraient poursuivre leur supervision des établissements essentiels chargés de conserver les poliovirus ainsi que le dialogue avec eux afin de faire progresser la certification du confinement.</p> <p>Les échanges devraient se poursuivre entre les autorités nationales de confinement, le Groupe de travail sur le confinement de la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite et le Groupe consultatif sur le confinement.</p>	

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Coordination mondiale de l'approvisionnement en vaccins	<p>Mettre à jour l'inventaire fonctionnel des équipements de la chaîne du froid.</p> <p>Tenir à jour un inventaire des vaccins et des fournitures connexes, en prévoyant les besoins futurs en vaccins.</p> <p>Commencer à reconstituer les stocks de vaccins et de fournitures connexes, en tenant compte des perturbations dans le transport international des marchandises pendant la pandémie de COVID-19.</p> <p>Surveiller les dates d'expiration afin de réduire le risque de rupture de stock ainsi que les pertes en flacons fermés.</p> <p>Lorsque cela est sûr et faisable, envisager d'intégrer d'autres produits de santé essentiels sensibles à la température (p. ex., les produits diagnostiques et thérapeutiques COVID-19, l'ocytocine, l'insuline et les kits de diagnostic VIH) dans les équipements de la chaîne du froid existants utilisés pour la vaccination afin de gérer les besoins futurs de stockage supplémentaire (81).</p> <p>Envisager d'accepter la livraison de vaccins à durée de conservation réduite (p. ex., durée de conservation restante de 12 mois après la livraison) lorsque les livraisons précédemment prévues ont été retardées et que le risque de rupture de stock est imminent.</p>	<p>Surveiller la capacité mondiale de production de vaccins et le transport international de marchandises. Mettre en œuvre des plans d'atténuation des risques.</p> <p>Prévoir une reprise progressive des activités à mesure que la capacité d'approvisionnement se rétablit.</p>

*Voir également la Section 1.11 et l'Annexe.

BCG : bacille de Calmette-Guérin ; MPV : maladie à prévention vaccinale ; PCI : prévention et contrôle des infections.

2.3.4 Maladies tropicales négligées

Certaines maladies tropicales négligées (MTN) sont susceptibles de provoquer des flambées épidémiques, tandis que d'autres sont mortelles ou entraînent un handicap profond si elles ne sont pas diagnostiquées et traitées rapidement. Des retards prolongés dans la mise en œuvre d'interventions contre les MTN peuvent déboucher sur une augmentation de la transmission d'infections ou une résurgence des cas de maladie, en particulier dans les zones de forte transmission. Les services et les actions de lutte contre les MTN ont été affectés par la pandémie de COVID-19. Pour les MTN nécessitant une prise en charge des patients dans des établissements de santé, des rapports informels indiquent qu'il y a eu une diminution du nombre de patients se présentant pour une évaluation clinique, un traitement et un suivi, ce qui a entraîné des perturbations dans les parcours de soins. En outre, pour certaines MTN, le transfert d'échantillons pour le diagnostic de confirmation ou l'identification des espèces a été affecté en raison d'un manque de moyens de transport pour atteindre les laboratoires ou de la fermeture des frontières ; il y a eu également des retards dans l'analyse d'échantillons en raison de la priorité accordée aux diagnostics pour la COVID-19 et des absences du personnel. Des évaluations préliminaires ont également indiqué des perturbations dans les chaînes de production et d'approvisionnement de médicaments et d'outils de diagnostic MTN en raison de la suspension ou de la diminution de la production, de l'exportation et de l'importation de fournitures médicales non liées à la pandémie de COVID-19.

L'OMS a conseillé de reporter les initiatives MTN communautaires, notamment le traitement de masse, les enquêtes communautaires et la recherche active de cas (8, 82). L'OMS recommande que les programmes maintiennent en activité les services de diagnostic et de prise en charge pour les affections les plus graves (p. ex., ulcère de Buruli, maladie de Chagas, dengue, trypanosomiase humaine africaine, lèpre, rage, envenimation par morsure de serpent, leishmaniose viscérale, neurocysticercose) et pour les complications graves d'autres MTN. Il sera important de conserver des systèmes et des bases de données pour le suivi des programmes (notamment les registres des patients et des laboratoires, les cartes de suivi de l'issue des traitements) afin de continuer à recueillir des données sur les activités mises en œuvre. Il est également essentiel de respecter les délais fixés pour les rapports annuels sur les progrès réalisés et les demandes d'achat ou de don de médicaments et d'outils de diagnostics. Les maladies susceptibles de provoquer des flambées épidémiques (p. ex. la dengue, la leishmaniose cutanée et viscérale) devraient être surveillées pour détecter les concentrations de cas, et si des flambées sont identifiées, des mesures préventives doivent être mises en œuvre pour limiter la transmission.

Les plans de mise en œuvre nationaux devront être révisés si nécessaire, tout en cherchant à atteindre les cibles d'élimination fixées. De nouvelles dates pour les activités reportées pourraient être proposées sur la base des connaissances disponibles et des projections sur la situation et la politique nationale liées à la COVID-19. Les programmes doivent veiller à ce que les ressources soient en place pour soutenir les activités prévues aux nouvelles dates provisoires, en tenant compte de la nécessité de maintenir les mesures de protection établies. Il conviendra d'accorder la priorité à la réalisation des évaluations des impacts prévus dès que possible.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Ulcère de Buruli : diagnostic, diagnostic de confirmation par PCR et traitement antibiotique	Administrer un traitement présomptif en l'absence de confirmation par PCR. Fournir aux patients des stocks de médicaments suffisants pour couvrir la durée totale du traitement.	Rétablir la capacité à entreprendre des tests PCR pour <i>Mycobacterium ulcerans</i> . Envisager d'entreprendre une recherche active des cas de rattrapage dans les zones où les affections dans les établissements de santé diminuent pendant la pandémie.
Ulcère de Buruli : interventions chirurgicales et réadaptation	Suspendre les interventions chirurgicales non urgentes et la réadaptation là où il y a un risque minimal de difformité en cas de report du traitement.	Revenir aux protocoles normaux lorsque les services de chirurgie et de réadaptation de routine seront disponibles.
Maladie de Chagas : dépistage des nouveau-nés et des enfants de mères infectées en vue d'un diagnostic et d'un traitement précoces	Continuer le dépistage des nouveau-nés et des enfants de mères infectées, et si cela n'est pas possible, orienter vers d'autres établissements ou modifier en fonction des services de santé maternelle et infantile.	
-Earl Dengue : diagnostic à l'aide d'un TDR de qualité et d'un test PCR de confirmation	Maintenir un diagnostic différentiel des cas de COVID-19 présumés atteints de dengue. Dans les zones d'endémie de la dengue où il y a transmission, des outils de diagnostic pour la dengue (TDR de qualité et tests PCR) devraient être disponibles. Les agents de santé doivent surveiller les signes d'alerte et les signes de dengue sévère et se préparer à une augmentation du nombre de cas de dengue sévère, en garantissant l'accès aux soins pour éviter une mortalité inutile.	
Échinococcose : prise en charge des cas	Les services de dépistage peuvent être reportés. La prise en charge des cas peut être reportée en fonction du type d'échinococcose (c'est-à-dire que le report est généralement moins risqué pour l'échinococcose kystique que pour l'échinococcose alvéolaire), du stade, de la localisation du kyste, des ressources et de la formation.	Redémarrer une fois rétablie la capacité de dépistage et de prise en charge appropriée des cas.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Leishmaniose cutanée : diagnostic et traitement précoces	Dans la mesure du possible, donner la priorité au traitement des cas sévères, notamment les formes diffuses, disséminées et muco-cutanées, ou les cas pour lesquels le patient risque d'être défiguré et de présenter des complications mettant sa vie en danger.	Redémarrer une fois rétablie la capacité de traiter la leishmaniose cutanée.
Lèpre (maladie de Hansen) : traitement	Fournir des médicaments en quantité suffisante pour un traitement de 2 à 3 mois au lieu d'un mois seulement. Fournir aux patients des informations adéquates pour identifier rapidement les réactions lépreuses et sur la démarche à suivre pour consulter des professionnels de santé au niveau des soins de santé primaires. Limiter les contacts avec les patients en encourageant les soins auto-administrés et en informant le patient et les membres de sa famille des mesures de base pour éviter et prendre en charge les séquelles (les ulcères, par exemple).	
Lymphoedème dans la filariose lymphatique : prise en charge	Maintenir les soins aigus en établissement pour le traitement des plaies et des épisodes aigus d'adénolymphangite. Afin de limiter les contacts en établissement, demander aux membres de la famille ou aux prestataires de soins de prendre en charge le lymphoedème dans la mesure du possible. Reporter toute activité communautaire visant les personnes mal desservies et les recherches de cas jusqu'à la transition vers les activités programmatiques normales.	Redémarrer une fois rétablie la capacité à proposer une prise en charge de routine du lymphoedème ou un traitement d'urgence.
Chirurgie pour l'hydrocèle dans la filariose lymphatique	Lorsque la disponibilité des services chirurgicaux est limitée, les chirurgies de l'hydrocèle peuvent être reportées. La mise en place de camps chirurgicaux devrait être reportée.	Redémarrer une fois rétablie la capacité à assurer la prise en charge de routine de l'hydrocèle. Promouvoir le rétablissement des services ; il pourrait être nécessaire d'augmenter temporairement la capacité des services pour résorber les retards accumulés.
Gale : prise en charge rapide des cas au moyen d'une crème ou lotion topique de perméthrine ou d'ivermectine par voie orale	Surveiller de près toute augmentation du nombre de cas, en particulier dans les zones à haut risque, afin de détecter cette évolution le plus tôt possible et d'endiguer les flambées potentielles.	
Trachome : prise en charge du trichiasis chez les patients se présentant dans les établissements de santé	Lorsque les services chirurgicaux sont limités, donner la priorité à la correction chirurgicale des cas de trichiasis pour lesquels un plus grand nombre de cils est en contact avec la cornée ou lorsque le trichiasis touche le seul œil offrant une bonne vision. Pour les autres patients, envisager de demander à un membre de la famille d'effectuer une épilation minutieuse avec des pinces de bonne qualité.	Redémarrer une fois rétablis les services de chirurgie ophtalmique, et promouvoir activement le rétablissement des services chez les populations touchées. Il pourrait être nécessaire d'augmenter temporairement la capacité du service pour résorber les retards accumulés.
Pian : traitement	Démarrer un traitement présomptif en l'absence de confirmation en laboratoire.	

*Voir également la Section 1.11 et l'Annexe.

PCR : réaction en chaîne par polymérase ; TDR : test de diagnostic rapide.

2.3.5 Paludisme

Le paludisme est une maladie fébrile potentiellement mortelle à évolution rapide et dont les symptômes sont semblables à ceux de la COVID-19. Une analyse récente par modélisation (83) montre que des perturbations dans la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et une forte réduction de l'accès au traitement du paludisme en Afrique subsaharienne pourraient entraîner, selon des estimations, 46 millions d'épisodes de paludisme supplémentaires et multiplier par deux le nombre de décès par rapport à 2018 (nombre de décès estimé à 769 000 en 2020) (84).

Ces chiffres soulignent l'importance de poursuivre la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme dans le contexte de la pandémie. L'OMS et ses partenaires ont élaboré des orientations sur la manière de maintenir en toute sécurité les services de prévention et de traitement du paludisme (8, 85). De simples modifications des processus de prestation existants permettront de garantir la prévention du paludisme, notamment la lutte contre les vecteurs avec un risque minimal pour les agents de santé et la communauté, la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS), le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) et le traitement préventif intermittent chez les nourrissons (TPIIn).

Un diagnostic et un traitement précoces sont essentiels pour empêcher que les cas bénins de paludisme ne deviennent graves ou ne provoquent des décès. Les messages de santé publique devront être adaptés pour faire en sorte que les personnes ne tardent pas à se faire soigner pour une maladie fébrile.

Afin de limiter le risque de transmission de la COVID-19, le port d'un EPI intégral est recommandé pour les agents de santé qui effectuent des tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme sur des cas de COVID-19 confirmés ou présumés. L'absence d'EPI ou de TDR ne doit pas retarder le traitement. Dans de telles circonstances et dans les zones de transmission du paludisme, les personnes qui ont de la fièvre doivent être traitées de manière présomptive pour paludisme. Les pays qui ont recours à un traitement présomptif du paludisme doivent prévoir des besoins accrus en matière d'approvisionnement.

Les pays en voie d'élimination du paludisme et ceux qui s'efforcent de prévenir le rétablissement de la transmission devraient, si possible, maintenir de activités de surveillance intensive du paludisme en plus des principales activités de contrôle des vecteurs et de prise en charge des cas, en utilisant les meilleures pratiques pour protéger les agents de santé et les communautés. L'interruption de ces activités expose les pays à des risques de flambées épidémiques ou de réintroduction du paludisme, ou les deux.

Au fur et à mesure de l'évolution de la situation pendant la pandémie de COVID-19, les programmes nationaux, pour diverses raisons, peuvent devoir invoquer la nécessité de prendre des mesures exceptionnelles pour faire rapidement reculer le paludisme dans les populations. Pour toute mesure extraordinaire, il conviendra d'examiner la manière dont toutes les interventions peuvent être modifiées pour atteindre deux objectifs majeurs :

- i. réduire la charge du paludisme sur le système de santé afin de mieux répondre à la pandémie de COVID-19 en cours (notamment en faisant baisser le nombre de personnes ayant de la fièvre qui doivent être prises en charge par les agents de santé) ; et
- ii. réduire la charge du paludisme sur la population (c'est-à-dire l'infection, la maladie, les formes graves et les décès) dans les pays où le paludisme est endémique et où la COVID-19 a fait son apparition.

Il est possible d'accroître les avantages de la CPS en étendant sa portée géographique, en élargissant la tranche d'âge ciblée et en augmentant le nombre de passages, si nécessaire, pour couvrir la totalité de la saison de transmission.

L'administration massive de médicaments (AMM) est une autre stratégie préventive recommandée par l'OMS pour réduire rapidement le paludisme lors d'épidémies et en cas de situations d'urgence complexes. La réalisation d'une AMM à grande échelle et à forte couverture, associée à des stratégies de lutte antivectorielle étendues et en temps opportun, doit être considérée comme une mesure exceptionnelle pendant la pandémie de COVID-19.

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
Campagnes MII et pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations	Réorienter la planification et la budgétisation vers une stratégie de distribution porte à porte de MII en une seule phase. Suspendre les procédures relatives aux données et à la redevabilité qui augmentent les contacts interpersonnels. Garantir la disponibilité des EPI nécessaires (masques N95 ou équivalents) pour protéger les agents effectuant des pulvérisations à l'intérieur des habitations de l'exposition aux insecticides peut nécessiter des dispositions spéciales en matière d'approvisionnement dans le contexte d'une pandémie.	Rétablir les procédures relatives aux données et à la redevabilité.
Chimioprévention avec TPIg et TPIIn	Modifier les séances de soins prénatals et de vaccination en établissement de santé afin de limiter les contacts interpersonnels : les comprimés de sulfadoxine + pyriméthamine peuvent être administrés sans contact et en maintenant une distance de 1 mètre. (Les orientations en vigueur ne recommandent pas l'administration communautaire.)	
CPS	Modifier la prestation et opter pour du porte-à-porte en une seule phase. Permettre à l'aidant d'administrer le médicament, sous supervision, tout en respectant une distanciation physique (86). Renforcer la CPS, le cas échéant, en étendant la couverture géographique et en augmentant le nombre de passages. Compte tenu des circonstances exceptionnelles, il est possible d'avoir un impact supplémentaire sur la transmission en élargissant les groupes d'âge admissibles.	

Activités de programmes habituelles	Modifications pour une prestation de services en toute sécurité	Transition vers une reprise des activités*
AMM	<p>En tant que mesure exceptionnelle de maîtrise du paludisme, l'AMM peut être nécessaire pour limiter les cas de maladie et de décès pendant la pandémie de COVID-19, et cette activité doit être envisagée avant que les services de santé ne soient débordés.</p> <p>Le recours à l'AMM ne doit se faire qu'après un examen approfondi du contexte et du risque de transmission de la COVID-19 (87).</p> <p>Dans l'idéal, l'AMM devrait se faire en utilisant des médicaments antipaludiques à longue durée d'action.</p>	L'AMM ne doit être effectuée que dans des circonstances exceptionnelles et sur des périodes limitées.
Diagnostic	<p>Dans les zones de transmission du paludisme, les tests de diagnostic du paludisme seront indiqués chez la plupart des personnes évaluées pour la COVID-19. Pour garantir la sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> effectuer des tests pour les cas de COVID-19 présumés ou confirmés dans une zone spécifique éloignée des autres patients. Des tests pourraient être effectués au début du flux de patients de manière à ce que les résultats soient disponibles au moment où l'agent de santé évalue le patient ; pour les cas de COVID-19 présumés ou confirmés, utiliser un EPI intégral pour tester pour la COVID-19 et le paludisme. Si un EPI intégral n'est pas disponible, traiter de manière présomptive avec l'antipaludéen recommandé et prévoir un test de confirmation du paludisme lorsque cela est possible ; dans tous les cas, suivre les protocoles locaux pour isoler les cas de COVID-19 présumés ou confirmés. <p>Modifier en faveur d'un traitement présomptif de la fièvre par des CTA en cas de rupture de stock de TDR due à des perturbations de la chaîne d'approvisionnement et en cas de capacité insuffisante pour effectuer des TDR.</p> <p>À titre de mesure temporaire, des décisions peuvent être prises quant aux groupes qui devraient bénéficier d'un traitement présomptif. Parmi eux doivent figurer les personnes présentant un risque élevé de maladie sévère et de décès (notamment les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes).</p> <p>Des décisions doivent être prises sur la manière d'utiliser les stocks disponibles de TDR et de CTA pour prendre en charge en toute sécurité d'autres cas de maladie présumés, paludisme ou autres.</p> <p>Dans ces circonstances, la priorité est d'obtenir des TDR et des EPI appropriés. Voir les orientations OMS actualisées sur la prévention et le contrôle des infections (6).</p>	<p>Les tests parasitologiques avant traitement doivent être rétablis dès que les TDR et les EPI appropriés sont disponibles.</p> <p>Le traitement présomptif devrait être limité au minimum car cette approche entraînera un épuisement rapide des stocks de CTA, après quoi il n'y aura plus de traitement contre le paludisme et le risque de maladie sévère et de décès sera nettement plus élevé.</p>
Garantir un accès rapide aux soins et au traitement	<p>Modifier les messages de santé publique afin que les gens ne tardent pas à aller se faire soigner pour une maladie qui pourrait être le paludisme.</p> <p>Envisager d'accroître le soutien au traitement communautaire de la fièvre et du paludisme afin de réduire la charge du paludisme sur les établissements de santé et d'améliorer l'accès aux soins dans les communautés rurales et isolées.</p> <p>Lorsqu'il n'est pas possible de confirmer le diagnostic parasitologique, administrer un traitement présomptif du paludisme sur la base des symptômes.</p>	<p>Souligner l'importance d'obtenir rapidement un diagnostic et des soins pour la fièvre dans les zones à risque de paludisme.</p> <p>Au besoin, maintenir les adaptations qui ont permis d'étendre avec succès les activités communautaires de diagnostic et de traitement du paludisme.</p>
Surveillance	<p>Donner la priorité à la collecte de données minimales de base (p. ex., nombre de personnes testées, nombre de personnes positives, par espèce de parasite et par gravité, âge et statut COVID-19, si disponible) par le biais du système d'information pour la gestion sanitaire afin de garantir le maintien de la planification opérationnelle essentielle en matière de paludisme (p. ex., prévision en matière de produits).</p> <p>Lorsque cela est possible et indiqué, réaliser un test de dépistage du paludisme et de la COVID-19 simultanément.</p>	Revenir à la collecte de l'ensemble des données qui permettent de faciliter la planification nationale et infranationale.
Investigations des cas et des foyers et activités de riposte	<p>Simplifier les processus de notification et d'investigation pour limiter l'exposition des agents chargés de la surveillance au risque de transmission de la COVID-19 et mener les investigations par téléphone lorsque cela est possible.</p> <p>Les investigations des foyers peuvent également être simplifiées pour n'inclure que la vérification de la couverture de la lutte antivectorielle, et les lacunes seront traitées par téléphone lorsque cela est possible.</p> <p>S'il n'y a pas suffisamment d'EPI pour effectuer une détection réactive des cas, un traitement présomptif des cas de fièvre peut être effectué.</p>	Revenir aux processus de notification et d'investigation une fois la transmission de la COVID-19 interrompue.

*Voir également la Section 1.11 et l'Annexe.

AMM : administration massive de médicaments ; CPS : chimioprévention du paludisme saisonnier ; CTA : combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine ; EPI : équipement de protection individuelle ; MII : moustiquaire imprégnée d'insecticide ; TPIg : traitement préventif intermittent pendant la grossesse ; TPI n : traitement préventif intermittent chez le nourrisson.

Références



1. Parpia AS, Ndeffo-Mbah ML, Wenzel NS, Galvani AP. Effects of response to 2014–2015 Ebola outbreak on deaths from malaria, HIV/AIDS, and tuberculosis, West Africa. Volume 22, Number 3—March 2016 – Emerg Infect Dis, 2016;22(3):433–441. doi:10.3201/eid2203.150977
2. Brolin Ribacke KJ, Saulnier DD, Eriksson A, von Schreeb J. Effects of the West Africa Ebola virus disease on health-care utilization – a systematic review. Front Public Health. 2016;4:222. doi: 10.3389/fpubh.2016.00222.
3. Elston JWT, Cartwright C, Ndumbi P, Wright J. The health impact of the 2014–15 Ebola outbreak. Public Health. 2017;143:60–70. doi: 10.1016/j.puhe.2016.10.020.
4. Stratégies, plans et opérations : stratégie mondiale de riposte à la pandémie de COVID-19 [site web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/strategies-plans-and-operations>, consulté le 23 mai 2020).
5. Addressing human rights as key to the COVID-19 response, 21 April 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/2019-nCoV/SRH/Rights/2020.1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331811>, consulté le 23 mai 2020).
6. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Infection prevention and control / WASH [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/infection-prevention-and-control>, consulté le 23 mai 2020).
7. COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak: interim guidance, 25 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/2019-nCoV/essential_health_services/2020.1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331561>, consulté le 23 mai 2020).
8. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance, May 2020. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund; (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331975>, consulté le 23 mai 2020).
9. Interim guidance on public health and social measures for COVID-19 preparedness and response operations in low capacity and humanitarian settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/health/interim-guidance-public-health-and-social-measures-covid-19-preparedness-and-response>, consulté le 23 mai 2020).
10. WHO-ICRC basic emergency care: approach to the acutely ill and injured [website]. Geneva: World Health Organization, International Committee of Red Cross and Red Crescent; 2018 (<https://www.who.int/publications-detail/basic-emergency-care-approach-to-the-acutely-ill-and-injured>, consulté le 23 mai 2020).
11. Global surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID-19) [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov)), consulté le 23 mai 2020).
12. Rapid guidance for strengthening human resources for health in the context of COVID-19. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://www.corecommitments.unicef.org/covid19db/Rapid-guidance-on-HRH-in-the-context-of-COVID-19-UNICEF-8May20-%281%29.pdf>, consulté le 23 mai 2020).
13. New WHO tools launched to help hospitals manage surge in COVID-19 patients [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/4/new-who-tools-launched-to-help-hospitals-manage-surge-in-covid-19-patients>, consulté le 23 mai 2020).

14. COVID-19 essential supplies forecasting tool [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/who-documents-detail/covid-19-essential-supplies-forecasting-tool>, consulté le 23 mai 2020).
15. An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries. London: Save the Children; 2005 (<https://resourcecentre.savethechildren.net/node/2736/pdf/2736.pdf>, consulté le 23 mai 2020).
16. Soucat A. Financing common goods for health: fundamental for health, the foundation for UHC. Health Syst Reform. 2019 Oct 2;5(4):263–7. doi:10.1080/23288604.2019.1671125.
17. Common goods for health [website]. Geneva: World Health Organization, 2020 (<https://www.who.int/health-topics/common-goods-for-health>, consulté le 23 mai 2020).
18. Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. Geneva: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2010 (<https://www.who.int/publications-detail/implementing-health-financing-reform-lessons-from-countries-in-transition>, consulté le 23 mai 2020).
19. Saxena S, Stone M. Preparing Public Financial Management Systems for Emergency Response Challenges. Special Series on Fiscal Policies to Respond to COVID-19. Washington, DC: IMF; 2020.
20. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019>, consulté le 23 mai 2020).
21. UNICEF's Global social protection programme framework [website]. New York: United Nations Children's Fund; (<https://www.unicef.org/reports/global-social-protection-programme-framework-2019>, consulté le 23 mai 2020).
22. Assessment tools [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<http://www.who.int/hospitals/assessment-tools-and-checklists/en/>, consulté le 23 mai 2020).
23. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance, 19 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331492>, consulté le 23 mai 2020).
24. Guide pratique sur les stratégies nationales en matière de cybersanté. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Union internationale des télécommunications ; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/96729>, consulté le 23 mai 2020).
25. Digital Health Atlas [site web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://digitalhealthatlas.org/fr/-/>, consulté le 23 mai 2020).
26. Lignes directrices consolidées sur les interventions d'auto-prise en charge en matière de santé : santé sexuelle et reproductive et droits connexes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325721/WHO-RHR-19.14-fre.pdf?ua=1>, consulté le 23 mai 2020).
27. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311941>, consulté le 23 mai 2020).
28. UNICEF's approach to digital health [website]. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://www.unicef.org/innovation/reports/unicefs-approach-digital-health%E2%80%8B%E2%80%8B>, consulté le 23 mai 2020).
29. Draft global strategy on digital health 2020–2024, 22 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/documents/gd4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf?sfvrsn=f112ede5_42, consulté le 23 mai 2020).
30. Robertson T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, et al. 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. Lancet Glob Health. 2020. doi:10.1016/S2214-109X(20)30229-1.
31. Riley T, Sully E, Ahmed Z, Biddlecom A. Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. Int Perspect Sex Reprod Health. 2020;46:73–6. doi: 10.1363/46e9020.
32. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.10; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259268>, consulté le 23 mai 2020).
33. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.07; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259269>, consulté le 23 mai 2020).
34. Clinical management of COVID-19: interim guidance, 27 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/2019-nCoV/clinical/2020.5; <https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-covid-19>, consulté le 27 mai 2020).
35. Frequently asked questions: breastfeeding and COVID-19, for health care workers, 12 May 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/maternal-health/faqs-breastfeeding-and-covid-19.pdf>, consulté le 23 mai 2020).
36. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf?ua=1>, consulté le 23 mai 2020).
37. Recommandations de l'OMS Sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://www.who.int/publications-detail/9789241550215>, consulté le 23 mai 2020).
38. Orientations pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19 : orientations provisoires, 21 mars 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331642>, consulté le 23 mai 2020).
39. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>, consulté le 23 mai 2020).
40. Surveillance des décès maternels et riposte : directives techniques. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/194270>, consulté le 23 mai 2020).

41. Sinha IP, Harwood R, Semple MG, Hawcutt DB, Thursfield R, Narayan O. COVID-19 infection in children. *Lancet Respir Med*. 2020;8:P446-7. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30152-1.
42. WHO recommendations on child health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.08; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259267>, consulté le 23 mai 2020).
43. WHO recommendations on adolescent health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.09; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259628>, consulté le 23 mai 2020).
44. Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C, et al. The effect of COVID-19 on youth mental health. *Psychiatr Q*. 2020. doi: 10.1007/s11126-020-09744-3.
45. Coronavirus disease (COVID-19) and its implications for protecting children online [website]. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://www.unicef.org/documents/covid-19-and-implications-protecting-children-online>, consulté le 23 mai 2020).
46. Impact of the COVID-19 pandemic on family planning and ending gender-based violence, female genital mutilation and child marriage: pandemic threatens achievement of the transformative results committed to by UNFPA [website]. New York: United Nations Population Fund; 2020 <https://www.unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital>, consulté le 23 mai 2020).
47. Considérations liées à la santé mentale et au soutien psychosocial pendant la pandémie de COVID-19, 18 mars 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331602>, consulté le 23 mai 2020).
48. Éléments à prendre en considération concernant les mesures de santé publique à mettre en place en milieu scolaire dans le cadre de l'épidémie de COVID-19, 10 mai 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332106>, consulté le 23 mai 2020).
49. Questions-réponses sur la COVID-19 à l'intention des adolescents et des jeunes [site web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/fr/news-room/q-a-detail/q-a-for-adolescents-and-youth-related-to-covid-19>, consulté le 23 mai 2020).
50. Global monitoring of school meals during COVID-19 school closures [website]. Rome: World Food Programme; 2020 (<https://cdn.wfp.org/2020/school-feeding-map/index.html>, consulté le 23 mai 2020).
51. Soins à domicile pour les patients présumés infectés par le nouveau coronavirus (virus de la COVID-19) qui présentent des symptômes bénins, et prise en charge des contacts : lignes directrices provisoires, 4 février 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331396>, consulté le 23 mai 2020).
52. Soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) : Manuel. Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://www.who.int/ageing/publications/icope-handbook/fr/>, consulté le 23 mai 2020).
53. Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus: interim guidance, 19 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/2019-nCoV/IPC_WASH/2020.2; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331499>, consulté le 23 mai 2020).
54. COVID-19 et personnes âgées : Questions-réponses [site web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/fr/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-for-older-people>, consulté le 23 mai 2020).
55. Elder abuse [website]. Manila: Regional Office for the Western Pacific; 2020 (<https://www.who.int/health-topics/elder-abuse>, consulté le 23 mai 2020).
56. Mobile health for ageing (mAgeing) [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<http://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing/en/>, consulté le 23 mai 2020).
57. La vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : questions fréquentes (FAQ), 16 avril 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (WHO/2019-nCoV/immunization_services/FAQ/2020.1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332010>, consulté le 23 mai 2020).
58. Driggin E, Madhavan MV, Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Biondi-Zoccai G, et al. Cardiovascular considerations for patients, health care workers, and health systems during the COVID-19 pandemic. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75(18):2352-71. doi: 10.1016/j.jacc.2020.03.031.
59. COVID-19 and the use of angiotensin-converting enzyme inhibitors and receptor blockers: scientific brief, 7 May 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/2019-nCoV/Sci_Brief/ACE-I/2020.1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332021>, consulté le 23 mai 2020).
60. The use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in patients with COVID-19: scientific brief, 19 April 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/2019-nCoV/Sci_Brief/NSAIDs/2020.1; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331796>, consulté le 23 mai 2020).
61. Combattre les MNT : « meilleurs choix » et autres interventions recommandées pour lutter contre les maladies non transmissibles. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (WHO/NMH/NVI/17.9 ; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259350>, consulté le 23 mai 2020).
62. Tobacco Free Initiative (TFI): smoking cessation [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (http://www.who.int/tobacco/publications/smoking_cessation/en/, consulté le 23 mai 2020).
63. Questions-réponses sur le tabagisme et la COVID-19 [site web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-tobacco-and-covid-19>, consulté le 23 mai 2020).
64. Ayez une activité physique pendant la pandémie de COVID-19 [site web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/be-active-during-covid-19>, consulté le 23 mai 2020).
65. Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254500>, consulté le 23 mai 2020).
66. Coronavirus (COVID-19): rapid guidelines [website]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2020 (<https://www.nice.org.uk/covid-19>, consulté le 23 mai 2020).

67. Framework for healthcare systems providing non-COVID-19 clinical care during the COVID-19 pandemic [website]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/framework-non-COVID-care.html>, consulté le 23 mai 2020).
68. Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations: scientific brief, 29 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>, consulté le 23 mai 2020).
69. Rehabilitation considerations during the COVID-19 outbreak. Washington (DC): Pan American Health Organization, World Health Organization; 2020 (PAHO/NMH/MH/COVID-19/20-0010; <http://www.paho.org/en/documents/rehabilitation-considerations-during-covid-19-outbreak>, consulté le 23 mai 2020).
70. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>, consulté le 23 mai 2020).
71. Lignes directrices pour la gestion des questions éthiques lors des flambées de maladies infectieuses. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275799>, consulté le 23 mai 2020).
72. Doing what matters in times of stress: an illustrated guide. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331901>, consulté le 23 mai 2020).
73. Jewell BL, Mudimu E, Stover J, Kelly SL, Phillips A. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple mathematical models. 2020; Available from: https://figshare.com/articles/Potential_effects_of_disruption_to_HIV_programmes_in_sub-Saharan_Africa_caused_by_COVID-19_results_from_multiple_mathematical_models/12279914
74. Updated WHO Information Note: Ensuring continuity of TB services during the COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news-room/detail/12-05-2020-updated-who-information-note-ensuring-continuity-of-tb-services-during-the-covid-19-pandemic>, consulté le 23 mai 2020).
75. Principes directeurs relatifs aux activités de vaccination durant la pandémie de COVID-19. Orientations provisoires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331669/WHO-2019-nCoV-immunization_services-2020.1-fre.pdf, consulté le 23 mai 2020).
76. Polio eradication programme continuity: implementation in the context of the COVID-19 pandemic: Interim guide. Polio Global Eradication Initiative; 2020 (<http://polioeradication.org/news-post/global-polio-eradication-and-covid-19/>, consulté le 23 mai 2020).
77. Recommandations de l'OMS pour la vaccination systématique – tableaux récapitulatifs. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/fr/, consulté le 23 mai 2020).
78. Bacille Calmette-Guérin (BCG) vaccination and COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/bacille-calmette-guerin-bcg-vaccination-and-covid-19>, consulté le 23 mai 2020).
79. Politique et stratégies de vaccination [site web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (https://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/fr/, consulté le 23 mai 2020).
80. Vaccine Preventable Diseases Surveillance Standards [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/standards/en/, consulté le 23 mai 2020).
81. Temperature-Sensitive Health Products in the Expanded Programme on Immunization Cold Chain: Interim Update on COVID-19 Response [Internet]. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund; 2020 (https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/EPI-cold-chain-WHO-UNICEF-joint-statement_A4_rev2_5-14-15-3.pdf, consulté le 23 mai 2020).
82. COVID-19: WHO issues interim guidance for implementation of NTD programmes. Geneva: World Health Organization; 2020 (http://www.who.int/neglected_diseases/news/COVID19-WHO-interim-guidance-implementation-NTD-programmes/en/, consulté le 23 mai 2020).
83. The potential impact of health service disruptions on the burden of malaria: a modelling analysis for countries in sub-Saharan Africa. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331845>, accessed 23 May 2020).
84. World malaria report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/world-malaria-report-2019>, consulté le 23 mai 2020).
85. Tailoring malaria interventions in the COVID-19 response [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/tailoring-malaria-interventions-in-the-covid-19-response/en/>, consulté le 23 mai 2020).
86. Adapter la chimioprévention du paludisme saisonnier dans une contexte de transmission du COVID-19 : Guide de mise en œuvre [Internet]. Roll Back Malaria Partnership To End Malaria ; 2020 (https://endmalaria.org/sites/default/files/Adapter%20la%20Chimiopr%C3%A9vention%20du%20paludisme%20saisonnier%20dans%20un%20contexte%20de%20transmission%20du%20COVID-19_0.pdf, consulté le 23 mai 2020).
87. Mass drug administration for falciparum malaria: a practical field manual [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241513104/en/>, consulté le 23 mai 2020).



Exemple d'indicateurs pour le suivi des services de santé essentiels

Les systèmes de santé étant de plus en plus submergés par le volume de patients nécessitant des soins pour la COVID-19, les exemples ci-dessous se veulent spécifiques, pertinents, limités dans le temps et concernent un ensemble d'indicateurs de base qui peuvent être utilisés pour surveiller l'impact de la pandémie sur les services de santé essentiels. Ils doivent être classés par ordre de priorité en fonction du contexte spécifique du pays, notamment la sélection des services qui doivent être maintenus ou modifiés et le contexte de transmission de la COVID-19. Ils ne sont pas censés être exhaustifs mais sont destinés à suivre les perturbations des services de santé essentiels ou à servir de déclencheurs pour la mise en œuvre de modifications sur des activités programmatiques pendant les différentes phases de la pandémie. Les critères de sélection des indicateurs prioritaires incluaient (a) la disponibilité des données et la facilité de collecte et de communication des données au niveau de la communauté et des établissements, (b) leur couverture des services essentiels et (c) leur lien direct avec de mauvais résultats pour la santé si le service est manqué ou n'est pas fourni. Les indicateurs doivent découler d'indicateurs existants déjà mesurés. Ils doivent être faire l'objet d'un suivi et de notifications sur une période déterminée (c'est-à-dire hebdomadaire, mensuelle) et être ventilés si possible (p. ex. par âge et par sexe). Un ensemble complet de métadonnées sur les indicateurs, notamment la ventilation recommandée, et des orientations analytiques sont en cours d'élaboration et visent à soutenir le suivi des services de santé essentiels.

Liste élargie d'exemples d'indicateurs à utiliser pour la surveillance des services de santé essentiels durant la pandémie de COVID-19

- Nombre total de consultations externes ou de visites en soins primaires
- Nombre total de sorties d'hôpital, incluant les décès (liés et non liés à la COVID-19)
- Nombre d'agents de santé disponibles, ventilé par catégorie professionnelle (c'est-à-dire selon la classification internationale type des professions, ou classification CIP-8)
- Nombre d'agents de santé infectés par la COVID-19, ventilé par catégorie professionnelle, incluant les agents de santé ou de soins dans les maisons de retraite et les établissements de soins de longue durée
- Pourcentage des services d'urgences hospitalières disposant d'un outil de triage validé
- Ratio des décès hospitaliers dus à des lésions aiguës par rapport au nombre total de décès dus à des lésions aiguës
- Nombre d'hospitalisations pour des urgences cardiovasculaires et cérébrovasculaires aiguës
- Pourcentage de patients COVID-19 souffrant d'une MNT sous-jacente existante
- Nombre d'admissions et de sorties d'hôpital (incluant les décès) dues à une hypoglycémie et à une hyperglycémie
- Médicaments ou fournitures essentiels pour lesquels il y a moins de 2 mois de stock sans confirmation de réapprovisionnement dans les délais ou avec ou sans confirmation de réapprovisionnement
- Nombre de femmes et de jeunes filles recevant (a) des contraceptifs oraux et (b) des contraceptifs injectables
- Nombre de femmes se présentant dans l'établissement de santé avec des complications liées à un avortement
- Nombre de femmes enceintes avec au moins une visite pour soins prénatals
- Nombre de prises de contact pour soins prénatals pour lesquels des femmes enceintes ont reçu/se sont vues prescrire des suppléments contenant du fer
- Nombre de naissances en établissement
- Nombre de naissances par césarienne
- Incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance (<2500 g) chez les nouveau-nés
- Nombre de nourrissons à terme qui ont été mis au sein dans l'heure suivant leur naissance
- Nombre de femmes recevant des soins postnatals dans les 2 jours suivant l'accouchement
- Nombre de nouveau-nés recevant des soins postnatals dans les 2 jours suivant l'accouchement
- Nombre de nouveau-nés d'un poids inférieur ou égal à 2000 g recevant des soins kangourou
- Nombre de nouveau-nés admis à l'unité néonatale de soins intensifs
- Nombre d'enfants se présentant dans l'établissement avec un signe quelconque d'infection respiratoire aiguë
- Nombre d'enfants de moins d'un an recevant leur troisième dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) ou leur première dose de vaccin contre la rougeole
- Taux de couverture vaccinale par vaccin pour chaque vaccin du calendrier national
- Nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois admis dans un établissement de santé pour le traitement d'une émaciation sévère et d'un œdème bilatéral prenant le godet
- Nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois ayant fait l'objet d'un dépistage de l'émaciation sévère et de l'œdème bilatéral prenant le godet
- Nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois souffrant d'une émaciation sévère et d'un œdème bilatéral prenant le godet qui ont été autorisés à quitter l'établissement, qui ont été guéris ou qui ont reçu un traitement
- Nombre d'enfants âgés de 0 à 59 mois ayant reçu une dose de vitamine A adaptée à leur âge au cours de chaque semestre
- Pourcentage de cas de paludisme confirmés traités par des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
- Nombre de nouveaux cas de tuberculose ou de cas de tuberculose récidivante notifiés
- Pourcentage d'adultes vivant avec le VIH recevant actuellement une thérapie antirétrovirale dont le traitement se trouve perturbé
- Pourcentage de personnes vivant avec l'hépatite B et sous traitement de longue durée dont le traitement se trouve perturbé
- Nombre de femmes ayant subi un dépistage du cancer du col de l'utérus
- Nombre de cas de violences exercées contre des femmes et des filles (physiques, sexuelles, autres), par type d'auteur, enregistrés au niveau des établissements de santé
- Nombre de personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale (p. ex., dépression modérée à sévère, psychose, trouble affectif bipolaire, troubles liés l'abus de substances psychoactives) qui ont recours à des services de conseil
- Taux de suicide
- Nombre de nouveaux diagnostics de cancer
- Nombre de patients COVID-19 et de patients sans COVID-19 nécessitant des soins palliatifs
- Nombre de personnes âgées se présentant dans l'établissement avec un signe quelconque d'infection respiratoire aiguë
- Nombre de décès chez les adultes de plus de 60 ans dus à des affections non liées à la COVID-19



**Organisation
mondiale de la Santé**

Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Suisse

Situations d'urgence sanitaire :
www.who.int/emergencies/fr/