

Article original

Effets dramatiques des mesures de santé publique liées à la COVID-19 et de la migration inverse de masse sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes des régions rurales de l'Ouganda

Sundus Khan MPH^{1,*}, Elizabeth Kemigisha MMED PhD^{2,3,*}, Eleanor Turyakira MSc^{3,4}, Kathleen Chaput PhD^{5,6}, Jerome Kabakyenga MPH MBChB PhD^{3,4}, Teddy Kyomuhangi MPH³, Kimberly Manalili MPH⁶, Jennifer L. Brenner MD FRCPC^{1,6,7}

¹Bureau de santé autochtone, locale et mondiale, école de médecine Cumming, Université de Calgary, Calgary, Alberta, Canada

²Faculté d'études interdisciplinaires, faculté de médecine, Université de science et technologie Mbarara, Mbarara, Ouganda

³Institut de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Université de science et technologie Mbarara, Mbarara, Ouganda

⁴Département de santé communautaire, faculté de médecine, Université de science et technologie Mbarara, Mbarara, Ouganda

⁵Département d'obstétriques et de gynécologie, école de médecine Cumming, Université de Calgary, Calgary, Alberta, Canada

⁶Département de sciences de santé communautaire, école de médecine Cumming, Université de Calgary, Calgary, Alberta, Canada

⁷Département de pédiatrie, école de médecine Cumming, Université de Calgary, Calgary, Alberta, Canada

Correspondance: Elizabeth Kemigisha, faculté d'études interdisciplinaires, département de développement humain et de sciences relationnelles, Université de science et technologie Mbarara, Mbarara, Ouganda. Téléphone: (256) 772858818; courriel: ekemigisha@must.ac.ug

*Les auteurs ont contribué de manière égale au manuscrit.

RÉSUMÉ

Introduction : Les jeunes (de 10-24 ans) comptent pour presque le tiers de la population ougandaise et il est fréquemment difficile pour eux de se prévaloir de services de santé sexuelle et reproductive (SSR), l'incidence d'issues négatives en matière de SSR est en effet disproportionnellement élevée. En réponse à la COVID-19, l'Ouganda a mis en place de strictes mesures de santé publique, y compris la fermeture générale des transports collectifs, des écoles et des entreprises, ce qui a poussé les jeunes qui étudiaient et travaillaient en milieu urbain à retourner dans leur village rural. Notre étude visait à décrire qualitativement l'impact non intentionnel perçu des mesures de santé liées à la COVID-19 sur la SSR des jeunes dans deux districts ruraux.

Méthodes : Des groupes de consultation semi-structurée et entrevues avec intervenants clés auprès de jeunes, de parents, de leaders communautaires, de travailleurs, coordonnateurs et superviseurs de santé communautaire (TSC), de professionnels de la santé, de gestionnaires de la santé des districts et des établissements de santé et de médecins-hygiénistes expressément sélectionnés ont eu lieu afin d'examiner l'impact vécu et perçu qu'ont eues les mesures liées à la COVID-19 sur la SSR des jeunes. Les entrevues ont été enregistrées, transcrites et codées à l'aide d'une analyse thématique déductive.

Résultats : Quatre thèmes liés à la COVID-19 et trois sous-thèmes sont ressortis des 15 groupes de consultation et deux entrevues avec intervenants clés (n = 94). La fermeture des transports collectifs et le port obligatoire du masque ont empêché les jeunes d'obtenir des soins de SSR. La fermeture des écoles et des lieux de travail et la migration subséquente des jeunes des milieux urbains vers leur village rural ont fait exploser la demande auprès des établissements ruraux de santé mal préparés, ce qui a entravé davantage la quête de soins. Les jeunes ont rapporté craindre que leurs parents découvrent leur quête de soins de SSR, ce qui les a empêchés de le faire. Le confinement a causé des difficultés financières, l'isolement et l'entassement des familles; le mauvais traitement des jeunes, la violence sexiste et les mariages forcés ont suivi, et certains jeunes ont rapporté avoir accepté ces mariages comme un moyen d'échapper à la violence. L'inactivité et la multiplication des contacts sociaux étaient perçues comme favorisant l'activité sexuelle précoce. L'impact rapporté sur la SSR était des infections plus graves et des complications causées par le retard des soins, et une flambée des infections transmises sexuellement et des avortements.

Conclusion : Les mesures de santé publique liées à la COVID-19 ont fait reculer la quête de soins par les jeunes tout en augmentant les comportements risqués et les issues négatives de SSR. Il est essentiel d'investir dans la programmation en SSR auprès des jeunes afin d'inverser

Reçu : le 22 décembre 2021; accepté : le 10 janvier 2022

© The Author(s) 2022. Published by Oxford University Press on behalf of the Canadian Paediatric Society.
All rights reserved. For permissions, please e-mail: journals.permissions@oup.com

les effets non intentionnels de la pandémie et de reprendre notre élan vers les cibles de SSR chez les jeunes. La gestion future des pandémies doit tenir compte des disparités sociales et sanitaires et réduire les risques non intentionnels sur la SSR des jeunes présentés par les mesures de santé publique.

Mots-clés: Santé reproductive; santé sexuelle; adolescent; COVID-19; Ouganda; recherche qualitative

Durant la première vague de la pandémie, l'Ouganda a mis en place des mesures strictes à l'échelle nationale pour juguler la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Au début de 2020, le dépistage aux frontières et la préparation d'un plan national d'intervention ont débuté (1,2). À la mi-mars, les rassemblements publics ont été interdits, les frontières ont fermé, tout comme les établissements d'éducation (3). Avec à peine quelques jours d'avis, on a mis un frein à tous les transports collectifs (y compris les motocyclettes « boda boda ») (4). À la fin de mars, une directive présidentielle a donné lieu à un couvre-feu, à la fermeture des entreprises non essentielles et au port obligatoire du masque (dans tous les espaces publics), et à l'interdiction de se déplacer dans son véhicule privé, une mesure appliquée par les forces policières, l'armée et les agents communautaires locaux (3,5). Les établissements gouvernementaux de santé sont demeurés ouverts pour offrir des services d'urgence et de santé maternelle; on pouvait obtenir la permission de se déplacer et de se prévaloir de ces services auprès des autorités gouvernementales locales (5). En mai, certaines restrictions ont été levées; certaines entreprises ont pu ouvrir leurs portes partiellement et le transport collectif a pu reprendre dans certaines régions à la moitié de sa capacité. En juillet, les boda bodas ont repris leurs opérations durant la journée (3). Les couvre-feux, restrictions quant aux rassemblements et fermetures des écoles sont demeurés en place jusqu'en août 2020 (3). Dans l'ensemble, le confinement a causé une migration inverse sans précédent de la population active urbaine vers les communautés rurales natales (6).

En 2020, l'Afrique subsaharienne a déclaré un nombre significativement inférieur de cas et de décès liés à la COVID-19 par rapport aux autres régions du monde, que l'on croit être causé par une jeune population, un nombre limité d'établissements de soins de longue durée, l'absence de dépistage et l'exposition humaine antérieure aux coronavirus (7,8). L'Ouganda a rapporté moins de cas et de décès liés à la COVID-19 durant la première vague que les pays subsahariens voisins disposant de moyens comparables (2). En septembre 2020, l'Ouganda rapportait 3500 cas cumulés de COVID-19 et 39 décès (9).

Les jeunes (de 10 à 24 ans) représentent 32,4 % de la population ougandaise (10). Avant la COVID-19, la jeunesse ougandaise se heurtait déjà à des difficultés pour se prévaloir de services de santé sexuelle et reproductive (SSR) avec indicateurs de SSR inquiétants; en effet, vingt pour cent des filles signalaient avoir été actives sexuellement avant l'âge de 15 ans; le quart des adolescentes de 15–19 ans étaient enceintes ou avaient déjà eu un enfant (10). Les taux de complications de l'accouchement, de décès de la mère, d'avortements risqués, d'infections transmises sexuellement (ITS) et de violence sexiste étaient disproportionnels chez les jeunes femmes (11). Sur le plan de la santé, les jeunes demeurent un groupe démographique mal desservi; le pays a comme priorité d'améliorer les indicateurs de SSR.

Les données sur l'impact de la COVID-19 sur les jeunes du monde sont essentielles, surtout celles des pays à faible revenu (3). Nous avons l'occasion d'examiner les effets de la COVID-19 sur la santé des jeunes dans le cadre d'une étude qualitative en préparation à une intervention financée par Affaires mondiales Canada visant à répondre à la question de recherche suivante : « *Quels étaient l'expérience vécue et l'impact des restrictions de santé publique liées à la COVID-19 sur la SSR des jeunes des régions rurales de l'Ouganda, selon les jeunes, les parents, les leaders communautaires et les professionnels de la santé?* »

MÉTHODES

Notre étude ciblait deux districts ruraux de l'Ouganda (Rubirizi, Bushenyi) dont la population totalisait ~360 000 selon le recensement le plus récent (2014, [12]). Une étude initiale plus vaste avait cherché à comprendre le contexte sanitaire des jeunes avant l'initiative *Healthy Adolescents and Young People (HAY!)* (2021–2024). HAY! cible les besoins des jeunes en matière de SSR par l'entremise d'activités communautaires et d'augmentation de la capacité des établissements.

La collecte initiale de données (août 2020) a coïncidé avec la première vague de la pandémie de COVID-19 en Ouganda. Les participants aux groupes de consultation et entrevues avec intervenants clés étaient des jeunes (de 18–24 ans), des mères de jeunes, des leaders communautaires, des coordonnateurs de santé communautaire, des superviseurs de santé communautaire, des professionnels de la santé, des gestionnaires d'établissement, des gestionnaires de la santé des districts et des médecins-hygiénistes. À l'aide d'un échantillonnage raisonné, on a communiqué avec nos contacts établis lors d'initiatives antérieures (gestionnaires de santé et d'établissement) qui, en retour, ont amorcé l'échantillonnage en boule de neige des jeunes, des parents et des professionnels de la santé cliniques. Les caractéristiques et descriptions figurent au [Tableau 1](#).

Un guide pour les entrevues semi-structurées a été créé pour lever le voile sur le contexte de santé et de SSR dans les districts ciblés. La question posée était la même dans tous les groupes de participants, soit : « *Selon votre expérience, comment la COVID-19 s'est-elle répercutée sur la capacité des jeunes de votre communauté à obtenir de l'information et/ou des services de SSR, et quelle incidence cela a-t-il eu sur leur santé?* ». Le guide rédigé en anglais a été traduit en runyankole (vernaculaire) puis testé auprès de groupes de répondants, y compris des jeunes, d'un district voisin non ciblé par l'étude, puis il a été sujet à des révisions minimales. Des animateurs et animatrices expérimentés qui maîtrisaient la langue et le contexte locaux ont dirigé les groupes de consultation et entrevues avec intervenants clés. Les entrevues ont été enregistrées, transcrites, puis traduites en anglais. Les groupes de consultation et entrevues avec intervenants clés ayant eu lieu en personne respectaient les restrictions liées à la COVID-19, les entrevues ont été réalisées à l'extérieur, en

Tableau 1. Caractéristiques des participants à l'étude, description des catégories et types d'entrevues

Type d'entrevue	Catégorie de participants	Description	N ^{bre} d'entrevues réalisées	N ^{bre} de participants
Groupe de consultation	Jeune	Une personne de 18 à 24 ans.	3	21 (4H, 17F)
	Mère	Mère d'un enfant de 10 à 24 ans.	1	8 (0H, 8 F)
	Leader communautaire	Président élu d'un village.	1	8 (5H, 3F)
	Coordonnateur de santé communautaire (TSC)	Les travailleurs de santé communautaire (TSC) sont des bénévoles communautaires ayant reçu une formation de base pour promouvoir la santé dans leur village natal. Un coordonnateur TSC élu par ses pairs par groupe de TSC (~8-20) facilite la rédaction des rapports, les activités en groupe et les réunions.	2	16 (7H, 9F)
	Superviseur de TSC	Un professionnel de la santé clinique de chaque établissement gouvernemental nommé pour superviser un groupe de TSC.	2	13 (6H, 7F)
	Professionnel de la santé	Un professionnel de la santé clinique d'un établissement de santé gouvernemental (c.-à-d. infirmière, responsable clinique).	1	6 (2H, 4F)
	Gestionnaire d'établissement	Le clinicien « en charge » d'un établissement de santé gouvernemental.	2	12 (6H, 6F)
Entrevue avec intervenants clés	Gestionnaire de la santé des districts	Un membre d'une équipe de santé des districts responsable de superviser chaque district.	2	8 (7H, 1F)
	Médecin-hygiéniste	Le plus haut responsable de la santé dans chaque district.	2	3 (2H, 0F)
Total			17	94 (39H, 55F)

respectant les règles de distanciation, auprès de petits groupes qui portaient le masque.

Les données ont été organisées à l'aide du logiciel NVIVO (13). Six analystes ont examiné les transcriptions et ont codé le contenu pertinent à la COVID-19 à l'aide d'une analyse thématique déductive. Les thèmes *a priori* qui étaient parallèles aux restrictions de santé en matière de COVID-19 du pays ont été choisis selon le cadre conceptuel Commission des déterminants sociaux de la santé (CSDH) de l'OMS (14). Ce cadre postule que les gouvernements sont les premiers responsables de protéger l'équité en santé; la mise en place uniforme des restrictions générales de santé publique dans tous les secteurs de la société, sans égard aux iniquités de santé chez les jeunes pourrait avoir des conséquences négatives auprès des populations vulnérables. Les analystes se sont entendus sur les sous-thèmes et l'interdépendance en partageant les notes de codage et des discussions en personne et virtuelles.

RÉSULTATS

Quinze groupes de consultation et entrevues avec intervenants clés (n = 94) ont été réalisés. Le [Tableau 1](#) résume le sexe des participants et le type d'entrevue. Les données ont atteint le point de saturation lorsque aucun nouveau sous-thème n'a été identifié dans les derniers ~15 % des transcriptions analysées.

Quatre grands thèmes liés à l'impact de la COVID-19 sur la santé des jeunes sont ressortis. Les thèmes et sous-thèmes figurent au [Tableau 2](#); ils étaient très uniformes dans tous les groupes de participants sans différence substantielle entre districts quant à l'expérience des participants. La fermeture du

transport collectif à l'échelle du pays et l'exigence précoce et inattendue de porter obligatoirement le masque se sont montrés être des obstacles significatifs à la quête des jeunes pour des services de SSR, surtout pour des méthodes de contraception. La fermeture des écoles/lieux de travail et la migration subséquente des jeunes dans leur village natal ont décuplé la population de jeunes; on a rapporté qu'en conséquence, la demande de services et de matériel (surtout des contraceptifs préférés des jeunes [c.-à-d. condoms, implants, injectables]) a augmenté auprès des petits établissements de santé ruraux qui n'étaient pas préparés à cette demande, ce qui a eu un effet délétère sur la qualité des soins. Les jeunes ont signalé craindre que leurs parents découvrent leurs efforts d'obtention de services de SSR dans la communauté (surtout de contraception et de dépistage des ITS). Le confinement a entraîné le chômage et les difficultés financières subséquentes pour la famille, l'inactivité, l'isolement et l'entassement. Le confinement s'est disproportionnellement répercuté sur les femmes qui ont subi une hausse des mauvais traitements, de la violence et des mariages forcés; certaines ont accepté les mariages pour échapper à la violence familiale et au travail manuel forcé à la maison. L'inactivité, jumelée à la hausse de la population des jeunes au village a entraîné l'activité sexuelle précoce.

Comme l'illustre la [Figure 1](#), les effets rapportés de la COVID-19 sur la santé, la famille, les finances et la vie sociale étaient étroitement interdépendants et complexes. Certains effets positifs de la COVID-19 ont été mentionnés (p. ex. plus grande interaction entre jeunes et parents). En général toutefois, tous les groupes de participants ont exprimé des préoccupations à l'égard des mesures de santé publique qui entraînaient des issues négatives sur la SSR, car les participants

Tableau 2. Thèmes et sous-thèmes émergents, et citations représentatives

Thème 1 : Fermeture du transport collectif. La fermeture précoce du transport collectif à l'échelle nationale a empêché les jeunes d'accéder aux services de SSR, ce qui a réduit le recours aux méthodes de contraception, et aux services prénataux et d'accouchement.

Jeune « Un jeune pense à aller à une clinique, même si elle est loin, il a besoin d'un moyen de transport et il n'y en avait pas durant la COVID-19 et il ne peut y aller à pied, il décide donc de rester avec son problème jusqu'à la fin de la COVID-19... »

Thème 2 : Port obligatoire du masque. Le couvre-visage obligatoire a découragé les jeunes à obtenir des soins au début de la pandémie en raison du peu de masques disponibles et des moyens financiers limités des jeunes. Les jeunes choisissaient de ne pas se rendre aux établissements de santé ou y étaient interdits d'entrée.

Jeune « Oui [la COVID-19], a eu un effet sur notre accès à ces services, parce que parfois si on n'a pas de masque ou même d'argent pour en acheter un, on ne peut pas aller à un centre de santé pour obtenir des services parce que les travailleurs de santé ne vous traiteront pas et on sera pris avec notre maladie, on peut même mourir. »

Jeune « Habituellement, quand [un jeune] arrive à un établissement de santé et n'a pas de masque ni d'argent pour en acheter un, il en est chassé par les travailleurs de la santé et il n'a pas d'autre choix que de retourner chez lui sans avoir obtenu de soins »

Thème 3 : Fermeture des écoles et des lieux de travail. Une grande proportion de jeunes qui travaillent et étudient dans les centres urbains sont retournés dans leur village natal, ce qui a eu pour effet d'augmenter la population de jeunes. Les jeunes ont dit craindre la perte d'anonymat et de confidentialité lorsqu'ils tentent d'obtenir des soins dans un établissement local, ce qui a réduit significativement la quête de soins de SSR par rapport à lorsqu'ils étaient à l'école, surtout en matière de contraception et de dépistage des ITS. En conséquence, les grossesses chez les jeunes, les avortements et les infections se sont multipliés. Durant le confinement, les parents savaient nécessairement que les jeunes avaient fréquenté la clinique locale; les jeunes craignaient que la clinique informe leur famille, au contraire des services anonymes qu'ils recevaient habituellement à l'école, dans les centres urbains ou loin du village natal.

Jeune « ... on entend dire que... beaucoup sont devenues enceintes parce qu'il n'y a pas de mesures. Si on demande aux jeunes qui utilisaient des condoms auparavant, ils ne les utilisent plus... C'était plus facile pour eux quand ils étaient à l'école, ils disaient qu'ils allaient acheter des manuels et ils finissaient par acheter des condoms sans que personne ne le sache, mais au village, ils disent "notre voisin est l'ami de ma mère, ne va-t-il pas lui dire que j'ai acheté des condoms à son magasin?" »

Leader communautaire « [Les jeunes] ont peur de rencontrer leurs parents ou un autre membre de la famille dans ces établissements... ils ont peur que leurs parents l'apprennent. »

Jeune « Lorsqu'elle va dans un établissement de santé, elle va à la même table que les patients qui ont d'autres maladies, sa voisine sera là et avant que [les travailleurs de la santé] traitent cette jeune fille, sa voisine saura de quelle maladie elle souffre... »

Travailleur de la santé « Nous avons un si grand nombre de jeunes et d'adolescents dans les communautés, et la plupart sont gênés d'accéder à ces services... par exemple, on rapporte qu'une fille ou une jeune ici et là, a subi un avortement risqué et elle n'est pas venue à notre établissement. »

Sous-thème 3a : Établissements mal préparés, pénurie de matériel de SSR. La demande pour du matériel à l'intention des jeunes (c.-à-d. condoms, pilule contraceptive) et des services ou consultations pour les jeunes était plus faible avant la COVID-19. En raison de la hausse de la population de jeunes, les établissements non préparés et non équipés ont été un obstacle aux jeunes qui tentaient d'obtenir des soins.

Professionnel de la santé « ... La raison pour laquelle elles ne viennent pas aux établissements gouvernementaux... Si elle vient aujourd'hui pour recevoir [un contraceptif injectable] et découvre qu'il n'y en a pas, elle ne viendra pas demain, et elle le dira à ses amies... »

Jeune « ... maintenant [durant le confinement]... la fille ne lui demandera pas de chercher des condoms parce qu'elle sait que ces condoms sont difficiles à trouver. »

Travailleur de la santé « ... il y a du matériel qu'on n'a pas, une jeune arrivera et vous dira qu'elle veut une planification familiale pour un mois et nous, nous avons des implants, on ne peut pas mettre un implant dans une jeune femme de 15 ans. »

Thème 4 : Confinement. La restriction des déplacements et du travail a réduit le revenu familial et a causé l'entassement des familles. Des facteurs de stress sociaux et financiers et l'isolement ont accru le risque chez les jeunes (surtout les jeunes femmes) de mariage forcé, de violence sexiste et de violence familiale; il était souvent impossible d'obtenir de l'aide.

Professionnel de la santé « ... il y avait une fille de 13 ans qui était enceinte, et elle a eu une complication... elle nous a dit que sa tante maternelle a reçu 50 000 shillings [~15 \$ US] pour la donner en mariage. »

Coordonnateur de TSC « Durant cette période de COVID-19, la violence sexiste a beaucoup augmenté... durant cette saison, les problèmes financiers se sont intensifiés, et cela a mené à la violence entre une femme, son mari et les enfants. »

Sous-thème 4a : Mauvais traitement des jeunes, violence familiale et violence sexiste. L'entassement et l'insécurité financière dans les familles ont directement et indirectement entraîné les mauvais traitements des jeunes. Certaines jeunes filles se sont sauvées du domicile pour échapper au labeur, à la violence familiale et à la pauvreté, pour devenir des « bonnes » ailleurs ou s'associer à des hommes du même âge qu'elles ou leur aîné. Souvent, les filles « utilisées » pour les activités sexuelles et/ou enceintes étaient subséquemment abandonnées.

Coordonnateur de TSC « Il y a tellement de violence sexiste parce qu'on trouve qu'une fille de 14 ans est mariée à un homme de 20 ans qui se cherche du travail, mais les choses sont un peu difficiles, si leur enfant veut boire du lait, ils n'ont pas l'argent pour en acheter... »

Jeune « Il y a des familles qui se chicangent continuellement, alors les filles se disent "si je trouve un homme qui peut me prendre, je vais quitter cette famille violente". »

Parent « ... à cause de la COVID-19, la violence sexiste a augmenté dans les familles et cela a eu une incidence sur les enfants, au point où certains enfants ont quitté le foyer et vivent maintenant dans la rue. »

Tableau 2. Suite

Sous-thème 4b : Augmentation de la population de jeunes inactifs. Une population grossie de jeunes nouvellement sans emploi ou qui ne vont plus à l'école et qui ont plus de temps de loisir a fait augmenter l'activité sexuelle précoce. Jumelées à l'accès limité à la contraception et à la baisse d'obtention de services de SSR, les grossesses chez les adolescentes et les complications de SSR se sont accrues.

Leader communautaire	« [Les adolescents] sont tous dans les villages à errer, ceux qui étaient dans des écoles ségréguées ont maintenant accès au sexe opposé et ont des rapports sexuels, la plupart des filles sont devenues enceintes, d'autres se sont mariées avant même d'être prêtes. »
Jeune	« La plupart des filles [de 14 et 15 ans] se sont mariées durant cette période de COVID-19, puisqu'elles sont au village. »
TSC	« ... la plupart du temps, elles étaient à l'école et là, la population augmente parce qu'ils sont au village à ne rien faire, c'est pourquoi la plupart d'entre elles deviennent enceintes, la plupart subissent un avortement, parce qu'elles ne font rien. »
Parent	« La COVID-19 a causé la congestion de jeunes... et les difficultés se sont multipliées, les filles de 13 et 14 ans deviennent enceintes et c'est parce que les adolescents sont maintenant nombreux dans la communauté et ils ont plus d'interactions. »

TSC : Travailleur en santé communautaire; COVID-19 : maladie à coronavirus 2019; SSR : santé sexuelle et reproductive; ITS : infection transmise sexuellement.

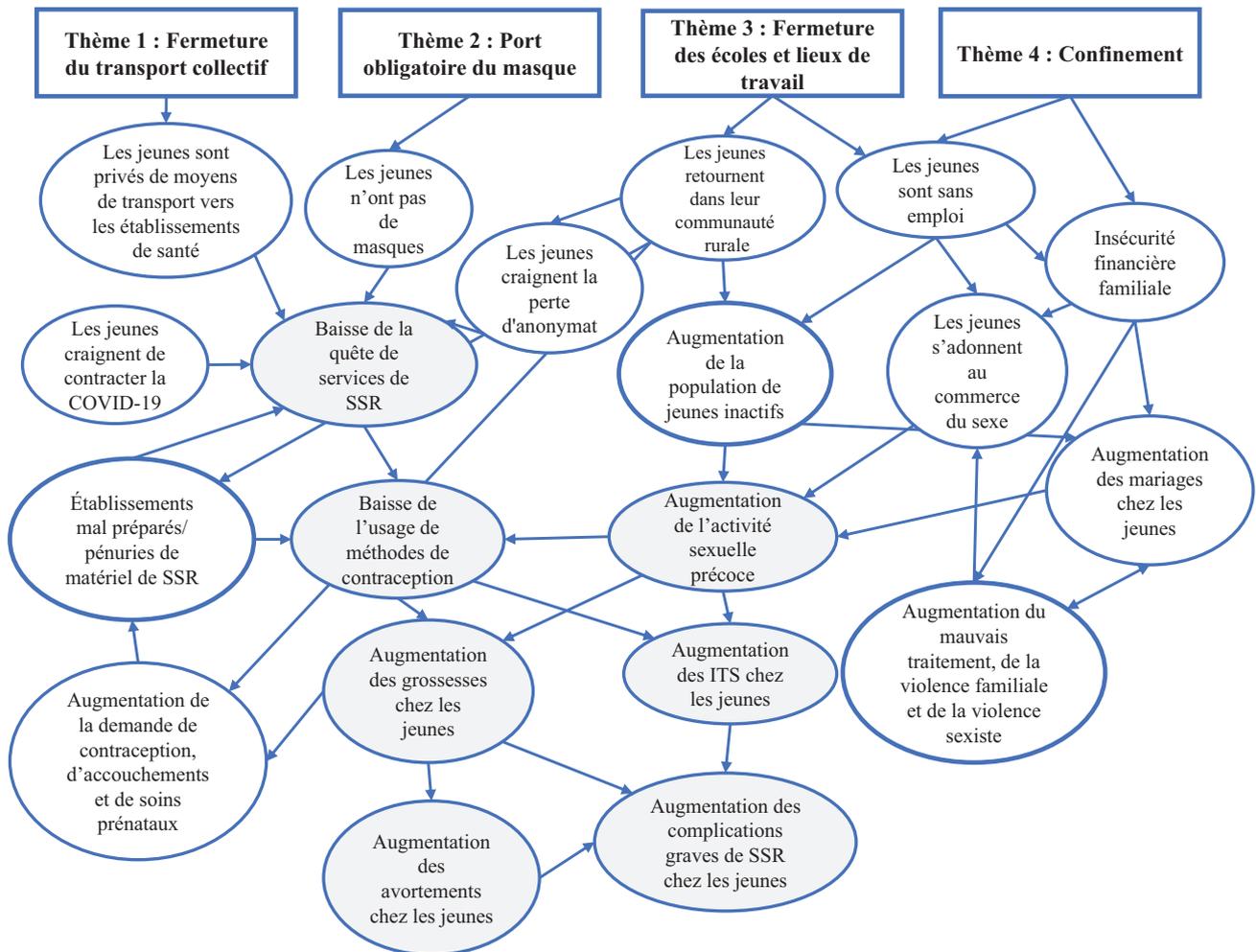


Figure 1. Interdépendance des principaux thèmes, des sous-thèmes et des résultats de SSR.

avaient vécu et observé une baisse de l'accès aux services de SSR causant l'explosion perçue des ITS, des grossesses, des avortements et des complications des SSR plus fréquentes et

plus graves. Les participants ont perçu une insécurité financière à domicile à l'origine du mauvais traitement des jeunes, de la violence familiale, et de la violence sexiste, qui était

souvent la cause de la multiplication des mariages des jeunes ou vice-versa, et des jeunes qui s'adonnaient au commerce du sexe.

DISCUSSION

Alors que les mesures strictes de santé publique étaient nécessaires pour juguler la COVID-19, nos observations mettent en lumière une tendance préoccupante de conséquences non intentionnelles sur la SSR des jeunes, qui pourrait découler du manque de prise en compte des iniquités sociales dans le cadre des mesures nationales de santé publique liées à la COVID-19. La considérable migration inverse sans précédent vers leur village rural des jeunes qui travaillaient et étudiaient dans les milieux urbains a imposé des facteurs de stress inhabituels sur les établissements de santé, les familles et les jeunes. Cinq mois après le début de la pandémie, on percevait déjà des comportements risqués chez les jeunes et une réduction de la quête de services de santé, ce qui s'est répercuté sur les résultats de SSR, et ce, malgré le fardeau relativement léger de COVID-19 en Ouganda.

La COVID-19 est en général plus légère chez les jeunes que chez les personnes âgées (15). Les jeunes souffrent toutefois disproportionnellement de problèmes financiers, de santé mentale et de perturbation de l'éducation (16-19). Notre étude comble un écart important dans la compréhension des expériences vécues par les jeunes à faible revenu durant la pandémie. Même si l'expérience anecdotique et les médias font des suppositions quant à l'impact non intentionnel des mesures de santé publique liées à la COVID-19, les publications sur les pays à faible revenu sont rares.

Le confinement lié à la COVID-19 a contribué aux difficultés d'accès aux services de santé et à une plus grande vulnérabilité découlant des changements sociaux, de la perte de revenu et de l'isolement et corrobore les tendances des épidémies antérieures et de la littérature émergente sur la pandémie. Les confinements liés aux éclosons d'Ebola en Afrique occidentale et en République démocratique du Congo étaient associés à une hausse de la violence conjugale, de l'exploitation, des agressions sexuelles, du commerce du sexe et des grossesses à l'adolescence (20-22). Le Kenya a été la scène d'une augmentation des cas rapportés de violence sexuelle liée aux confinements de la COVID-19 (23, 24). En Ouganda, une étude a rapporté une augmentation de la violence conjugale causée par la fermeture du transport collectif et des pénuries de matériel dans les établissements de santé (3), alors qu'un examen des dossiers médicaux a mis en lumière une baisse d'obtention de soins par les femmes enceintes et une augmentation des issues indésirables chez la mère et le nouveau-né (25). Une « exigence de porter le masque » n'est pas un obstacle fréquemment rapporté, mais la « fermeture du transport collectif » a eu un effet disproportionnel sur les jeunes aux finances fragiles. D'autres études quantitatives sont nécessaires pour corroborer l'expérience des participants.

La migration inverse a infiltré les thèmes émergents et les a exagérés. Le retour d'un nombre considérable de jeunes dans les communautés rurales « tricotées serrées » les a poussés à s'inquiéter de la perte de confidentialité, d'une pénurie de matériel, d'une forte demande et de délais d'attente prolongés dans les établissements ruraux non préparés et disposant de peu de ressources, ce qui a dissuadé les jeunes à obtenir des soins de

SSR. Autant que nous sachions, il n'existe pas de documentation revue par les pairs sur ce phénomène ailleurs, mais il faut s'attendre à des tendances semblables partout dans les régions rurales de l'Ouganda et d'autres régions où il est fréquent de s'exiler en milieu urbain pour étudier et travailler.

De strictes restrictions de recherche et de santé publique ont limité le nombre et la variété des personnes interviewées. L'approbation éthique limitait les participants aux personnes de 18 ans et plus; un échantillon plus vaste de la population, y compris de jeunes moins âgés, serait bienvenu. Malgré les limites, notre étude a quand même eu lieu, car le financement était déjà confirmé, les autorisations, déjà en cours, notre équipe locale d'interviewers était talentueuse et le gouvernement s'était engagé, ce qui nous a permis de saisir l'expérience de manière unique durant le confinement.

L'étendue des issues indésirables de SSR rapportées dès le début de la pandémie est alarmante. Une nouvelle documentation corrobore des tendances semblables ailleurs en Ouganda (26, 27). Les confinements à répétition, la fermeture prolongée des écoles et le nombre croissant de cas viendront probablement alourdir ce fardeau. De plus, le jumelage et l'interdépendance entre le confinement, la migration inverse, et les thèmes sociaux et économiques, et leur impact sur la SSR (Figure 1) réitérent le besoin d'adopter des politiques de santé publique qui tiennent compte des disparités sociales, comme l'énonce le cadre conceptuel CSDH (14). Les solutions doivent être complètes et seront coûteuses.

D'autres études devraient documenter quantitativement l'ampleur des effets de la pandémie de COVID-19 sur la SSR des jeunes, et explorer l'impact prolongé sur la santé des jeunes. Les leaders en santé, les décideurs, les bailleurs de fonds et les exécutants ne devraient cependant pas attendre avant de mettre de l'avant la programmation essentielle qui est nécessaire pour brider les tendances négatives actuelles, persistantes et émergentes sur la SSR des jeunes. Pour gérer ces conséquences complexes de la pandémie, il nous faut une programmation communautaire, multisectorielle qui soit alignée aux thèmes du cadre CSDH, surtout dans les milieux où la jeunesse est très disparate, afin de reprendre notre élan vers les cibles mondiales de SSR chez les jeunes. De plus, la gestion future des pandémies doit sérieusement tenir compte des disparités sociales, économiques et sanitaires parmi les jeunes afin de réduire les effets négatifs des mesures nécessaires de santé publique. Les jeunes désirent et méritent un accès protégé, sécurisé et confidentiel aux services de SSR de qualité; ils représentent l'avenir et notre avenir dépend de leur santé.

Remerciements : Les auteurs souhaitent remercier les membres de l'équipe HAY! suivants : Barbara Naggayi, Neema Murembe, Joy Muhumuza, Clare Kyokushaba et Robens Mutatina qui ont participé à la collecte de données sur le terrain et à la planification de l'étude. Promise Anjolaoluwa Adeboye a contribué à la recherche du contexte de fond.

Énoncé d'éthique : Cette étude a reçu l'approbation du comité mixte d'éthique en recherche sur la santé de l'Université de Calgary (REB20-1311) et du comité d'éthique en recherche de l'Université de science et technologie Mbarara (16/07-20). Tous les participants ont donné leur consentement éclairé.

Financement du manuscrit : Cette étude a été entreprise avec l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise d'Affaires mondiales Canada (P-006328). Un atelier sur la rédaction d'un

manuscrit a été financé par l'Université de science et technologie Mbarara.

Remerciements pour le financement du supplément : Cet article fait partie d'un supplément spécial sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les enfants et les jeunes. Ce supplément a été rendu possible par une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Le point de vue exprimé dans cet article ne représente pas nécessairement celui de l'Agence de la santé publique du Canada.

CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

SK, EK, ET, JK et TK ont reçu un salaire partiel durant l'étude par l'entremise de la contribution d'AMC. Il n'y a pas d'autres divulgations. Tous les auteurs ont soumis le formulaire ICMJE de divulgation des conflits d'intérêts potentiels. Les éditeurs ont divulgué les conflits jugés être pertinents au contenu du manuscrit.

RÉFÉRENCES

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020: World Health Organization; 2020 [cited 2021 November 4]. Accessible à: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>
2. Sarki AM, Ezeh A, Stranges S. Uganda as a role model for pandemic containment in Africa. *Am J Public Health* 2020;110(12):1800–2.
3. Parkes J, Datzberger S, Howell C, et al. *Young people, inequality and violence during the COVID-19 lockdown in Uganda - CoVAC Working Paper*. University College London, Medical Research Council/Uganda Virus Research Institute & LSHTM Uganda Research Unit, London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), Raising Voices, 2020.
4. Lumu I. COVID-19 response in Sub-Saharan Africa: Lessons from Uganda. *Disaster Med Public Health Prep* 2020;14(3):46–8.
5. Museveni YK. Address by H.E. Yoweri Kaguta Museveni president of the republic of Uganda to the nation on the corona virus (covid 19) guidelines on the preventive measures Entebbe: State house; 2020 [updated March 18, 2020; cited November 2, 2021]. Accessible à: <https://www.mediacentre.go.ug/media/president-museveni-covid19-guidelines-nation-corona-virus>
6. Coronavirus fears spark urban-rural exodus across Africa: The Citizen; 2020 [updated March 28; cited November 2, 2021]. Accessible à: <https://www.thecitizen.co.tz/news/africa/Coronavirus-fears-spark-urban-rural-exodus-across-Africa/3302426-5507414-ro6i7o/index.html>
7. Adams J, MacKenzie MJ, Amegah AK, et al. The conundrum of low COVID-19 mortality burden in sub-Saharan Africa: Myth or reality?. *Glob Health Sci Pract* 2021;9(3):433–43.
8. Rice BL, Annapragada A, Baker RE, et al. Variation in SARS-CoV-2 outbreaks across sub-Saharan Africa. *Nat Med* 2021;27(3):447–53.
9. WHO Health Emergency Dashboard - Uganda: World Health Organization; [cited November 2, 2021]. Accessible à: <https://covid19.who.int/region/afro/country/ug>
10. Uganda Demographic and Health Survey 2016. *Kampala, Uganda Rockville, Maryland: Uganda Bureau of Statistics and ICF*, 2018.
11. Atuyambe M, Kibira SPS, Bukenya J, Muhumuza C, Apolot RR, Mulogo E. Understanding sexual and reproductive health needs of adolescents: Evidence from a formative evaluation in Wakiso district, Uganda. *Reproductive Health* 2015;12(35). doi:10.1186/s12978-015-0026-7
12. The National Population and Housing Census 2014 - Area Specific Profile Series. *Kampala, Uganda: Uganda Bureau of Statistics*, 2017.
13. NVivo. 12 ed: QSR International Pty Ltd.; 2018.
14. CSDH. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization, 2009.
15. Kluge H. Statement – Older people are at highest risk from COVID-19, but all must act to prevent community spread: World Health Organization Regional Office for Europe; 2020 [updated April 2; cited November 2, 2021]. Accessible à: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-older-people-are-at-highest-risk-from-covid-19-but-all-must-act-to-prevent-community-spread>
16. Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res* 2020;293:113429.
17. Cost KT, Crosbie J, Anagnostou E, et al. Mostly worse, occasionally better: Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021:1–14.
18. Youth and COVID-19: Response, recovery and resilience. OECD, 2020.
19. COVID-19 and School Closures - One Year of Education Disruption. UNICEF, 2020.
20. Peterman A, Potts A, O'Donnell M, et al. Pandemics and violence against women and children. Center for Global Development, 2020.
21. "Everything on her Shoulders" - Rapid Assessment on Gender and Violence Against Women and Girls in the Ebola Outbreak in Beni, DRC. International Rescue Committee, 2019.
22. Onyango MA, Resnick K, Davis A, Shah RR. Gender-based violence among adolescent girls and young women: A neglected consequence of the West African Ebola outbreak. In: Schwartz DA, Anoko JN, Abramowitz SA, editors. *Pregnant in the Time of Ebola: Women and Their Children in the 2013-2015 West African Epidemic*. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 121–32.
23. John N, Roy C, Mwangi M, Raval N, McGovern T. COVID-19 and gender-based violence (GBV): Hard-to-reach women and girls, services, and programmes in Kenya. *Gender and Development* 2021;29. doi: 10.1080/13552074.2021.1885219
24. Flowe H, Rockowitz S, Rockey J, et al. *Sexual and Other Forms of Violence During the COVID-19 -Pandemic Emergency in Kenya - Patterns of Violence and Impacts on Women and Girls*. University of Birmingham, The Institute for Global Innovation, 2020.
25. Burt JF, Ouma J, Lubyayi L, et al. Indirect effects of COVID-19 on maternal, neonatal, child, sexual and reproductive health services in Kampala, Uganda. *BMJ Glob Health* 2021;6(8).
26. *Right(s) here: Delivering SRHR under COVID-19*. UNFPA, 2020.
27. *Research Findings on the Situation of, and Impact of COVID-19 on School Going Girls and Young Women in Uganda*. Kampala, Uganda: Forum for African Women Educationalists (FAWE) Uganda Chapter, 2021.