ONU FEMMES

Organisation mondiale de la Santé

Policy Brief no.3 (Octobre-Novembre 2020)

SANTÉ DES FEMMES EN TUNISIE: LES DÉFIS PENDANT ET APRÈS LA COVID-19

Introduction

Le virus SARS-CoV-2 responsable de la pandémie COVID-19 est un nouvel agent pathogène ; tous les jours, nous découvrons une de ses multiples facettes qui impose une révision des conduites et des mesures mises en œuvre. Si tous les pays n'ont pas adopté la même stratégie au début de la pandémie, ils ont tous adapté la leur en fonction de l'évolution de leur situation épidémique et de l'impact des mesures entreprises. Ils ont, chacun selon ses moyens, concentré leurs efforts sur la COVID-19 aux dépens des autres problèmes de santé : l'essentiel des investigations et des moyens a été orienté sur le virus, les personnes qui en sont affectées et les moyens pour arrêter sa transmission. La prise en charge des autres pathologies a été « mise en veilleuse ». Or, aucun autre agent pathogène n'a autant interféré que le SRAS-CoV-2 avec les autres problèmes sanitaires et sociaux que connaissent aussi bien les pays riches que les pays pauvres, à savoir les maladies non transmissibles et les inégalités sociales dans l'accès aux soins.

Dans une de ses dernières publications, Richard Horton (Horton, 2020) nous propose de quitter l'approche étriquée, centrée sur la stricte pandémie de la COVID, pour une démarche « syndémique », dans la lignée du travail développé par Singer (Singer, 2009) dans le milieu des années 1990. La « syndémie » est une approche holistique envisageant une épidémie comme un entrelacement de problèmes de santé qui se renforcent mutuellement les uns les autres.

A l'échelle des nations, comme à l'échelle mondiale, nous n'avons pas encore établi le coût de cette épidémie COVID-19. Nous appréhendons à peine les pertes de PIB, l'ampleur des crises budgétaires et des pertes d'emplois. Nous avons une idée vague de la crise sociale et du désarroi des familles face à la montée inédite de l'incertitude (Ben Romdhane, 2020).

Si la Tunisie a traversé la première vague de la pandémie sans avoir enregistré un grand nombre hospitalisation et de décès, la deuxième vague de cette pandémie, beaucoup plus meurtrière et beaucoup plus lourde en raison du grand nombre d'hospitalisions, aura certainement des retombées encore beaucoup plus graves sur la santé et le bien être des femmes.

Quel est l'impact de cette crise sur la santé des femmes ? Sur quel terrain cette crise a-t-elle sévit et comment va-t-elle affecter les Objectifs de Développement Durable (ODD)?

Dans ce Policy Brief, troisièm d'une série consacrée à l'impact de la pandémie COVID-19 sur la santé des femmes, nous abordons les conséquences immédiates de cette pandémie sur la santé des femmes ainsi que le rôle des Tunisiennes dans la gestion de la crise sanitaire inédite.

A. La dimension genre de la contamination par le SARS-CoV-2

1. Genre et risque de contamination par le virus SARS-CoV-2

Le risque de contracter le SARS-CoV-2, responsable de la COVID-19 est-il le même chez les hommes et chez les femmes ? L'accès au dépistage et aux soins en cas de maladie est-il différencié selon le genre ?

Dans le domaine de l'infectiologie, comme dans de nombreux domaines de la santé, l'analyse des interactions entre les facteurs biologiques liés au sexe et les facteurs socio-culturels liés au genre apporte un éclairage pour rendre compte de la complexité des déterminants de l'état de santé d'un individu. L'expérience et les preuves indiquent que le sexe et le genre sont des facteurs importants d'exposition aux risques et de réponses aux infections et aux maladies.

La Tunisie figure parmi les rares pays de la Région MENA et de la Méditerranée orientale qui publient le nombre de cas de COVID-19 selon le sexe. Pendant la première phase de la pandémie, il n'a pas été enregistré de différence significative de l'incidence entre les hommes et les femmes. Au mois de mai 2020, les femmes représentaient 51% des cas, 52% au mois de juillet et actuellement, elles représentent 54% des cas déclarés.

En comparant la situation épidémique avec celles enregistrées dans d'autres pays, au début de la pandémie, le pourcentage de femmes tunisiennes dépistées positives à la COVID-19 figure dans la catégorie « moyenne » en comparaison avec les pays européens et de l'Amérique du Nord. La proportion des femmes infectées parmi l'ensemble des cas est beaucoup plus faible en Iran et en Indonésie. (Tableau 1)

Tableau 1. Répartitions des cas de COVID-19 selon le sexe : comparaison internationale (Juillet 2020)

Pays	Nombre de cas	Total des cas - Femmes	Total des cas - Hommes	% Femmes
Tunisie	1238	643	594	52,0
Pays-Bas	49 631	30 120	19 511	62,0
Australie	7 613	2 214	5 399	48,0
Canada	101 276	56 714	44 562	56,0
Royaume Uni	228 742	128 095	100 647	56,0
Finlande	7 167	3 583	3 584	50,0
Indonésie	47 896	22 511	25 385	47,0
Portugal	39 392	22 059	17 333	56,0
Espagne	248 335	141 550	106 785	57,0
Italie	238 050	128 547	109 503	54,0
Iran	14 991	6 446	8 545	43,0
Allemagne	190 431	97 119	93 312	51,0
Belgique	60 567	31 351	29 216	62,0

Sources: MS/ONMNE, juillet 2020 & Global Health 50/50

Au mois de novembre 2020, le pourcentage des Tunisiennes ayant contracté le virus figure parmi les plus élevés. Leur taux de létalité (nombre de décès parmi celles ayant contracté le virus) était parmi les plus faibles

durant la première vague de la pandémie alors que celui des hommes était parmi les plus élevés (Tableau 2).

Ces données doivent être considérées avec précaution. En effet, le nombre total des cas enregistrés dépend de la stratégie de dépistage et de la taille de la population dépistée. Si on dépiste de manière différenciée selon le genre, les pourcentages de celles et de ceux ayant contracté le virus seraient différents. Malheureusement, nous ne disposons pas, à l'heure actuelle, de données sur la répartition de la population selon le genre pour toutes les mesures préconisées dans la stratégie de dépistage, détection, déclaration, investigation, isolement et traitement.

Les rôles sociaux, les conditions de vie et les comportements individuels sont des déterminants de l'exposition au risque de contamination et de l'accès au dépistage et aux soins (UNFPA, 2020). Dans les sociétés où les femmes sont majoritaires dans les métiers de la santé, les services à la personne, le commerce (caissières, vendeuses), le nettoyage, etc., autant de situations qui les placent en première ligne face aux risques de contamination (Lancet, 2020) et au dépistage également. En Tunisie, les femmes sont majoritaires dans les structures hospitalières publiques, elles sont majoritaires dans les usines où le dépistage est souvent imposé par les patrons, ce qui augmente le nombre de femmes parmi les cas testés positifs. Enfin, plusieurs clusters ont été dépistés après les fêtes et les mariages, les femmes y sont plus nombreuses.

A titre indicatif, pour les pays qui publient des données selon le sexe (Tableau 2), le Pakistan et l'Afghanistan enregistrent les plus faibles proportions de femmes contaminées par le virus, alors que la Tunisie figure parmi les pays enregistrant la proportion la plus élevée.

Tableau 2. Proportion des femmes parmi les cas positifs et les décédés et le taux de létalité par la COVID-19 selon le sexe : Comparaison internationale (Novembre 2020)

Pays	Femmes		Taux de létalité (%)	
	% cas positifs	% décès	Femmes	Hommes
Tunisie	54,0	31,25	5,27	9,29
Pays-Bas	54,46	44,75	2,45	1,66
Australie	51,27	51,71	3,31	3,25
Canada	52,61	53,57	4,12	3,96
Royaume Uni	53,92	42,0	12,3	21,7
Finlande	51,0	51,0	4,02	4,29
France	52,54	41,1	1,7	2,72
Portugal	54,7	48,7	1,44	1,83
Espagne	53,05	43,0	4,8	10,87
Italie	50,71	42,57	4,0	5,55
Allemagne	50,18	44,57	1,46	1,83
Belgique	55,01	51,11	2,44	2,85
Maroc	47,0	33,69	1,65	2,98
Iran	43,0	41,0	5,3	5,8
Indonésie	49,3	41,6	2,79	3,8
Pakistan	26,0	26,0	2,12	2,14
Afghanistan	30,7	25,14	2,82	3,72

Sources: (1) MS/ONMNE, juillet 2020, (2) Global Health 50/50

2. Continuité des services de santé en situation de COVID-19

Durant la première période de l'épidémie, de nombreuses prestations sanitaires ont été reportées tandis que le personnel de santé se consacrait à la préparation des services de santé pour s'attaquer à la COVID-19. La peur de la contamination a également tenu les citoyens à l'écart des hôpitaux, des centres de santé et des cliniques privées. Le report des prestations a eu, sans conteste, des répercussions sur plusieurs catégories de patientes, notamment les femmes atteintes de cancer.

Actuellement, nous ne disposons pas de statistiques permettant de mesurer l'ampleur des conséquences de l'épidémie COVID-19 sur la disponibilité et l'accessibilité des services pour d'autres motifs que la maladie elle-même. En raison de son importance et pour l'intérêt d'en tirer les leçons, ce volet de la gestion de l'épidémie doit être documenté. Pour le moment, nous ne disposons que de témoignages de responsables de plusieurs services hospitaliers ; ces responsables ont formulé des craintes de voir des complications graves chez leurs patientes suivies pour grossesse à risque ou pour une maladie chronique (maladies cardiovasculaire, hypertension artérielle, diabète, cancer) et qui n'ont pas pu consulter durant la période de l'épidémie. Même les urgences hospitalières, habituellement surchargées, demeurées ouvertes pendant l'épidémie, ont été désertées par les consultant-es. Des professionnels de la santé et des organisations de la société civile (Appel des OSC, 2020; Ben Romdhane, 2020) ont tiré la sonnette d'alarme face au ralentissement, voire l'arrêt dans plusieurs régions, des prestations de la première ligne, y compris celles dispensées par les structures de l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP). Selon les déclarations d'un responsable des structures de première ligne, durant les premières semaines de l'épidémie, les structures sanitaires de base ont continué à fonctionner normalement dans une région sanitaire (le gouvernorat de Tozeur); dans d'autres, c'est l'arrêt total et, enfin, certaines ont fonctionné à 50%.

Des professionnels de la santé et des organisations de la société civile ont mis en garde quant au ralentissement, voire l'arrêt dans plusieurs régions, des prestations de la première ligne. C'est tout récemment que la réflexion sur l'intégration de la première ligne a été concrétisée par des directives ministérielles. Malheureusement, beaucoup plus forte et plus meurtrière, la deuxième vague de l'épidémie risque d'avoir des conséquences plus graves sur le fonctionnement des structures de santé.

B. Suivi des maladies chroniques durant la période de confinement

En l'absence d'études nationales permettant d'évaluer l'impact de l'épidémie sur le suivi des patient-es, des initiatives locales ont été conduites, comme celle menée par Dr S. Haj Amor qui a analysé le suivi des maladies chroniques dans le centre de santé de base qu'elle dirige. Elle a comparé la fréquence des consultations pour hypertension et diabète entre 2019 et 2020. Au courant de ces deux années, les femmes représentent 63% des patients consultant pour une maladie chronique. L'âge moyen de ces patientes est de 63 ans plus ou moins 11 ans. Plus de la moitié sont à la fois hypertendues et diabétiques (52,1% en 2019 et 58,7% en 2020) (Tableau 3).

Tableau 3. Recours aux soins des femmes : une comparaison des proportions des consultations pour maladies chroniques, (2019-2020)

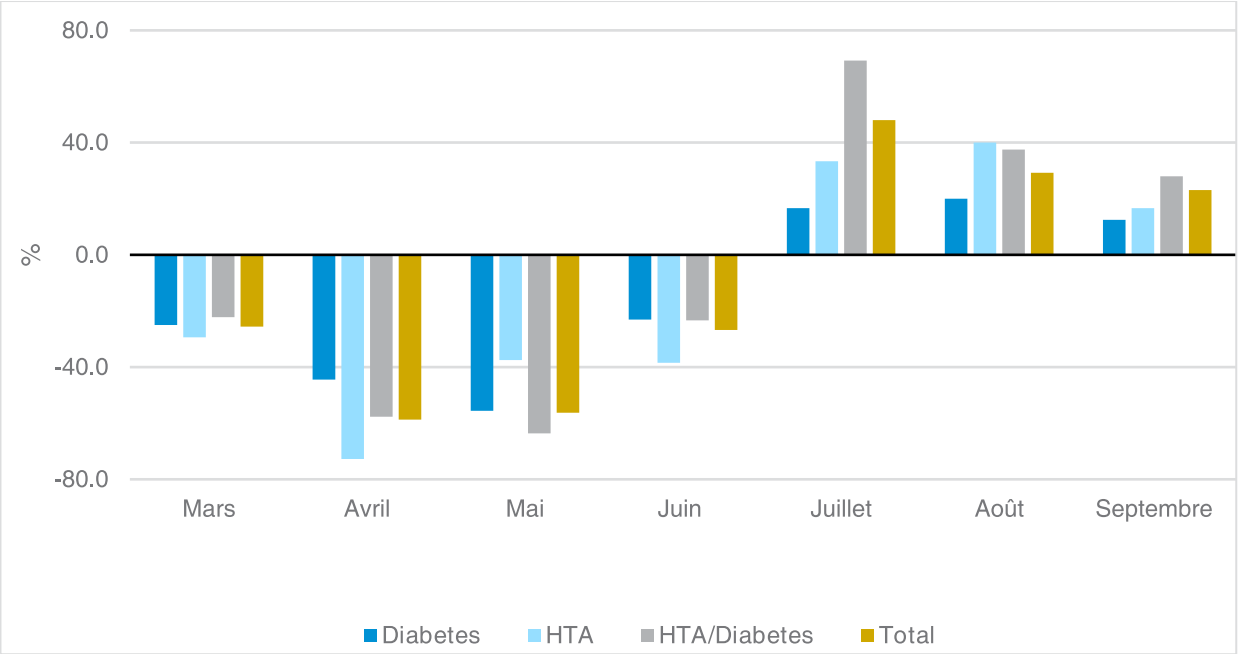
Motif /Année	2019 (%)	2020 (%)	Total (%)
Diabètes	25,0	20,0	22,8
HTA	22,9	21,3	22,2
HTA/Diabètes	52,1	58,7	55,0

Source: Statistiques du centre de Santé de Base, Byrsa, Carthage

Bien que le centre de santé de base (CSB) de Byrsa ait continué ses services au cours de la période du confinement général, ayant eu lieu du 22 mars au 27 juin, le nombre de consultations chroniques a baissé durant cette même période. Le taux de réduction au mois d'avril 2020 en comparaison avec le mois d'avril 2019 a atteint

58,7% (44,4% chez les femmes diabétiques, 72,7% chez les hypertendues et 57,7% chez celles ayant une comorbidité). A partir du mois de juillet 2020, les consultations ont commencé à croitre pour reprendre leur rythme habituel (Figure 1).

Figure 1. L'évolution des consultations chroniques chez les femmes au CSB de Byrsa (2019-2020)



Source : Graphique fourni par Dr S. Haj Amor, Chef de Circonscription Sanitaire de Carthage, Direction Régionale, Tunis

C. La prise en charge des cancers : un report aux lourdes conséquences

Dans le domaine de la carcinologie, le report des prestations a eu, sans conteste, des répercussions sur plusieurs catégories de patientes, notamment les femmes atteintes de cancer du sein. Les retards dans les bilans et dans l'accès aux traitements peuvent avoir de graves conséquences sur le pronostic de la maladie. S'ajoute à ces conséquences physiques, les effets psychologiques liés à l'angoisse, la peur et l'incertitude.

La lutte contre le cancer du sein se base essentiellement sur la détection précoce à travers l'examen physique des seins et la mammographie. Ce dépistage par mammographie permet de réduire la mortalité par cancer du sein d'environ 30% après l'âge de 50 ans (Rahal, 2020).

Or, même avant la pandémie, la pratique de ces deux mesures était faible au regard des moyens et de la disponibilité des structures sanitaires, comme les centres de planification familiale, dont la mission est, entre autres, d'organiser les programmes de prévention des cancers féminins. En effet, l'examen clinique des seins, un geste simple, pouvant être pratiqué par la sage-femme, n'est pas encore généralisé à toutes les consultantes. Selon l'enquête THES (Tunisian Health Examination Survey) réalisée conjointement par le Ministère de la Santé (MS) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2016, le dépistage et le diagnostic précoce du cancer du sein, globalement peu pratiqués, sont corrélés aux déterminants sociaux de la santé (milieu : urbain/rural, niveau éducatif et niveau socioéconomique). Durant la COVID-19, ces pratiques ont subi les mêmes contraintes que les autres prestations sanitaires et probablement plus car elles ne font pas partie des mesures urgentes.

L'ampleur des dégâts sur la santé des femmes de cette rupture ne sera pas claire avant des mois et des années (Tang LV, Hu Y., 2020). Tout retard fait perdre des chances de survie aux malades et l'arrêt du dépistage engendre un retard au diagnostic. Cependant, un décalage de 2 à 3 mois dans le dépistage n'a d'impact ni sur le taux de cancers au stade avancé ni sur l'incidence en population, mais il a un impact sur l'incidence du cancer du sein chez les femmes à très haut risque.

L'augmentation de la mortalité par cancer du sein varie de 1 à 5 % dans les 10 ans. La survie à 6 mois diminue de 30% pour un décalage même modeste de prise en charge chirurgicale pour des cancers agressifs.

C'est pour ces raisons qu'il faut assurer une continuité des soins dans la prise en charge du cancer du sein et en cas d'urgence sanitaire comme la COVID-19, il faut prioriser les interventions (Rahal, 2020).

Priorité élevée: Prise en charge immédiate	Priorité moyenne: RDV dans les 3 mois	Priorité basse: RDV dans les 6 mois
Devant une image mammographique classée ACR4* ou ACR5, le bilan diagnostic doit être fait rapidement.	Prise en charge d'une femme présentant une image mammographique classée ACR3.	IRM pour recherche d'une rupture de prothèse.
Exploration d'une image suspecte sur bilan extension.	Dépistage mammographique chez une femme à haut risque.	Dépistage population générale
Recherche du cancer primitif mammaire en cas de métastase.	Suivi systématique après un cancer du sein.	Cas asymptomatique

*La classification mammographique ACR distingue 6 classes de ACR0 à ACR5, ACR5 correspond à une anomalie évocatrice du cancer du sein.

D. La santé mentale et les pathologies psychiatriques en temps de COVID-19

The Lancet a publié une revue des preuves qui ont montré que la quarantaine imposée durant la pandémie a eu pour conséquences l'exacerbation de la mauvaise humeur, de l'irritabilité, de l'insomnie et l'apparition de symptômes de stress post-traumatique, entre autres. Le manque d'information sur la durée du confinement, les messages mitigés voire contradictoires ont contribué à aggraver le stress, les incidents et la violence domestique (Brooks SK et al., 2020). C'est dans ces situations particulières que les consultations téléphoniques et la e-santé sont d'une grande utilité. Malheureusement, elles n'ont pas été d'un grand secours durant cette crise sanitaire pour un grand nombre de femmes.

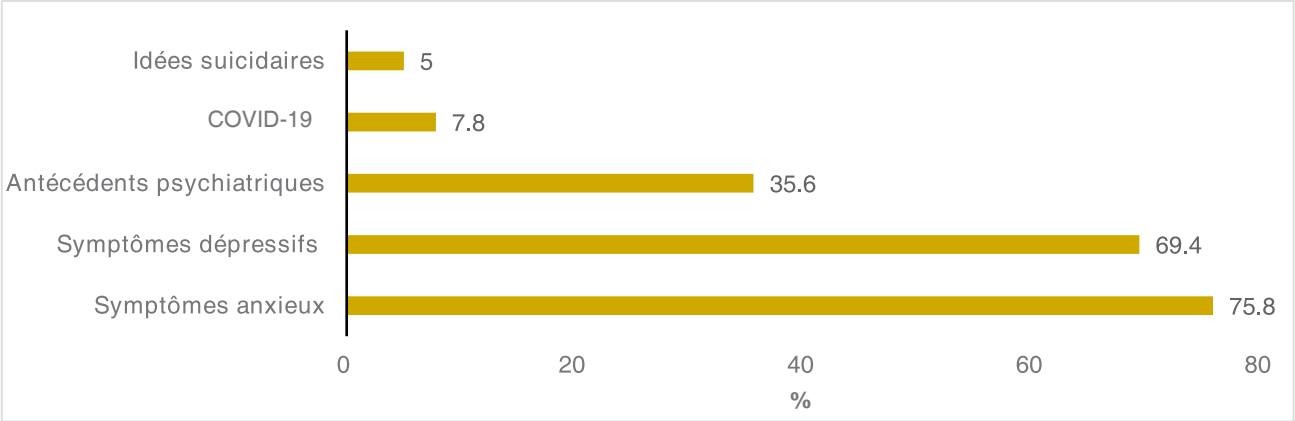
Afin de venir en aide aux citoyens durant la période du confinement, le Centre Stratégique d'Opérations Sanitaires (SHOC room) du ministère de la santé a activé la Cellule d'aide psychologique (CAP) pour apporter une aide psychologique aux citoyens.

Un numéro vert **80105050** a été mis en place dès le 30 mars 2020 pour permettre à toutes les personnes d'accéder directement et gratuitement à des télé consultations assurées par 240 professionnels de la santé mentale entre psychiatres, pédopsychiatres et psychologues, exerçant dans des structures sanitaires publiques et privées sur toute la Tunisie. Des étudiants en médecine ainsi que des psychologues du croissant rouge, tous bénévoles, ont été formés pour assurer en tant que téléopérateurs le triage des appels et adresser les demandes sociales vers les structures d'aide sociale et les cas de violences vers soit les ONG spécialisées soit le numéro vert au service des victimes de violences.

Parmi les 94213 appels, 4471 consultations ont été réalisées; les femmes représentaient 62% des consultations, leur âge moyen est de 38 +/- 15 ans. La majorité était âgée entre 35 et 55 ans (soit 41,1%). 61% étaient originaires de la région du Nord, 21% du Centre et 18% du Sud de la Tunisie.

La grande majorité des appels (75,8%) était motivée par l'anxiété, 69,36% par un syndrome dépressif, 35,6% par des antécédents psychiatriques et 5% révèle des idées suicidaires (un appel peut révéler plusieurs situations). Uniquement 7,8% des appels étaient motivés par des demandes d'information (Figure 2).

Figure 2. Motifs d'appel à la CAP chez les femmes (en %)



Source: Dr Anissa Bouasker : Responsable de la Cellule d'Assistance Psychologique des Victimes de Catastrophe

Par ailleurs, certaines études se sont intéressées à l'impact de la COVID-19 sur la santé mentale des femmes et du report des prestations en milieu psychiatrique[1]. Ces études ont montré que la vulnérabilité des femmes aux troubles anxieux et à la dépression s'est accentuée au cours de cette pandémie. Une étude tunisienne portant sur un échantillon exclusivement féminin de la population générale a objectivé des niveaux élevés de détresse psychologique, avec 57,3% des femmes ayant des niveaux extrêmement sévères de symptômes anxieux et dépressifs et 53,1% ayant des niveaux extrêmement sévères de stress (Sdiri et al., 2020). Des résultats similaires ont été rapportés dans les études portant sur des populations de professionnels de la santé. En effet, les troubles anxieux et dépressifs étaient encore plus fréquents chez les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé. A titre d'exemple, les résidentes en médecine avaient rapporté un risque plus élevé de développer une

[1] Telle que la note rédigée par Pr Majda Cheour, cheffe de service, Hôpital Razi

dépression par rapport aux résidents (Fekih-Romdhane et al., 2020); de même, les femmes médecins travaillant dans les hôpitaux publics ont rapporté des niveaux de stress perçu plus élevés en comparaison avec leurs collègues hommes (Halayem S., 2020).

Par leur importante présence parmi les professionnels de la santé (infirmiers, ouvriers, médecins et pharmaciens ; en particulier dans le secteur public), les femmes sont à risque de contamination par la COVID-19 et elles seraient plus vulnérables que leurs collègues hommes au risque de détresse psychologique.

Il est largement admis que les femmes sont plus vulnérables que les hommes au stress psychosocial, par leurs tempérament plus anxieux (Akiskal KK et Akiskal HS, 2005), ainsi que leurs spécificités hormonales, biologiques et socioculturelles (Wang et al., 2007). Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) a été diagnostiqué chez des patients ayant séjourné dans les unités COVID ou les services de réanimation. Dans les consultations de l'Hôpital Razi, les femmes souffrant de TSPT sont celles qui ont perdu un parent proche (mari, père) de la COVID-19. Une jeune accouchée lors de la première vague qui était obligée de se séparer de son nouveau-né placé deux mois en couveuse, et qu'elle ne pouvait même pas visiter en raison du confinement, des femmes victimes de violence conjugale et des femmes ayant été hospitalisées pour COVID-19. Une étude tunisienne en population générale a révélé que les femmes étaient plus susceptibles de développer un trouble de stress post-traumatique dans les suites de la pandémie en comparaison avec les hommes (Fekih-Romdhane, 2020). Le stress que constitue la pandémie de la COVID-19 et ses nombreuses répercussions a agi comme facteur précipitant l'émergence d'un nouvel épisode ou d'une rechute des troubles bipolaires et des psychoses chroniques.

Des tentatives de suicides commises par des patientes suivies en psychiatrie et par des femmes sans antécédents psychiatriques, hospitalisées par la suite. C'est le cas de la femme borderline qui s'est tranchée la gorge à l'aide d'un couteau de cuisine face au miroir, et qui est sortie au salon baignant dans son sang devant son mari et ses jeunes enfants avant de perdre connaissance[2]. Elle a passé trois jours en réanimation avant d'être admise dans un service de psychiatrie. Enfin une des anciennes patientes ayant un trouble schizo-affectif, bonne observante et bien stabilisée, a tué sa voisine, en la poignardant durant le confinement (Cheour, 2020).

Toutes ces situations extrêmes constituent la partie émergée de l'immense iceberg du mal être et des pathologiques psychiatriques exacerbées par cette pandémie. Des études approfondies méritent d'être menées pour mieux prévenir ces troubles et prendre en charge les malades.

E. Quelles sont les raisons qui ont mis à l'arrêt des activités et ralenti d'autres ?

Nous en distinguons trois catégories :

1. Facteurs intrinsèques au système de santé

L'entrée de la Tunisie de manière brutale dans cette phase épidémique sans précédent a bouleversé l'organisation de tout le système, des structures les plus spécialisées à la première ligne en passant par le niveau intermédiaire. Pour tous ces niveaux, l'unique priorité est devenue « Se préparer pour accueillir et prendre en charge les malades, communément appelés COVID+, par opposition aux malades COVID-, indemnes de la maladie, protéger le personnel et éviter la contamination nosocomiale (contractée à l'hôpital) » (Femme médecin hospitalo-universitaire). Il faut reconnaitre que l'évolution de l'épidémie dans plusieurs pays a provoqué une pression considérable sur les services hospitaliers et cette nouvelle réalité sanitaire est devenue la « hantise » de tous les responsables dans tous les pays. Dès le début, la Tunisie s'est fixé comme objectif de freiner la propagation du SARS-CoV-2 au sein de la population afin d'éviter le dépassement de la capacité de réponse du système de santé. Afin qu'il ne soit pas saturé, le système doit se préparer pour prendre en charge un nombre considérable de patients estimés selon les prédictions de l'époque.

La décision prise était que toutes les situations non urgentes devaient être reportées et les hôpitaux devaient s'organiser pour mettre en place des « circuits COVID ».

D'un autre côté, beaucoup de soignants ont affiché une peur « démesurée » face à cette épidémie et, de ce fait, ont arrêté de prendre en charge des consultantes. Derrière cette peur, il y a le manque d'une formation adéquate sur la transmission du virus et sur les moyens de s'en protéger et le manque de moyens de protection

[2] Cas rapporté par Pr Majda Cheour

nécessaires et adaptés au poste de travail. D'autres facteurs ont contribué à forger cette attitude auprès du personnel paramédical, c'est leur marginalisation dans les choix des décisions au sein de l'hôpital, l'absence de directives claires, leurs propres difficultés à assurer la garde de leurs enfants, autant de facteurs qui nous ont été relatés par une femme médecin, impliquée dans le comité de gestion de l'épidémie au sein dans un hôpital universitaire.

2. Problèmes engendrés par les mesures générales

Le couvre-feu, la fermeture des écoles et des jardins d'enfants et le confinement généralisé ont également été à l'origine des difficultés rencontrées par les soignants pour continuer à travailler : problèmes liés aux moyens de transport, problèmes de sécurité, difficultés des déplacements d'une région à une autre pour les nombreuses sages-femmes et les médecins exerçant en dehors de leurs villes de résidence, auxquels se surajoutent les problèmes de la garde des enfants, les écoles, les crèches et les jardins d'enfants ayant été fermés.

3. Problèmes liès aux attitudes des femmes

Durant toute la première période de la gestion de l'épidémie, les messages diffusés à travers les médias étaient axés sur le risque de contamination et les mesures de s'en protéger. Ces messages ont contribué à faire passer au second plan tous les autres risques sanitaires. La crainte des femmes d'être contaminées dans les moyens de transport, au centre de santé ou à l'hôpital - n'étaient-ils pas le haut lieu de la contamination aux yeux des citoyens- a dépassé les besoins d'être suivies même pour les situations d'urgence. Tout est reporté pour après le fameux « Pic de l'épidémie » tant attendu par tous : décideurs, soignants et citoyens.

F. Rôle des femmes dans la gestion de la crise COVID-19

En Tunisie, les femmes sont très présentes dans le secteur de la santé (Tableau 4) où, depuis quelques mois, la circulation du virus s'intensifie.

Tableau 4. Répartition du personnel de la santé publique selon le sexe

	Femmes	Hommes	Total	% des femmes
Première ligne				
Médecins	1146	573	1719	66,6
Technicien-nes supérieur-es	2727	484	3211	84,9
Chirurgien-nes dentistes	289	47	336	86,0
Pharmacien-nes	108	31	139	77,7
Aides soignant-es	1183	225	1408	84,0
Infirmier-es	6073	2713	8786	69,1
Deuxième ligne				
Médecins universitaires	158	124	282	56,0
Médecins hospitalo sanitaires	824	558	1382	59,6
Technicien-es supérieur-es	2810	675	3485	80,6
Chirurgien-nes dentistes	88	13	101	87,0
Aides soignant-es	750	140	890	84,3
Infirmier-es	4897	2270	7167	68,3
Ouvrier-es	1975	1910	3885	50,8
Troisième ligne				
Scientifiques (Institut Pasteur)	50	23	73	68,5
Médecins universitaires	1151	679	1830	62,9
Médecins hospitaliers	262	126	388	67,5
Technicien-es supérieur-es	4161	735	4896	85,0
Chirurgien-nes dentistes	41	8	49	83,7
Psychologues	83	3	86	96,5
Pharmacien-nes	97	25	122	79,5
Aides soignant-es	316	102	418	75,6
Infirmier-es	5141	2485	7626	67,4
Ouvrier-es	368	3121	6489	52,0
Total	**43829**	**22036**	**65865**	**66,5 %**

Source: Ministère de la Santé, 2020

La riposte à l'épidémie COVID-19 nous a fait découvrir un autre aspect de la place et du rôle des Tunisiennes dans la gestion des grandes crises. En plus de leur rôle dans les soins en tant que médecins, sages-femmes, infirmières et ouvrières, c'est le rôle de leaders dans les différents niveaux : central, régional et au niveau des structures hospitalières que cette épidémie a révélé.

- Au niveau du leadership dans l'élaboration de la stratégie, de la direction, et du Comité scientifique : la figure de proue de cette riposte est une femme et son staff chargé de la gestion et de la supervision de toutes les activités du terrain, de l'analyse des données et de l'élaboration du bulletin quotidien, toute cette équipe est pratiquement entièrement féminine.
- Les femmes dans les médias : dès le début de l'épidémie, la présence des femmes dans les deux principaux médias (les chaines de télévision et les radios) a été remarquable. Une émission télévisée quotidienne dédiée à l'épidémie est dirigée par une femme et plusieurs journalistes animent régulièrement des émissions sur le thème. Le rôle joué par les femmes dans les comités ad-hoc pour la gestion de l'épidémie au niveau des structures hospitalières. Tous les témoignages recueillis nous montrent qu'il s'agit d'une thématique très intéressante qui pourrait enrichir la réflexion sur une nouvelle gouvernance des hôpitaux ou « l'hôpital, autrement ». Quelques initiatives méritent d'être documentées, comme celles de l'hôpital Mongi Slim de la Marsa, de l'hôpital Abderrahman Mami de l'Ariana et celles des hôpitaux régionaux.
- Au niveau régional et local, les femmes jouent un rôle important dans les unités dédiées à la COVID-19 et dans les centres de confinement.

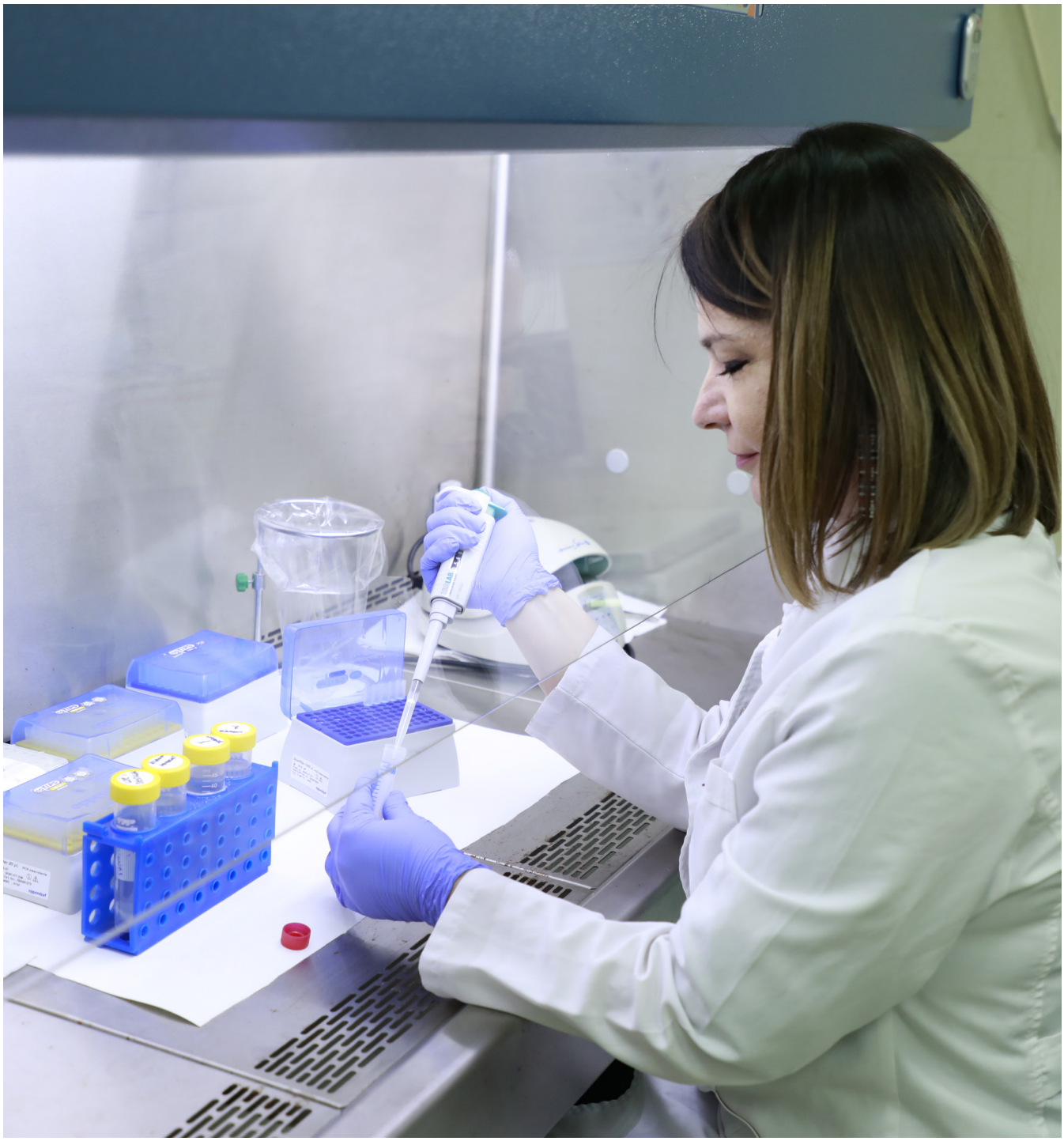
Encadré 1

La référente nationale de la CAP, Dr Anissa Bouasker, a motivé et formé des étudiants en médecine et des psychologues sur les troubles psychiatriques, le stress, la crise suicidaire, le psychotrauma. Ces étudiants et psychologues travaillent 24h/24 pour faire le tri des appels à l'aide d'une fiche clinique et recueillent les symptômes physiques et psychiques

- *Le dispositif a recruté 200 psychiatres, pédopsychiatres et psychologues dans tout le pays, lesquels informent en temps réel de leur disponibilité aux écoutants via un agenda électronique partagé sur un groupe facebook fermé, dédié aux intervenants de la ligne verte. Ce dispositif a déjà reçu 32000 appels en 4 jours.*
- *5% des appelants, après un tri réalisé par la plateforme, a été orienté vers un psy ou un service hospitalier.*
- *Les professionnels de santé en souffrance bénéficient d'une ligne spécifique gérée par l'Institut Nebras.*
- *Les victimes de violences ont été orientées vers les services de police ou la protection de l'enfance.*

Encadré 2

Sonia Hamrouni, infirmière principale, responsable de l'unité COVID-19 à l'Hôpital Régional de Gabès. Elle est coordinatrice de la campagne de dépistage du coronavirus (PCR) auprès du personnel soignant à l'Hôpital Régional de Gabès; elle assure des services de garde auprès des patients atteints de la COVID-19 depuis le mois de mars; elle est responsable du centre de confinement dédié au personnel soignant de l'unité COVID à l'Hôpital Régional, Coordinatrice du transport des patients au Centre National de confinement de Monastir; responsable de la désinfection et du transport des cadavres COVID-19 de l'Hôpital Régional de Gabès au Cimetière; elle anime des séances audio d'information, de sensibilisation et d'éducation ayant pour objectif les efforts déployés par le personnel soignant pour la prévention de la propagation de la COVID-19.



Conclusions

7. La Tunisie n'a pas connu, avant la pandémie COVID-19, une autre urgence sanitaire aussi grave de laquelle elle aurait pu tirer des enseignements quant à la dimension genre. Cependant, au cours de la première phase de la pandémie, la stratégie de riposte tunisienne à cette crise inédite, basée sur cinq éléments fondamentaux -détection précoce, déclaration précoce, investigation précoce, contact-tracing, isolement précoce et traitement précoce des cas – a bénéficié à toutes les catégories sociales. La Tunisie figure parmi les rares pays qui publient des données épidémiologiques selon le sexe. Les données publiées régulièrement depuis le début de la pandémie révèlent une progression continue de la proportion des femmes parmi les cas testés positifs. De l'ordre de 50% au début, elle est aux alentours de 56% actuellement. La prédominance féminine est marquée dans le groupe d'âge 20-45 ans. Cette répartition « genrée » est en faveur d'un meilleur accès des femmes au dépistage et/ou leur plus grande plus grande exposition au risque de contamination. Les données épidémiologiques recueillies par l'ONMNE, nous permettront de tirer des conclusions. En revanche, la mortalité est plus élevée chez les hommes, le sex-ratio M/F est de 1,9 (66% des décédés sont des hommes), ce qui est en conformité avec les données &internationales.

8. L'impact de l'épidémie sur la santé des femmes tunisiennes n'a pas fait l'objet d'une étude épidémiologique d'envergure. En revanche, les quelques études menées dans des structures hospitalières, les avis des experts et les témoignages des organisations de la société civile ont apporté des éclairages quant aux conséquences négatives du confinement et de la désorganisation des services sur la santé et le bien être des femmes. Le suivi des maladies chroniques, les demandes d'aides psychologiques, les problèmes de santé mentale, tous les indicateurs relevés dans les études mentionnées montrent l'impact prononcé de l'épidémie chez les femmes. Mais toutes ces situations décrites constituent la partie émergée de l'immense iceberg des problèmes de santé physique, du mal être et des pathologiques psychiatriques exacerbées par cette pandémie. Des études approfondies méritent d'être menées pour mieux prévenir ces troubles et prendre en charge les malades.

9. Durant la deuxième vague de l'épidémie, les contraintes sanitaires et sociales se sont exacerbées : en plus du souci d'assurer leur propre protection, les femmes doivent veiller à protéger les membres de sa famille et s'occuper des malades et de toutes les charges domestiques engendrées par le décès. Très souvent, les femmes refusent de se confiner dans des centres dédiés, car elles ne veulent pas abandonner leurs familles et surtout les enfants, quand ils sont en bas âge.

10. Enfin, cette pandémie a révélé l'apport des femmes dans la gestion de l'épidémie à tous les niveaux des structures sanitaires, de la première ligne aux services universitaires, dans la recherche et dans la communication ainsi que dans le leadership. De même, les femmes ont été à la pointe dans l'information aussi bien dans les média traditionnels (télévision, radio) que dans l'organisation des Webinar sur des thématiques scientifiques. Il s'agit là d'une belle illustration qui pourrait enrichir la réflexion sur une nouvelle gouvernance des hôpitaux ou « l'hôpital, autrement ». Quant au rôle des femmes dans les médias, il y a de la matière pour analyser le discours des acteurs et l'éthique journalistique selon le genre.

Recommandations

1. Au niveau des mesures de prévention
   - Actuellement, tous les indicateurs épidémiologiques de suivi de l'épidémie de la COVID-19 en Tunisie montrent une circulation du SARS-CoV-2 à un niveau d'alerte très élevé. Les mesures de prévention doivent être à la hauteur de risque. Il convient de veiller à lever les obstacles à l'accès des femmes à ces mesures de prévention, tant au niveau de l'information, que de l'accès au dépistage, au traitement et à la vaccination. Les femmes en situation de vulnérabilité doivent être identifiées et accompagnées durant cette phase critique de la pandémie.
   - Inciter les employeurs, les responsables, chefs d'entreprise, les patrons d'usine à offrir les mêmes moyens de protections aux hommes et aux femmes
2. Au niveau de l'organisation des services
   - Les activités doivent adaptées à la situation épidémiologique : à côté de l'organisation des circuits des patients, il faut prioriser la prise en charge des patientes en fonction de leurs plaintes et de leurs pathologies, ce qui permet de désencombrer les hôpitaux pour une meilleure gestion de cette situation, mais aussi de protéger le personnel de la santé et les patientes elles-mêmes.Le principe est de retarder tout ce qui peut l'être sans risques pour les patientes et de privilégier les solutions qui nécessitent le moins de passages des patientes par l'hôpital et le minimum d'hospitalisations. Les cancers, les pathologies psychiatriques et la santé reproductive.
   - Renforcer les programmes de soutiens psychologiques pour répondre aux besoins des femmes en situation de détresse, aux étudiantes et aux soignantes.
3. Au niveau des connaissances
   - Mener des études sur les différentes dimensions de la pandémie (comportements, expositions aux risques) pour affiner la connaissance de la dimension genre de l'infectiologie dans le contexte tunisien.
   - Mener une étude sur l'impact à moyen terme de la pandémie sur le suivi des cancers.
   - Mener une étude sur le rôle des journalistes et l'éthique journalistique en tant de crise. Analyser la réponse tunisienne à la pandémie COVID-19 et son impact sur l'organisation des services de SSR.
   - Mener une étude pour analyser les conséquences sur l'accès aux soins des femmes aux services de SSR.
4. Au niveau du leadership féminin
   - Assurer la formation, l'accompagnement et la valorisation des expériences. ONU Femmes, qui est à la pointe dans ce domaine, pourrait jouer un rôle en lançant des initiatives, pour documenter des évidences en faveur de l'implication des femmes dans la gouvernance locale.

Références

Akiskal, K.K. & Akiskal, H.S. (2005). « The theoretical underpinnings of affective temperaments : implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature ». J Affect Disord, 85:231–239.

Appel des OSC. (2020). « Contribution de la première ligne publique à la continuité des services et à la lutte contre l'épidémie de COVID-19 la contribution de la première ligne de santé », signé par plusieurs OSC et des personnalités, 2 avril.

Ben Romdhane, H. (2020_a). « La COVID-19 n'est pas une Pandémie, c'est une Syndémie ». Leaders, 30 septembre.

Ben Romdhane, H. (2020_b). « Et si notre système de santé était en mesure d'infléchir rapidement la courbe de l'épidémie du COVID-19 ? ». Leaders, 28 mars.

Brooks, SK., Webster, R.K., Smith. LE., et al. (2020). « L'impact psychologique de la quarantaine et la façon de la réduire : examen rapide des preuves ». Le Lancet, (URL: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Fekih-Romdhane, F., Snene, H., Jebri, A., Ben Rhouma, M., Cheour, M. (2020). « Psychological impact of the Pandemic COVID-19 Outbreak Among Medical Residents in Tunisia ». Asian Journal of Psychiatry.18;53:102349.

Global Health 50/50. (https://globalhealth5050.org/)

Halayem, S., Sayari, N., Cherif, W., Cheour, M., Damak, R. (2020). « How Tunisian physicians of public health hospitals deal with COVID-19 pandemic : Perceived stress and coping strategies ». Psychiatry Clin Neurosci. Jun 27 : 10.1111/pcn.13097.

Horton, R. (2020). www.thelancet.com,Vol 396 September 26

Le Journal Lancet. (2020). « Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response ». Volume 395, Issue 10231, pp. 1175-1177

MS/OMS. (2018). Tunisian Health Examination Survey, Tunisie 2018

MS/ONMNE. (2021). « Bulletin épidémiologique », janvier

MS/ONMNE. (2020_a). « Bulletin épidémiologique », Novembre

MS/ONMNE. (2020_b). « Bulletin épidémiologique », Mai

Rahal, K. (2020). « Dépistage et prévention du cancer du sein ». Webinar MAFFES/MS/OMS, Tunis, 19 octobre

Sediri, S., Zgueb, Y., Ouanes, S., et al. (2020). « Women's mental health: acute impact of COVID-19 pandemic on domestic violence ». Publié en ligne (17 Octobre 2020) et en cours d'édition in Women's Mental Health, 1-8.

Singer, M. (2009). « Introduction to Syndemics : A Systems Approach to Public and Community Health ». San Francisco, CA, Jossey-Bass

Tang, L.V. & Hu, Y. (2020). « Mauvais résultats cliniques pour les patients atteints de cancer pendant la pandémie COVIDE-19 ». The Lancet Oncology.

UNFPA. (2020). « COVID-19 : a gender lens protecting sexual and reproductive health and rights and promoting gender equality ». United Nations Population Fund, New York

Wang, J., Korczykowski, M., Rao, H., Fan, Y., Pluta, J., Gur, R.C., McEwen, B.S., Detre, J.A. (2007). « Gender difference in neural response to psychological stress ». Social Cognitive and Affective Neuroscience, 2(3):227–239.