

Orientations visant l'application des mesures de santé publique non médicales par les populations en situation de vulnérabilité dans le contexte de la COVID-19

OPS



Organisation
Panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques



Orientations visant l'application des mesures de santé publique non médicales par les populations en situation de vulnérabilité dans le contexte de la COVID-19

OPS/IMS/FPL/COVID-19/20-0021

© Organisation panaméricaine de la Santé 2021

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, cette œuvre peut être copiée, distribuée et adaptée à des fins non commerciales, pour autant que la nouvelle œuvre soit rendue disponible sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente et qu'elle soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Quelle que soit l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, il ne devra pas être suggéré que l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) approuve une organisation, un produit ou un service particulier. L'utilisation de l'emblème de l'OPS est interdite.

L'OPS 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'OPS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Contents

Remerciements	1
Objectifs du document	2
Publics cibles	2
Méthodologie	2
Résumé	4
1. Contexte	6
2. Mise en œuvre de mesures de santé publique non médicales : obstacles et effets indésirables	8
3. Détermination de la charge supplémentaire de vulnérabilité dans le contexte de la COVID-19.....	11
4. Stratégies visant à remédier aux obstacles et aux effets indésirables des mesures de santé publique non médicales	19
5. Recommandations et stratégies pour répondre aux besoins des populations en situation de vulnérabilité dans le contexte de la COVID-19	23
Stratégies et recommandations pour la mise en œuvre de mesures de santé publique non médicales	24
A. Quarantaine individuelle des cas et contacts	25
B. Confinement à domicile	26
C. Fermeture de lieux de travail non essentiels et des commerces.....	29
D. Fermeture d'écoles	31
E. Espaces clos (maisons de retraite, centres de quarantaine, prisons, établissements de soins de longue durée, auberges, etc.)	32
F. Limitation des rassemblements et des grandes manifestations (événements culturels, sportifs, sociaux, religieux et politiques)	34
G. Restrictions dans les transports en commun	35
H. Lavage des mains avec de l'eau et du savon.....	36
I. Gestion territoriale des mesures de santé publique	37
J. Considérations particulières pour les travailleurs essentiels et pour la continuité des services qu'ils fournissent.....	38
Recommandations plurisectorielles	39
a. Recommandations pour la COMMUNICATION SUR LES RISQUES	39
b. Recommandations visant à faciliter LA PARTICIPATION SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE	40
c. Recommandations visant à assurer le respect des DROITS DE L'HOMME	40
d. Recommandations pour le SUIVI ET L'ÉVALUATION des mesures	41
6. Observations finales	42
Références	43

Remerciements

Ce document a été préparé par Gerry Eijkemans, Orielle Solar et Fernanda Lanzagorta. Il a bénéficié de la contribution et de la révision, pour le manuscrit final, des membres du groupe de travail sur les groupes de population en situation de vulnérabilité dans le contexte de la COVID-19 de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), qui se sont réunis périodiquement au cours de l'élaboration du document et sont cités ci-dessous :

Gerry Eijkemans, Orielle Solar, Fernanda Lanzagorta, Britta Baer, Betzabé Butrón, Alex Camacho, Luis Gabriel Cuervo, Antony Duttine, Diego González, Marcelo Korc, Alejandro Morlachetti, Pedro Ordúñez, Claudia Pescetto, Sandra del Pino, Rosemeire Pinto et Patricia Schroeder, ainsi que Rachel Lee, Denese McFarlane et Debbie Saintelmy, stagiaires de l'Unité de la promotion de la santé et des déterminants sociaux du Département de la famille, de la promotion de la santé et du cycle de vie de l'OPS.

Les auteurs remercient l'équipe du système de gestion des incidents de l'OPS pour sa collaboration, en particulier Roberta Andraghetti, Alex Camacho, Amalia Del Riego, Pablo Jiménez, Enrique Pérez et Ludovic Reveiz.

Conception et graphisme : Victor Ariscaín

Objectifs du document

Le présent guide a pour objectifs de fournir des orientations pour améliorer la mise en œuvre des mesures de santé publique non médicales lors de la riposte à la COVID-19 ainsi que le respect de ces mesures par les populations en situation de vulnérabilité. Pour ce faire, il est nécessaire d'identifier les principaux obstacles à la mise en œuvre des mesures, ce qui nous permet de déterminer les populations et territoires les plus touchés dans les différentes phases de la pandémie. À cette fin, et dans une perspective d'équité, de droits de l'homme et de diversité, ce guide recommande des politiques, des stratégies et des interventions qui accompagneront la mise en œuvre et l'assouplissement de ces mesures, de sorte que personne ne soit laissé pour compte.

Publics cibles

Ce guide s'adresse aux décideurs, aux équipes techniques et à ceux qui exécutent les politiques au niveau des administrations centrales et locales. Il convient d'adapter les recommandations en fonction du contexte de chaque pays, territoire et communauté.

Méthodologie

Ce guide a été élaboré à partir d'un cadre analytique conçu par un groupe d'experts composé de professionnels de l'OPS. Ce cadre analytique a identifié les obstacles et les effets indésirables associés à la mise en œuvre des mesures préventives par populations en situation de vulnérabilité qui sont touchées par ces obstacles et effets, de même que les stratégies pour y remédier.



La conception du cadre analytique résulte de la recherche d'informations dans des centres et sur des plates-formes tels que EvidenceAID, Epistemonikos, LILACS, Cochrane, la Campbell Collaboration, McMaster Health Forum, Oxford CEBM, ePPICENTRE, les organismes du système des Nations Unies, les banques de développement (Banque interaméricaine de développement et Banque mondiale), les bases de données de l'OPS et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ainsi que des réseaux de spécialistes et de documents issus des pays.

En outre, le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) a effectué une recherche dans la Bibliothèque virtuelle de la santé, EMBASE et dans PUBMED en saisissant des mots clés en rapport avec les sujets préalablement identifiés par le groupe d'experts. En consultation avec le groupe d'experts, une taxonomie a été développée pour trier les informations régulièrement publiées dans une bibliothèque virtuelle créée avec l'outil Zotero.

Cette collection est mise à jour chaque semaine et comprend 1304 références bibliographiques à la date de publication du présent guide. L'ensemble des articles, des rapports et des données a été révisé et systématisé en fonction de la taxonomie précitée afin d'en extraire les

obstacles et les effets associés à la mise en œuvre des mesures, ainsi que les éventuelles stratégies permettant d'y remédier. Il convient de souligner que les recommandations et les stratégies de mise en œuvre élaborées proviennent à 48 % des recommandations de l'OPS et de l'OMS, à 40 % d'autres agences des Nations Unies, à 7 % d'articles publiés et à 3 % de rapports de pays.

L'importance de ce guide repose sur la synthèse d'une série d'informations provenant de différentes sources et sur leur rapport avec chaque mesure de santé publique non médicale, ce qui en facilite la compréhension. Toutefois, il convient de noter que la production de données probantes sur la COVID-19 reste évolutive, d'où le fait qu'une grande partie de l'information disponible à ce jour provienne d'études de cas, d'études observationnelles, d'enquêtes et de modèles prédictifs.

Voir à partir du lien suivant les sources d'information (en espagnol) qui ont été utilisées pour définir les obstacles, les effets indésirables, les populations en situation de vulnérabilité et les stratégies de mise en œuvre: https://www.zotero.org/groups/2488689/covid_y_grupos_vulnerables.

Résumé

La pandémie de COVID-19 a non seulement mis au jour les grandes inégalités et iniquités qui existent dans la région des Amériques, mais elle les a aussi aggravées. Pour faire face à la pandémie, les pays de la région ont mis en œuvre des mesures de santé publique non médicales, y compris le confinement à domicile et la fermeture des écoles et des commerces, de même que d'autres mesures. Toutefois, pour que les mesures soient efficaces, il est nécessaire que l'ensemble de la population puisse y adhérer.

La mise en œuvre réussie et soutenue des mesures est directement liée aux conditions sociales, économiques et culturelles des différentes populations et personnes vivant dans ces territoires. La pandémie a montré que la vulnérabilité va au-delà des caractéristiques indivi-

duelles et biologiques et qu'elle est déterminée par le climat social, économique et politique. Les travailleurs informels, les migrants, les personnes vivant dans des conditions de surpeuplement et d'autres groupes de personnes ont été particulièrement vulnérables pendant la pandémie. Les mécanismes de répartition du pouvoir ont occasionné un ensemble d'iniquités liées à la classe sociale, à la race, au sexe, au niveau de revenus et à la situation géographique. Par exemple, les établissements informels, où les migrants sont confrontés à des conditions défavorables de précarité et d'exclusion qui précèdent la pandémie, ont été particulièrement touchés par des facteurs tels que l'emploi informel, l'absence de protection sociale et l'accès limité aux services de santé.



Il est essentiel de créer les conditions propices à l'observance des mesures de santé publique. Pour cela, il faut éliminer les limitations ou les obstacles constatés au moment de la mise en œuvre de ces mesures, par exemple faciliter la disponibilité de savon et d'eau et l'accès à ceux-ci pour le lavage des mains. Dans le même temps, il est nécessaire de s'attaquer aux effets et aux conséquences indésirables de la mise en œuvre de telles mesures, qu'elles soient sociales, économiques ou sanitaires, par exemple, l'extension de la protection sociale aux travailleurs informels et à ceux qui ont perdu leurs revenus.

Le présent document a pour objet de fournir des orientations pour améliorer la mise en œuvre des mesures de santé publique non médicales au cours de la riposte à la COVID-19 ainsi que l'observance de ces mesures au sein de groupes de population et territoires en situation de vulnérabilité. Le document s'adresse aux décideurs, aux équipes techniques et à ceux qui exécutent les politiques au niveau des administrations centrales et locales.

Des obstacles et des effets indésirables des mesures de santé publique non médicales suivantes ont été dénombrés : quarantaine individuelle des cas détectés et de leurs contacts, confinement à domicile, fermeture de lieux de travail non essentiels et des commerces, fermeture d'écoles, isolement des espaces clos tels que les hospices et les prisons, limitation des rassemblements et des grandes manifestations, restriction des transports, hygiène des mains, gestion territoriale des mesures de santé publique, continuité des services et protection des travailleurs essentiels.

Des recommandations plurisectorielles sont également proposées, qui sont nécessaires pour compléter la mise en œuvre de chacune des mesures de santé publique. Ces recommandations sont liées à la communication sur les risques, à la participation sociale et communautaire, aux droits de l'homme et au suivi et évaluation.

Les recommandations et les stratégies proposées facilitent l'adaptation des mesures aux fins de mise en œuvre à différents stades de la pandémie, toujours selon une démarche intersectorielle qui aborde les déterminants sociaux de la santé et l'équité. La mise en œuvre de politiques sociales inclusives permettra de limiter les obstacles et d'atténuer les effets indésirables des mesures de santé publique qui affectent inégalement les conditions de vie et de travail de la population cible. En outre, il est essentiel que les administrations locales et les dirigeants communautaires jouent un rôle actif dans la prise de décisions, la mise en œuvre et l'adaptation des mesures en fonction du contexte.

Ce guide a été élaboré par un groupe multidisciplinaire d'experts de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). L'importance de ce guide réside dans l'intégration de toutes les informations issues des recommandations de l'OPS et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), des organismes des Nations Unies et des publications et rapports de pays, ainsi que sur leur lien avec chaque mesure de santé publique non pharmacologique. Toutefois, il convient de noter que la production de données probantes sur la COVID-19 reste en cours de développement et que des travaux de recherche de qualité sont nécessaires pour combler les lacunes en matière de connaissances.

1. Contexte

Depuis le début de l'année 2020, le monde traverse une crise sanitaire, sociale et économique sans précédent en raison de la pandémie causée par le virus SRAS-CoV-2, qui cause la maladie dénommée COVID-19 (1, 2). Dans le monde entier, la riposte à la pandémie a nécessité la mise en œuvre de mesures de santé publique qui ont eu un impact majeur sur certains groupes sociaux et territoriaux, mettant ainsi en évidence les inégalités sociales, économiques et sanitaires existantes (3). En raison des effets de la pandémie sur la Région, la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) prévoit une baisse de 9,1 % du produit intérieur brut (PIB). On estime que cette baisse portera le taux de chômage à 13,5 % d'ici à 2020, et que le taux de pauvreté augmentera de sept pourcent pour atteindre 37,3 % (231 millions de personnes au total). Dans le même temps, l'extrême pauvreté devrait atteindre 15,5 %, touchant au total 96 millions de personnes dans la Région (4, 5). La CEPALC prévoit des augmentations du coefficient de Gini comprises entre 1,1 % et 7,8 % (6), ce qui représente une amplification des inégalités (7, 8) et de leur impact correspondant sur les résultats de santé (9).

Ce document met l'accent sur les mesures de santé publique non médicales, à savoir le confinement ou la quarantaine individuelle, le confinement à domicile, la fermeture d'écoles et de lieux de travail, les restrictions dans les transports publics, le contrôle des centres clos qui fournissent des soins de longue durée à caractère volontaire ou qui relèvent de l'appareil ju-

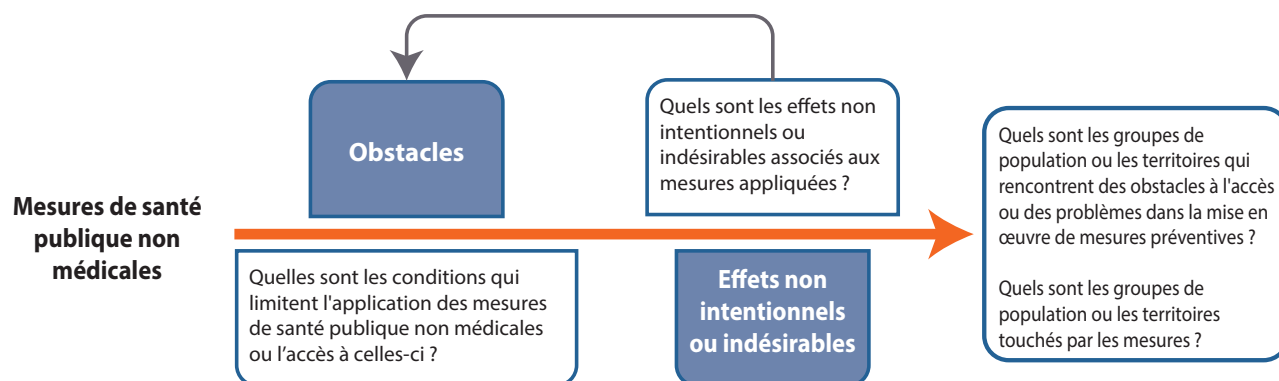
diciaire, le contrôle des rassemblements et l'hygiène des mains.

Il vise à déterminer les limites ou les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre des mesures, ainsi que leurs effets indésirables, y compris les effets sociaux, économiques et sanitaires (directs ou indirects). Ce guide n'inclut pas les obstacles spécifiquement associés à l'accès aux services de santé, de dépistage ou de traçabilité, mais ceux découlant de la mise en œuvre de mesures de santé publique non médicales et pour lesquels les services de santé ont signalé des incidences au titre de la continuité des soins (10, 11).

Un groupe d'experts de divers programmes de l'Organisation panaméricaine de la Santé a été chargé d'identifier les obstacles et les effets indésirables des mesures de santé publique. À cette fin, une série de questions clés posées à partir d'une évaluation théorique (12, 13) a été utilisée. Cette première évaluation par des experts a été comparée aux différents guides et recommandations publiés par l'OPS et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organismes internationaux, avec un examen systématique de la littérature liée à des sujets d'intérêt associés à la COVID-19, des études et des éditoriaux disponibles, des rapports de pays et des points d'actualité.¹ La figure 1 présente un résumé des questions et du cadre utilisés pour l'évaluation et la systématisation des obstacles et effets indésirables identifiés.

1 Pour plus d'informations à ce sujet, voir la section sur la méthode d'élaboration de ce document.

Figure 1. Cadre d'étude des obstacles, des effets indésirables et des groupes de population en situation de vulnérabilité dans le contexte de la COVID-19



Ce tableau montre que certaines mesures non pharmacologiques ont des effets indésirables qui ne sont pas nécessairement des obstacles à leur application, comme c'est le cas pour la fermeture des écoles. Inversement, d'autres occasionnent à la fois des difficultés de mise en œuvre et des effets indésirables, ce qui est le cas des mesures de confinement. En outre, il existe une interaction positive et un renforcement entre bon nombre des mesures, tandis que certaines d'entre elles deviennent plus pertinentes au fil du temps ou selon la phase de la pandémie, ce qui donne lieu à un système dynamique et complexe. L'identification des obstacles et des effets indésirables a permis de déterminer les populations qui pourraient être confrontées à ces problèmes et, par conséquent, se trouver dans

une situation de vulnérabilité particulière face à la pandémie.

Les trois éléments identifiés dans la figure 1 (obstacles, effets indésirables et populations en situation de vulnérabilité) sont d'une importance capitale dans la mise en œuvre des mesures de santé publique non médicale en fonction de la situation locale, ce qui est essentiel pour garantir que les mesures soient réalisables, acceptables et durables (14, 15). En outre, ces éléments jouent un rôle central dans la levée ou l'assouplissement des mesures ; il faut donc les prendre en considération. L'analyse de ces éléments doit toujours répondre aux conditions de transmission de la COVID-19 et à la réactivité des services de santé, entre autres.

2. Mise en œuvre de mesures de santé publique non médicales : obstacles et effets indésirables

L'efficacité des interventions de santé publique dépend non seulement de l'intervention elle-même, mais aussi de la modalité et des niveaux de mise en œuvre atteints grâce à ces interventions (16). En ce sens, les processus d'adaptation des mesures jouent un rôle fondamental, compte tenu des différents contextes et besoins présents dans la population (17, 18), ainsi que des conséquences sociales et économiques d'une mesure donnée sur les personnes en situation de vulnérabilité (19-21).

Selon l'OMS, il est nécessaire d'équilibrer les mesures de santé publique avec les conditions et les facteurs de risque affectant les communautés cibles en renforçant les structures et les systèmes locaux au moyen de la participation de la communauté (3). Les gouvernements ont la responsabilité d'agir pour contrôler les risques liés à la COVID-19 et d'atténuer les effets indésirables des mesures prises (22). Cette approche reconnaît que les mesures de santé publique ne peuvent pas être mises en œuvre aussi facilement dans toutes les collectivités, même lorsqu'elles sont obligatoires. Tous les membres de la communauté ne peuvent pas facilement respecter des mesures de distanciation physique, répondre à appel volontaire de rester chez soi ou se laver fréquemment les mains, même lorsque la mesure est obligatoire.

Par exemple, à la Jamaïque, dans l'aire métropolitaine de Kingston, plus de 40 communautés ont signalé des

difficultés à appliquer la distanciation physique et le lavage des mains. Ces communautés recensent un grand nombre d'établissements informels qui manquent d'eau et d'assainissement de base et sont souvent surpeuplés. En conséquence, et en raison de la difficulté de mettre en œuvre les mesures de santé publique qui ont été adoptées, ces communautés sont devenues les lieux à plus haut risque pour la transmission de la COVID-19 (23, 24).

Au Chili, des disparités ont été mises au jour dans le niveau de conformité aux mesures de réduction de la mobilité qui ont suivi la fermeture des écoles et la mise en place de quarantaines territoriales.² Cet écart correspondait à des niveaux de revenus différents, de sorte que si les communes à revenu élevé affichent des réductions significatives de la mobilité, même dans les périodes non obligatoires, la réduction de mobilité dans les communes à faible revenu est beaucoup plus faible, même dans les périodes de quarantaine obligatoire. Parmi ces communes, certaines ne dépassent pas 20 à 30 % de réduction de la mobilité pendant les périodes obligatoires (25).

Les auteurs concluent que la mobilité des citoyens est fortement liée à des facteurs socioéconomiques, de sorte que l'efficacité des mesures de réduction de la mobilité dépend en grande partie de la conception et de la mise en œuvre de politiques publiques com-

² Les déplacements des habitants de l'aire métropolitaine ont été analysés à l'aide de données statistiques et d'informations sur l'utilisation des infrastructures de télécommunications ventilées par zone de recensement.

plémentaires visant à faciliter le respect des mesures. Cette disparité dans le niveau de réduction de la mobilité s'expliquerait par l'existence d'une grande majorité de travailleurs³ qui ne peuvent rester à la maison parce que cela leur ferait perdre leur revenu quotidien. L'Organisation internationale du Travail (OIT) note que seuls 23 % des travailleurs peuvent effectuer leur travail à distance et, par conséquent, poursuivre leurs activités professionnelles (26).

En même temps, certains groupes appellent des considérations particulières. Par exemple, de nombreuses personnes handicapées dépendent de leurs aidants naturels pour leur vie quotidienne, que ce soit dans des établissements d'aide à la vie, des foyers communautaires ou à l'intérieur de leur propre domicile. De ce fait, il est presque impossible d'appliquer des pratiques de distanciation sociale dans ces groupes, en particulier ceux à faible revenu (27, 28). La Banque mondiale estime que 20 % des personnes les plus pauvres du monde souffrent d'une forme quelconque de handicap et ont tendance à être considérées comme les plus défavorisées au sein de leur propre communauté (29).

Un autre groupe qui exige une attention particulière est celui des communautés autochtones. Il est essentiel de tenir compte des schémas socioculturels, de travail, de mobilité et de logement de ces communautés, ainsi que de leurs différentes façons de conceptualiser la santé et les maladies, afin de ne pas entraver la mise en œuvre des mesures et accroître leur risque d'exposition (30).

Par exemple, certaines communautés autochtones de la Région, comme le peuple Mixe au Mexique (31), ont hésité à se conformer aux quarantaines territoriales en raison de l'importance des mouvements nationaux et transnationaux inhérents à leurs pratiques culturelles.

En outre, l'absence d'information dans les langues des peuples autochtones a limité la mise en œuvre et l'observance des mesures de distanciation sociale dans les communautés mapuches rurales du Chili (32). Dans les communautés inuites du Canada et des États-Unis, qui vivent en groupes où la nourriture et les activités sont partagées dans des espaces communautaires, la distanciation sociale s'est avérée difficile à réaliser (33, 34).

Il convient également de noter qu'au cours de la pandémie, de nouveaux groupes de population vulnérables ont vu le jour en raison des pertes d'emplois. Ces nouvelles conditions de vulnérabilité sont le résultat de la fermeture d'entreprises, des restrictions au fonctionnement des écoles et des activités culturelles, ou de la cessation d'activité pour les travailleurs indépendants et ceux qui font partie de l'économie informelle (35, 36).⁴

Une part importante des travailleurs migrants⁵ à travers le monde sont en première ligne de la pandémie de COVID-19 car ils effectuent des emplois essentiels, généralement mal rémunérés comme les soignants, les nettoyeurs ou les travailleurs de blanchisserie, ce qui entraîne un risque élevé d'exposition au virus. Bon nombre d'entre eux ont un statut d'immigration irrégulière ou travaillent de façon informelle, en particulier les femmes

3 Dans ce document, le terme travailleurs est utilisé pour désigner le collectif de *travailleurs*, quel que soit leur sexe. L'utilisation d'un terme inclusif a été choisie afin de faciliter la lecture.

4 L'expression économie informelle désigne toutes les activités économiques menées par les travailleurs et les unités économiques, y compris l'emploi et les secteurs informels qui, tant en droit qu'en pratique, fonctionnent en dehors des systèmes formels. Y sont inclus les employés privés de protection sociale ou d'autres accords formels dans les entreprises des secteurs informel et formel, les travailleurs indépendants tels que les vendeurs ambulants, les travailleurs domestiques rémunérés et les travailleurs familiaux, entre autres. Source : Organisation internationale du Travail. Observatoire de l'OIT : La COVID-19 et le monde du travail. Deuxième édition. Estimations actualisées et analyse. Genève : OIT; 2020. Disponible sur : https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/impacts-and-responses/WCMS_749442/lang-fr/index.htm

5 L'OIM définit la migration comme le mouvement des personnes en dehors de leur lieu de résidence habituel, soit à travers une frontière internationale ou à l'intérieur d'un pays. Source : Organisation internationale pour les migrations. Termes clés de la migration. Genève : OIT; s. f. Disponible sur <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>.

actives dans le service domestique, qui sont munies de contrats sans garantie et ne bénéficient pas de congés payés ni de la possibilité de travailler à domicile (37). En raison de leur situation, ces femmes sont davantage exposées aux abus et à l'exploitation, en particulier celles qui ne peuvent rentrer chez elles à cause des interdictions de voyager et des contrôles aux frontières qui les laissent bloquées, loin de chez elles (38). En outre, compte tenu de la récession économique provoquée par la COVID-19, les travailleurs migrants envoient moins de fonds, ce qui aggrave encore plus la vulnérabilité des familles qui dépendent de ces revenus (39, 40).

Ces brefs exemples illustrent l'importance des caractéristiques culturelles, économiques et politiques de l'endroit où la population vit et travaille, et révèlent un scénario dans lequel les conditions de mise en œuvre des mesures de santé publique sont inégales, et où la protection contre la transmission et l'impact de la COVID-19 dépend notamment des niveaux de revenu, de la protection sociale, de l'emploi, de l'ethnicité et du sexe. Ces facteurs déterminent en grande mesure le niveau de difficulté de certaines populations ou territoires à accéder aux mesures de santé publique recommandées, à les **mettre en œuvre**, à y **adhérer** et à les **maintenir**.

Cet ensemble de contextes, de conditions et d'environnements sont associés aux déterminants sociaux de la santé (DSS),⁶ qui constituent à leur tour les mécanismes d'exclusion et d'iniquité dans l'accès aux interventions de santé publique et aux services de soins de santé (41, 42). Malgré leur importance, les DSS n'ont pas eu suffisamment de poids dans la conception et la mise en œuvre des interventions. Il en résulte qu'à plusieurs reprises, la conception de la vulnérabilité dans le contexte

de la pandémie a été limitée à ceux qui ont de multiples comorbidités associées à la gravité et à la létalité de la COVID-19.

Cette approche présente le risque inhérent d'ignorer ou de ne pas considérer adéquatement les dimensions sociales et économiques, ce qui peut accroître l'exposition au virus, ainsi que les niveaux de morbidité et de mortalité associés à la COVID-19 et à d'autres problèmes de santé (43, 44). Il est donc nécessaire d'identifier et de définir les conditions qui rendent certains groupes et territoires plus vulnérables dans le contexte de la COVID-19 afin de les prendre en compte lors de la mise en œuvre des mesures de santé publique non médicales



⁶ Les *déterminants sociaux* sont les déterminants qui font partie du domaine structurel de la société et sont en rapport avec le climat politique, social et économique, et ceux qui concernent les conditions de vie et de travail quotidiennes. De ce point de vue, l'approche aborde le concept de *déterminants sociaux de la santé*, qui considère la répartition du pouvoir dans la société et à l'échelle mondiale comme l'axe central de la création d'inégalités sociales et sanitaires.

3. Détermination de la charge supplémentaire de vulnérabilité dans le contexte de la COVID-19

Un certain nombre d'organisations, dont l'OPS et la CEPALC, ont souligné l'importance d'envisager des mesures supplémentaires pour protéger certaines populations particulières et les groupes en situation de vulnérabilité (14, 45). Pour ce faire, il faut identifier les populations et les territoires qui sont en situation de vulnérabilité.

La vulnérabilité est un concept clé pour comprendre le risque et les résultats escomptés dans les situations de catastrophe et de danger, comme la pandémie de COVID-19. De nombreux mécanismes de vulnérabilité, ainsi que diverses perspectives sur leur utilisation et leur application, ont été décrits et peuvent également être définis d'un point de vue opérationnel ou en fonction de l'objectif de leur utilisation (46-48).

Le risque, en tant que terme technique, est souvent défini comme une valeur neutre. Toutefois, la vulnérabilité est définie en fonction du contexte social, économique

et politique, reflétant ainsi le modèle de stratification sociale (49).

Sur la base de ces définitions, une approche a été mise au point, qui correspond au « concept de vulnérabilité » dans le cadre de la pandémie et plus particulièrement dans l'application des mesures de santé publique. Cette définition vise à mettre l'accent sur les conditions sociales qui génèrent et perpétuent des situations de vulnérabilité dans la population. Elle résulte de l'identification des obstacles et des effets indésirables rencontrés par la population dans l'adoption et l'application des mesures de santé publique, ce qui a permis d'identifier les groupes touchés (50). Ce concept permet de mieux comprendre les mécanismes qui génèrent et amplifient les iniquités et l'exclusion sociale dans le cadre de la pandémie. La définition d'un groupe vulnérable dans le contexte de la COVID-19 et de la mise en œuvre de mesures de santé publique non pharmacologiques pour faire face à la pandémie est la suivante :

Le groupe de personnes ou le territoire qui subit des conditions sociales d'exclusion et d'iniquité antérieures à la pandémie et qui sont aggravées par celle-ci. Cette situation présente non seulement des obstacles ou des limites à la mise en œuvre des mesures de santé publique nécessaires, ce qui entraîne un risque accru d'exposition et de contagion, mais les mesures elles-mêmes produisent des effets indésirables ayant un impact sur la santé et la qualité de vie. À cela, il convient d'ajouter que certains sous-groupes en situation de vulnérabilité présentent également des comorbidités qui augmentent la gravité et la létalité de la COVID-19.



Dans ce contexte, un examen des populations et territoires en situation de vulnérabilité doit être effectué dans chaque pays et localité car l'apparition de la pandémie a révélé que certains groupes, tels que les travailleurs intervenant dans l'économie informelle, sont rarement priorités. En outre, la pandémie a exacerbé les situations d'exclusion ou de discrimination qui existent déjà, notamment parmi les migrants et les membres de leurs familles, les populations autochtones et les personnes d'ascendance africaine.

L'ensemble des obstacles et des effets indésirables des mesures de santé publique ont été systématisés et regroupés dans le présent document sous le concept de *charge de vulnérabilité*. Suit une liste des composants de la charge de vulnérabilité et de leur manifestation à travers la région qui a été dressée à partir des informations disponibles à ce jour.

a) Vulnérabilité associée à l'aggravation des iniquités et des conditions sociales défavorables et préexistantes, avec des effets défavorables sur les conditions socioéconomiques, la qualité de vie et la santé

Les iniquités préexistantes, tant sociales que sanitaires, sont créées et reproduites dans les sociétés à partir de la répartition inégale des ressources et du pouvoir, ce qui se traduit par un accès limité à des conditions matérielles adéquates, l'absence ou la limitation dans l'exercice des droits, des parcours de vie avec des expériences d'exclusion et de discrimination, enfin, un faible degré d'influence politique. Cette situation expose ces groupes à des conditions plus difficiles tout en produisant une capacité de riposte plus faible (51, 52), ce qui entraîne une prévalence et une gravité accrues de la COVID-19 (53, 54).

L'une des conditions structurelles des iniquités dans la région, dont l'impact s'est creusé pendant la pandémie, consiste dans les aspects liés à la qualité de l'emploi et à

l'accès à la protection sociale. Le manque de protection sociale pour certains groupes de population participant à l'économie informelle et dont les conditions de travail sont souvent précaires a entraîné des obstacles à la mise en œuvre de certaines mesures, ainsi qu'un impact majeur sur l'économie des ménages. Une forte prévalence du travail informel a des conséquences défavorables sur le bien-être de la population et empêche une croissance inclusive (4).

La plupart des travailleurs précaires et informels effectuent des tâches manuelles dans des secteurs beaucoup plus touchés par la suspension des activités en raison de la pandémie telles que le commerce de détail, la restauration, l'hôtellerie, les services, l'industrie manufacturière, les transports, l'agriculture, le bâtiment et le service domestique (55). En moyenne, le travail informel dans la région touche 54 % de la population économiquement active (environ 325 millions de personnes), principalement des femmes (56).

Parmi les travailleurs informels, 65,8 % n'ont pas accès aux systèmes de protection sociale ou aux programmes d'aide sociale. En outre, environ la moitié des travailleurs informels vivant dans la pauvreté ne bénéficient pas des programmes traditionnels d'aide sociale, tels que les transferts en espèces et les pensions de solidarité (non contributives). Cette situation implique un retour à la pauvreté, elle-même aggravée par la pandémie, pour une part importante de cette population (57).

Les conditions d'emploi deviennent des obstacles au respect de la quarantaine et des consignes de confinement à domicile car de nombreuses personnes doivent sortir pour gagner leurs revenus de la journée. Cette situation est d'autant plus critique pour les travailleurs migrants, dont l'accès aux services de santé est limité, et pour les personnes qui vivent des situations de discrimination accrue dans le climat actuel d'incertitude et de peur.

Encadré 1. Le travail informel et précaire : obstacles à la mise en œuvre de mesures chez les travailleurs à domicile

Les travailleurs à domicile, principalement des femmes (80 %), et bon nombre d'entre elles des migrantes, représentent une part importante de la main-d'œuvre informelle et font partie des groupes de travailleurs les plus vulnérables. La pandémie de COVID-19 a fortement touché ces personnes, et on estime que, à travers la Région, 73 % d'entre elles ont été mises au chômage. Selon les associations d'employées domestiques en République dominicaine, celles-ci craignent d'être infectées sans pouvoir subir un examen médical. Le test de dépistage de la COVID-19 en République dominicaine coûte US\$ 86, ce qui correspond à environ la moitié du salaire mensuel d'un travailleur domestique. Ces travailleurs expriment par ailleurs leur inquiétude face aux problèmes financiers car ils n'ont pas assez d'argent pour acheter de la nourriture et ne peuvent pas sortir pour travailler ou chercher un nouvel emploi, de nombreux employeurs refusant que les travailleurs domestiques entrent chez eux. Bien qu'il existe un programme gouvernemental, dénommé Quédade en casa, qui complète les revenus de ces travailleuses, selon les calculs, seules 40 % des employées domestiques en République dominicaine en ont bénéficié effectivement.

N.B : En République dominicaine, la Fédération nationale des travailleuses domestiques (FENAMUTRA/UNFETRAH) représente 1200 travailleuses domestiques, y compris les migrantes haïtiennes qui travaillent comme domestiques.

Sources : 1 Organisation internationale du Travail. El trabajo en tiempos de pandemia: Desafíos frente a la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Genève : OIT; 2020. Disponible sur https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/presentation/wcms_745583.pdf.

2 Organisation internationale du Travail. COVID-19 shows why domestic workers need same rights and protection as others. Genève : OIT; 2020. Disponible sur <https://iloblog.org/2020/06/16/covid-19-shows-why-domestic-workers-need-same-rights-and-protection-as-others>.

3 King T, Hewitt B, Crammond B, Sutherland G, Maheen H, Kavanagh A. Reordering Gender Systems: Can COVID-19 Lead to Improved Gender Equality and Health? The Lancet ; 396(10244): 80-81; 2020. Disponible sur [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31418-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31418-5).

Dans ce climat d'inégalités structurelles, un autre groupe rendu invisible, qui connaît un fort degré d'exclusion et de stigmatisation sociale, est celui des personnes emprisonnées. Ces personnes se trouvent dans des centres clos, qui présentent un risque élevé d'exposition et de transmission.

Dans différents pays, les prisons concentrent la population la plus vulnérable de chaque région, punissant avant tout la pauvreté, la race et dans certaines régions, le statut de migrant, entre autres (58-60). Les prisons sont les lieux qui recensent la plus forte probabilité d'abriter des personnes atteintes de troubles mentaux (61-63) et un risque élevé de contagion de maladies

transmissibles comme le VIH, l'hépatite B et C, la grippe et la tuberculose (64).

L'OMS a alerté les autorités des différents pays sur le fait que les prisons et d'autres lieux de détention augmentent les risques de contagion dans le contexte d'une pandémie. Cela est dû à la surpopulation élevée et aux restrictions à l'accès à l'eau et aux services de santé (65, 66). La situation est particulièrement grave en Amérique latine, une région où le niveau de surpopulation est plus élevé que la moyenne mondiale, où le nombre de détenus dépasse la capacité prévue. En juin 2020,

plus de 93 000 personnes privées de liberté étaient atteintes de COVID-19 dans 88 pays à travers le monde, avec 1529 personnes ayant succombé à la pandémie dans les prisons de 36 pays (67, 68).

L'augmentation de la peur et de la désinformation a créé des tensions et du stress chez les personnes privées de liberté, en particulier chez celles qui vivent avec leurs enfants dans les prisons, ce qui a considérablement augmenté les niveaux de violence au sein des prisons. En conséquence, des fuites, des émeutes, des querelles et des décès ont eu lieu dans des prisons en Argentine, au Brésil, en Bolivie, au Chili, en Colombie et au Pérou, et dans d'autres pays (69-74). Une attention particulière doit être accordée aux enfants et aux jeunes en conflit avec la loi, qui ont souvent grandi dans un environnement violent et sont plus à risque dans ce nouveau contexte (75).

b) Vulnérabilité associée aux difficultés d'adoption et d'observance des mesures recommandées, ce qui entraîne un **risque accru d'exposition au virus SRAS-CoV2**

Le risque d'exposition au virus n'est pas réparti uniformément entre les différents groupes de personnes et territoires. Certains groupes sont plus à risque, soit parce qu'ils ne peuvent pas prendre les mesures préventives et de protection recommandées de manière appropriée, soit en raison de leurs activités professionnelles et de leurs conditions de travail et de logement (76).

À cela il convient d'ajouter les effets indésirables des mesures elles-mêmes, qui font augmenter le degré de refus des mesures et donc le niveau d'exposition. Par exemple, les mesures de confinement sont difficiles à respecter dans des conditions de surpopulation et en l'absence de revenus et, lorsqu'elles se prolongent dans le temps, elles posent de graves restrictions économiques pour les mé-

nages sans protection ou bénéficiant d'une aide sociale limitée, et provoquent une détérioration progressive de la santé mentale de la cellule familiale.

Les mesures comme le lavage des mains ou la réduction volontaire des contacts physiques sont difficiles à respecter pour 20 % de la population urbaine d'Amérique latine et des Caraïbes, qui habitent dans des quartiers ou des établissements informels, des logements inadéquats où les services de base ne sont pas accessibles (par exemple sans accès à l'eau potable) et où, en moyenne, jusqu'à 3 personnes partagent une chambre (77). En outre, les principaux habitants de ces établissements informels sont de niveau socioéconomique faible ; parmi ceux-ci nous avons rencontré des femmes chefs de famille (36), des populations de migrants venus d'autres pays et même des personnes qui quittent les zones rurales pour gagner les villes du pays, en général des populations autochtones (78). Cette vulnérabilité est également observée chez de nombreux travailleurs essentiels, qui doivent passer par les villes pour se rendre à leur travail en utilisant les transports publics, ce qui augmente encore plus le risque d'exposition.



Encadré 2. Travailleurs essentiels et exposition accrue à la COVID-19

Les travailleurs essentiels ont présenté un taux élevé de contagion. Des études menées aux États-Unis d'Amérique indiquent que les travailleurs de première ligne reçoivent des salaires inférieurs à la moyenne et proviennent de façon disproportionnée de groupes défavorisés sur le plan socioéconomique par rapport à l'ensemble de la main-d'œuvre. Par exemple, les Latinos représentent un peu moins de 40 % de la main-d'œuvre dans tous les secteurs industriels essentiels de l'État de Californie. Ce chiffre atteint 80 % dans le travail agricole essentiel, 50 % dans le secteur de l'alimentation et près de 60 % des emplois dans le secteur du bâtiment. En Californie, en mai, plus de 80 % des patients hospitalisés à cause de la COVID-19 étaient latino-américains, un grand nombre ayant moins de 50 ans et occupant différentes professions : couvreurs, cuisiniers, concierges, laveurs de vaisselle et chauffeurs de livraison, entre autres. À New York, en juillet 2020, 4.000 travailleurs avaient été testés positifs à la COVID-19 et 131 employés des transports étaient décédés de causes liées au virus, la plupart d'entre eux étant des conducteurs de métro et d'autobus de la ville. Depuis le 15 mars 2020, près de 3.800 employés des transports ont été testés positifs au test pour la COVID-19.

Sources : ¹ D Blau F, Koebe J, Meyerhofer PA. Essential and Frontline Workers in the COVID-19 Crisis. ECONOFACT; 2020. Disponible sur <https://econofact.org/essential-and-frontline-workers-in-the-covid-19-crisis>.

² Branson-Potts H, Reyes-Velarde A, Stiles M, Campa AJ. El precio de ser "esencial": Los trabajadores de servicios latinos son los más afectados por el coronavirus. Los Angeles Times; 2020. Disponible sur <https://www.latimes.com/espanol/california/articulo/2020-05-18/el-precio-de-ser-esencial-los-trabajadores-de-servicios-latinos-son-los-mas-afectados-por-el-coronavirus>.

³ Markowitz J, Goldbaum C. Transit Workers Were N.Y.C.'s Pandemic Lifeline. These 3 Paid a Price. The New York Times; 2020. Disponible sur <https://www.nytimes.com/interactive/2020/07/26/nyregion/nyc-covid-19-mta-transit-workers.html>.

- c) Vulnérabilité associée aux **effets indésirables** des mesures de santé publique non pharmacologiques elles-mêmes, qui **occasionnent des problèmes de santé sans rapport avec la COVID-19**.

La santé de la population a également été affectée par la lutte contre la pandémie elle-même, en raison de situations de confinement, de chômage, d'absence de revenus, d'incertitude économique, de charge supplémentaire de soins, de restrictions à l'accès aux services de santé et autres. Les effets sur la santé, à court, moyen et long termes, peuvent inclure la malnutrition

due à des déficits nutritionnels et à une qualité insuffisante des aliments, l'anxiété et la dépression, l'aggravation des pathologies antérieures due au retard ou au manque d'accès aux procédures et services médicaux en temps voulu ou au manque de continuité des contrôles et des soins, avec notamment une augmentation de la consommation d'alcool et de tabac. Il faut souligner également l'augmentation de la violence domestique, qui a un impact direct sur la santé des familles, en particulier sur les femmes, les mineurs et les personnes âgées.

Encadré 3. Effets amplificateurs des iniquités : violence et abus à l'égard des femmes dans le contexte de la COVID-19

La violence familiale entraîne des effets néfastes sur la santé, notamment un risque accru de maladies chroniques, de dépression, de troubles de stress post-traumatique, de consommation de substances psychoactives et même de suicide. Les taux les plus élevés de violence sexiste, qui se traduisent par une augmentation marquée des appels aux lignes d'assistance, se produisent dans des situations de catastrophe, de crise humanitaire ou d'urgence, comme la pandémie. En Colombie, les signalements de violence familiale pendant le confinement ont augmenté de 175 % par rapport à la même période l'an dernier. Au Mexique, les appels aux lignes d'assistance à la violence familiale ont augmenté de 60 % au cours des premières semaines de fermeture. En République dominicaine, le service de lutte contre la violence du ministère à la condition féminine a reçu 619 appels au cours des 25 premiers jours de quarantaine. Ces données montrent un risque accru de violence qui peut augmenter considérablement si la durée de la quarantaine est prolongée. Dans d'autres pays, le nombre de plaintes a été réduit, ce qui suggère de nouveaux obstacles à l'accès pour les survivantes en raison de la réorganisation des services de santé et de protection ou une disponibilité réduite de ces services.

Sources : ¹ Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19 y violencia contra la mujer. Lo que el sector y el sistema de salud pueden hacer. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52034/OPSNMHMCovid19200008_spa.pdf?ua=1.

2 Anurudran A, Yared L, Comrie C, Harrison K, Burke T. Domestic violence amid COVID-19. Int J Gynecol Obstet; 1-2; 2020. Disponible sur <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13247>.

3 Campbell AM. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. Forensic Science International: Reports 2020;2:100089. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7152912>.

4 Plan International. Surge in violence against girls and women in Latin America and Caribbean. Working: Plan International; 2020. Disponible sur <https://plan-international.org/news/2020-05-19-surge-violence-against-girls-and-women-latin-america-and-caribbean>.

La violence a également des conséquences sur la santé sexuelle et reproductive, qui cause des infections sexuellement transmissibles l'infection par le VIH ou des grossesses non désirées, d'où l'importance fondamentale de la continuité des services de soutien.

d) Vulnérabilité associée aux facteurs de risque et aux comorbidités qui aggravent le tableau clinique et la mortalité due à la COVID-19

Les personnes atteintes de troubles de santé sous-jacents comme les maladies non transmissibles (MNT),

dont les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, le diabète et le cancer, ont un risque accru de présenter un tableau clinique grave et de mourir de la COVID-19 (79). Précisément, la prévalence des MNT est plus élevée au sein des populations les plus pauvres, ce qui les rend plus exposées aux complications dues à la COVID-19 (80). Parallèlement à cette susceptibilité accrue, les personnes de faible niveau socioéconomique souffrent de taux plus élevés de contagion, de morbidité et de mortalité résultant de la COVID-19 (42, 81).

Encadré 4. Inégalités : la COVID-19 dans les communautés afro-américaines aux États-Unis d'Amérique

Aux États-Unis d'Amérique, les décès dus à la COVID-19 sont disproportionnés chez les Afro-Américains, comparativement à la population générale. À Washington, D.C., les Afro-Américains représentent environ 47 % de la population et représentent 76 % des décès dans cette ville. Les groupes dits minoritaires aux États-Unis d'Amérique effectuent principalement des tâches essentielles dans les supermarchés, les transports publics, le nettoyage ou les services de sécurité. De plus, ce groupe de personnes a une faible couverture d'assurance-maladie et un accès limité aux services de santé, y compris l'échantillonnage pour le dépistage de la COVID-19. En ce qui concerne leurs conditions de logement, les communautés afro-américaines résident principalement dans des zones pauvres caractérisées par une forte densité de logements, des taux de criminalité élevés et un accès limité à des aliments sains. Ces conditions expliquent en partie les taux élevés d'infection, de mortalité et de tableaux cliniques sévères pour la COVID-19 au sein de ces groupes, une situation exacerbée par le racisme structurel du pays.

Sources : ¹ Yancy CW. COVID-19 and African Americans. JAMA; 323(19):1891-1892; 2020. Disponible sur <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764789>.

² Van Dorn A, Cooney RE, Sabin ML. COVID-19 exacerbating inequalities in the US. Lancet; 395(10232):P1243-P1244; 2020. Disponible sur [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30893-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30893-X/fulltext).

³ Eligon J, Burch ADS. Questions of Bias in Covid-19 Treatment Add to the Mourning for Black Families. The New York Times; 2020. Disponible sur <https://www.nytimes.com/2020/05/10/us/coronavirus-african-americans-bias.html>.

⁴ Egede LE, Walker RJ. Structural Racism, Social Risk Factors, and Covid-19: A Dangerous Convergence for Black Americans. New England Journal of Medicine; 383:e77; 2020. Disponible sur <https://doi.org/10.1056/NEJMp2023616>.

L'analyse des données sur les tests positifs à la COVID-19 révèlent une situation similaire à New York (États-Unis d'Amérique). Les données ventilées par code postal (ZCTA⁷) montrent un gradient socioéconomique lié au taux de tests positifs.⁸ Les taux les plus élevés ont été observés chez les résidents⁹ des zones les plus défavorisées et les plus pauvres, avec des pourcentages plus élevés de surpopulation et une plus grande part de résidents afro-américains (19, 53).

Enfin, il est nécessaire de souligner **l'intersectionnalité**

des iniquités associées à la classe sociale, à la race, au sexe, au niveau de revenu et au territoire et qui, dans leur ensemble, construisent les mécanismes de répartition du pouvoir et de création des inégalités (82). Ces mécanismes affectent les différents groupes et communautés dans certaines couches ou à certaines places au sein de la société, ce qui limite leur accès à des conditions matérielles satisfaisantes et l'exercice de leurs droits, produisant ainsi l'exclusion et la discrimination et limitant leur degré d'influence politique (50, 83). Cette situation augmente leur degré d'exposition tout en diminuant leur

⁷ Zip code tabulation area (ZCTA).

⁸ Les zones les plus défavorisées par rapport aux plus favorisées, selon le taux de concentration aux extrêmes (1 603,6 pour 100 000 habitants contre 1067,5 pour 100 000 habitants respectivement) ; niveau de surpopulation (1699,0 pour 100 000 habitants contre 1219,4 pour 100 000 habitants respectivement) et pourcentage de la population afro-américaine (1771,5 pour 100 000 habitants contre 1248,6 pour 100 000 habitants respectivement). Le taux le plus élevé de tests positifs a été observé chez les résidents des deux comtés les plus défavorisés ; taux ventilé par catégorie de pauvreté selon le code postal (15 %-19,9 % de pauvreté : 1553,0 pour 100 000 habitants ; 20 %-100 % de pauvreté : 1504,3 pour 100 000 habitants ; 0 %-4,9 % de pauvreté : 1046,7 pour 100 000 habitants).

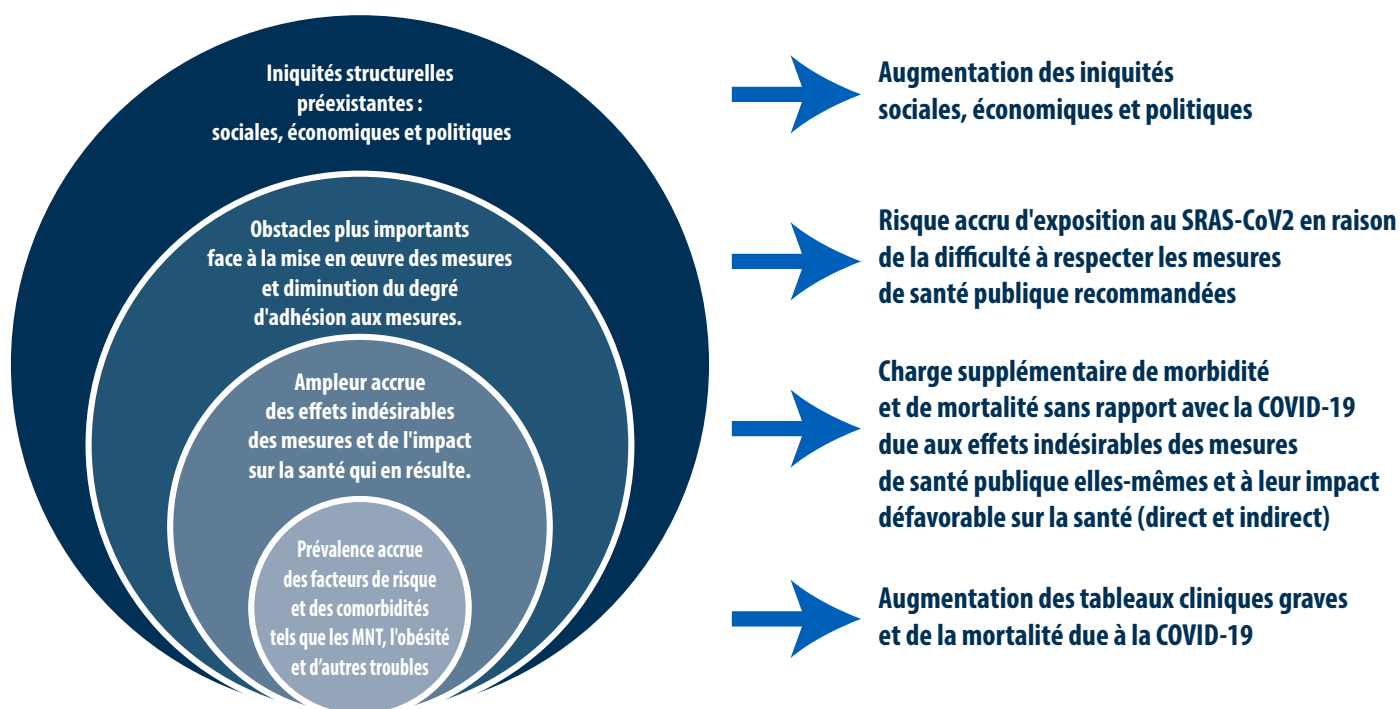
⁹ Ces chiffres ne se rapportent pas au statut d'immigration mais au lieu de résidence habituelle.

réactivité face à des situations défavorables telles que la pandémie de COVID-19. Par exemple, l'intersectionnalité s'exprime à travers les établissements informels, où les populations migrantes d'autres pays et villes résident souvent, et où sont présentes des conditions de précarité et d'exclusion qui sont antérieures à la pandémie. Ces populations incluent également des autochtones, qui à leur tour ont des niveaux d'instruction inférieurs

et tendent à occuper des emplois dans l'économie informelle sans protection sociale et avec un accès limité aux services de santé.

En résumé, la figure 2 présente un diagramme qui vise à synthétiser les dimensions de la charge de vulnérabilité dans le cadre de la COVID-19, ainsi que les mesures de santé publique décrites.

Figure 2. La triple charge supplémentaire : les groupes en situation de vulnérabilité face à la COVID-19



Source : interne

La figure 2 illustre la complexité de la riposte à la pandémie et, surtout, souligne les défis qui se posent dans la structuration d'une intervention intégrée et intersectorielle fondée sur l'équité et la lutte contre les effets de

la pandémie à moyen et à long terme. Cette complexité réside en partie dans les multiples conditions de vulnérabilité qui doivent être traitées simultanément et à différents niveaux administratifs et sectoriels.

4. Stratégies visant à remédier aux obstacles et aux effets indésirables des mesures de santé publique non médicales

Tant que des vaccins contre la COVID-19 ou des traitements efficaces ne seront pas disponibles (84, 85), il sera nécessaire de maintenir et d'améliorer les mesures de santé publique non médicales en fonction de la situation de chaque lieu, en les accompagnant de politiques, de stratégies et d'interventions qui éliminent les obstacles et atténuent les effets indésirables associés à leur mise en œuvre (86).

Une série de recommandations fondées sur les données probantes et les renseignements disponibles à ce jour a été élaborée et systématisée. Ces informations proviennent de diverses sources (mentionnées dans le chapitre relatif à l'élaboration du présent document), ainsi que des lignes directrices et des documents techniques de l'OPS, de l'OMS et d'autres organisations internationales et nationales, en tenant compte de l'expérience accumulée dans la région.



Il convient de garder à l'esprit qu'une grande partie des données probantes sur la COVID-19 reste en cours d'élaboration, vu le caractère sans précédent de la pandémie. Par conséquent, il faudra accumuler davantage de données d'expériences concernant la mise en œuvre des mesures de santé publique pour vérifier leur efficacité. Les recommandations vont des mesures immédiates et ponctuelles aux politiques publiques générales qui exigent des efforts et un engagement, plus importants, sur le plan politique. Les principes sur lesquels repose cette série de recommandations sont les suivants :

- 1) équité,**
- 2) droits de l'homme,**
- 3) égalité des sexes,**
- 4) pertinence culturelle,**
- 5) participation communautaire et**
- 6) caractère intersectoriel.**

La pandémie a une fois de plus révélé que les progrès et les résultats en matière de santé dépendent fortement des politiques, des stratégies et des interventions qui ne relèvent pas du mandat direct des ministères de la santé. De ce fait, une approche intersectorielle et participative est nécessaire, qui implique non seulement les différents secteurs du gouvernement et échelons administratifs mais aussi les communautés et la société civile, de même que le secteur privé.

Il est essentiel que les ministères de la santé assument un rôle d'influence et de plaidoyer en faveur de la santé auprès des différents secteurs, et ceux qui devraient participer à la mise en œuvre des mesures de santé

publique dont le logement, la sécurité et la protection sociale, le travail, la sécurité, l'eau et l'assainissement, l'agriculture, les transports, l'éducation et surtout le secteur économique, entre autres. Les services de santé devraient également encourager l'action intersectorielle, conformément aux principes des soins de santé primaires (87).

Les administrations locales jouent un rôle clé dans la réponse à la pandémie (88) : les dirigeants au niveau territorial et en particulier dans les communautés sont mieux conscients des besoins spécifiques pour la mise en œuvre des mesures et peuvent faciliter l'identification des obstacles actuels qu'il faut prendre en compte lors de leur adaptation au contexte spécifique. Pour renforcer la riposte, il est essentiel que les populations, les quartiers et les familles les plus vulnérables soient identifiés au niveau du territoire pour inclure leurs communautés et les organisations de la société civile dans l'adaptation de la riposte (89-92). Au niveau local, il est possible d'identifier des solutions innovantes et de construire des filières de communication de proximité, mais cette approche renforce avant tout la cohésion sociale et les liens de solidarité (93).

Le tableau 1 présente un plan synoptique des principaux obstacles et effets indésirables des mesures de santé publique non médicale. Ceux-ci sont organisés en 12 domaines ou facteurs structurels et à chacun d'eux correspondent les facteurs intermédiaires ou les voies possibles, ainsi que leur relation avec chacune des mesures. Les facteurs associés à l'accès aux services de santé, aux tests et à la traçabilité, entre autres, ne sont pas inclus.

Tableau 1. Plan synoptique des principaux obstacles et effets indésirables des mesures de santé publique non médicales

Domaines ou facteurs structurels	Facteurs intermédiaires (voies)	Quarantaine individuelle	Confinement à domicile	Fermeture d'écoles	Fermeture des lieux de travail	Restrictions dans les transports en commun	Espaces clos	Limitation des rassemblements	Lavage des mains avec de l'eau et du savon
1. Conditions matérielles d'habitabilité, y compris les infrastructures de la localité	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de logements - Surpopulation des ménages - Pratiques collectives de coexistence communautaire - Absence d'eau ou d'approvisionnement régulier. - Espaces publics limités 								
2. Revenus et emploi	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de revenus - Manque de protection contre le chômage - Impossibilité de se déplacer pour se rendre au travail 								
3. Protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de droits sociaux - Absence de droits du travail - Absence ou faiblesse de l'État-providence 								
4. Éducation et apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> - Changements dans le fonctionnement des écoles et l'apprentissage - Manque d'expérience et de moyens pour les méthodes d'apprentissage non présentielles 								
5. Pertinence culturelle	<ul style="list-style-type: none"> - Affrontement avec les valeurs, les traditions, les symboles, les croyances et les modes de comportement communautaires et ancestraux 								
6. Risque psychosocial et environnements sains	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement social - Détérioration des relations communautaires - Conditions défavorables pour des comportements sains - Incertitude accrue 								
7. Inégalité des sexes et fardeau de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Surcharge de soins - Surcharge des tâches ménagères - Perte d'autonomie chez les femmes 								
8. Prestation de services et approvisionnements essentiels	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté ou incapacité d'accéder aux épiceries et à d'autres services - Difficulté à accéder aux médicaments et à les acheter - Difficulté à accéder aux services essentiels de protection pour les enfants à risque de violence, les personnes handicapées, etc. 								
9. Accessibilité et continuité des soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de continuité des contrôles, des examens médicaux et des soins de santé - Manque d'accès aux services de santé - Report des consultations et des besoins de santé 								
10. Droits de l'homme	<ul style="list-style-type: none"> - Violation des droits humains - Augmentation des pratiques discriminatoires - Violence sexiste et à l'égard des enfants et des adolescents 								
11. Participation sociale et travail intersectoriel	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de participation à l'adaptation et à la mise en œuvre des mesures - Manque de coordination entre les secteurs et les acteurs locaux 	← →							
12. Communication	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'information s'adressant aux personnes handicapées - Manque de compréhension de la langue officielle - Manque d'accès régulier et opportun aux médias 	← →							

Source : interne.

Le regroupement des obstacles et des effets indésirables par domaine ou facteur structurel facilite l'identification de stratégies pour y faire face ainsi que des partenaires ou acteurs clés potentiels avec lesquels il conviendrait de collaborer. Ces renseignements sont décrits plus en détail dans le chapitre des recommandations. Cette approche permet également d'identifier les mesures de santé publique présentant de plus grands obstacles sur le plan de la mise en œuvre, et qui sont donc peu respectées, ainsi que les informations qui peuvent être intégrées dans la conception de leur mise en œuvre et surtout dans l'adaptation requise

pour les différents contextes et différentes phases de la pandémie, en particulier au niveau local.

D'autre part, ces données dénombrent les facteurs intermédiaires possibles ou les voies par lesquelles ces obstacles et effets indésirables se manifestent, ce qu'il conviendrait d'analyser dans chaque contexte spécifique, qu'il soit national, infranational ou local, afin de formuler des activités et des interventions spécifiques qui permettront d'éliminer ces problèmes ou d'en atténuer les effets tant pendant la mise en œuvre qu'après leur achèvement.



5. Recommandations et stratégies pour répondre aux besoins des populations en situation de vulnérabilité dans le contexte de la COVID-19

Le travail d'identification des effets indésirables et des obstacles dans le contexte de la COVID-19 ainsi que de l'ensemble des populations et territoires en situation de vulnérabilité a permis de mettre au point une série de stratégies et de recommandations pour faire face aux situations d'iniquité. Ces recommandations portent principalement sur les groupes de personnes et territoires en situation de vulnérabilité et correspondent à chacune des mesures de santé publique non médicales proposées.

La description commence par les obstacles et les effets indésirables des mesures de santé publique non médicales contenues dans le présent document et les populations en situation de vulnérabilité face à ces problèmes.

Les principales recommandations et stratégies pour aborder l'adaptation et la mise en œuvre des mesures (15) sont ensuite décrites, y compris les politiques et les interventions envisageables qui éliminent les obstacles et atténuent les effets indésirables.¹⁰

Les mesures de santé publique non médicales sélectionnées sont les suivantes :

a) Quarantaine individuelle des cas et contacts

b) Confinement à domicile

c) Fermeture de lieux de travail non essentiels et des commerces

d) Fermeture d'écoles

e) Espaces clos (hospices, centres de quarantaine, prisons, établissements de soins de longue durée, auberges, etc.) : E.1. Centres de soins de longue durée et E.2. Centres clos sous mandat judiciaire

f) Limitation des rassemblements et des grandes manifestations (événements culturels, sportifs, sociaux, religieux et politiques)

g) Restriction des transports

h) Lavage des mains avec de l'eau et du savon

i) Gestion territoriale des mesures de santé publique

j) Considérations particulières pour la continuité des services essentiels (marchés et autres lieux de travail fournissant des services essentiels)

Afin de donner un aperçu aussi complet que possible des stratégies et des actions à mettre en œuvre en conjonction avec chaque mesure non médicale de santé publique, certaines des recommandations ou stratégies seront répétées car elles sont nécessaires pour différentes mesures.

¹⁰ Les services de santé ne sont pas inclus car ce sujet a été traité en profondeur dans d'autres documents.

Des recommandations plurisectorielles sont également incluses pour compléter chacune des mesures de santé publique, telles que :

1. Communication sur les risques
2. Participation sociale et communautaire
3. Droits de l'homme
4. Suivi et évaluation

Stratégies et recommandations pour la mise en œuvre de mesures de santé publique non médicales

Certaines des recommandations structurelles sont courantes pour toutes les mesures. Ces politiques, programmes et actions sont essentiels pour faire face à la pandémie de COVID-19 et empêcher qu'une future pandémie ne provoque des conséquences économiques et sociales de l'ampleur de celles que nous subissons actuellement en raison de la COVID-19. Suivent quatre de ces recommandations structurelles dans les domaines des droits à la santé, à la protection sociale, au travail et à l'eau.

1. Garantir l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Pour ce faire, il est indispensable d'augmenter l'investissement public dans la santé à au moins 6 % du PIB national et d'établir comme priorité centrale la stratégie de soins de santé primaires (4, 94, 95).
2. Étendre la protection sociale à l'ensemble de la population. Pour ce faire, il faut accroître le niveau de couverture des programmes existants, en particulier chez les groupes en situation de vulnérabilité (par exemple, travailleurs informels ou migrants) (4, 6, 7, 8, 96, 97).

3. Augmenter et améliorer la couverture de l'assurance-chômage pour couvrir la majorité de la population active et de leurs familles (4, 6, 8, 96, 98).
4. Élargir le réseau de distribution d'eau, fournir de l'eau gratuite aux groupes qui ne peuvent pas payer les factures s'y rapportant et mettre en place des systèmes de collecte de l'eau de pluie et d'autres technologies pour élargir l'accès à l'eau (99). Pour cela, il convient d'assurer un volume quotidien minimum d'eau potable à tous les ménages en situation de vulnérabilité qui ne sont pas raccordés au réseau d'approvisionnement (99).

Chacune des mesures de santé publique non médicales est présentée ci-dessous avec ses obstacles respectifs, ses effets indésirables et les recommandations y relatives.



A. Quarantaine individuelle des cas et contacts

OBSTACLES À L'APPLICATION ET EFFETS INDÉSIRABLES	POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Conditions matérielles de logement Des limites se font jour au moment de concrétiser un isolement individuel et une quarantaine des cas et de leurs contacts dans des maisons où l'espace est réduit ou surpeuplé¹¹, et lorsque l'accès à l'eau pour se laver les mains est limité. Cette situation est particulièrement grave dans les ménages où vivent des personnes à haut risque pour la COVID-19. • Protection sociale La quarantaine se traduit souvent par une absence du travail (4), dans de nombreux cas sans congés de maladie, avec des jours limités de congé ou une rémunération partielle pour les travailleurs du secteur formel, ce qui entraîne une perte de revenus (35). Les travailleurs informels n'ont aucune couverture sociale et ou sécurité de l'emploi, et n'ont donc pas droit à un congé maladie (100). • Pertinence culturelle Les mesures d'isolement physique affectent les pratiques culturelles courantes de certaines communautés ; dans le cas des peuples autochtones, elles affectent les pratiques ancestrales (101). Il s'ensuit une diminution du niveau d'adhésion aux mesures. • Accessibilité et continuité des soins de santé Les périodes de quarantaine entraînent un isolement social, ce qui peut aggraver la situation des personnes atteintes de troubles mentaux. Dans le même temps, la continuité des soins pour ceux qui ont besoin de contrôles de santé réguliers en raison d'une maladie chronique, d'un traitement en cours ou d'une invalidité peut également être affectée. • Risque psychosocial L'isolement physique, la peur et l'incertitude causés par la pandémie causent du stress et des tensions pour les personnes atteintes, leurs contacts et leurs familles. • Droits de l'homme La peur et l'incertitude causées par la pandémie peuvent conduire les communautés à exclure les personnes infectées et leurs contacts étroits et à leur faire subir une discrimination ; elles peuvent conduire à la violation des droits de ces personnes. 	<p>Les populations qui pourraient être les plus touchées sont celles qui vivent dans des logements précaires (19) ou qui vivent dans des établissements informels (102) ou des camps.</p>

RECOMMANDATIONS
<p>Interventions antérieures ou immédiates après la mise en œuvre de la mesure</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assurer la distance de sécurité d'un mètre entre les cas et leurs contacts étroits ainsi qu'une aération adéquate du domicile, l'utilisation de masques et un isolement adéquat accompagné d'informations et d'assistance (103, 104). Pour les personnes dont les conditions d'isolement à domicile sont inadéquates ou qui vivent avec des membres de leur famille à haut risque, des lieux de résidence de substitution doivent être mis à disposition et équipés en nourriture, eau, produits d'hygiène et autres articles de base afin que les cas et leurs contacts puissent observer la période d'isolement (14, 103, 105, 106). 2. Augmenter l'hygiène et la désinfection de la maison en fonction des recommandations et proposer des solutions de remplacement en l'absence de savon (103, 107, 108). 3. Fournir de la nourriture, de l'eau, des produits d'hygiène et de désinfection ainsi que d'autres articles de base pour les cas et leurs contacts pendant la période d'isolement et de quarantaine (103, 109). 4. Assurer la continuité des traitements et des examens médicaux pour la population souffrant de maladies chroniques, en particulier les personnes qui suivent un traitement essentiel, tels que les services d'oncologie (110). À leur tour, les contrôles de santé devraient être effectués par le biais de visites à domicile ou de consultations à distance auprès des cas et de leurs proches contacts qui sont en quarantaine à domicile ou dans un logement de substitution (87, 111). 5. Dans les communautés autochtones, soutenir l'établissement d'espaces communautaires pour l'isolement des cas positifs et suspects de COVID-19 ainsi que de leurs contacts, en fonction de la situation réelle et de la culture de la localité (78, 112). 6. Assurer les revenus pendant l'absence au travail pour cause de maladie ou de quarantaine préventive par le biais des systèmes de protection existants ou de mécanismes d'urgence (4, 8, 95, 98).

11 La surpopulation s'entend de toute situation dans laquelle plus de 2,5 ou 3 personnes partagent un espace d'habitation ou un petit nombre de mètres carrés construits.

B. Confinement à domicile

OBSTACLES À L'APPLICATION ET EFFETS INDÉSIRABLES	POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Conditions matérielles d'habitabilité, y compris les infrastructures de la localité Dans les logements précaires, en particulier dans les établissements informels, la distanciation physique est entravée par le fait que ces foyers sont fortement surpeuplés¹² (3, 113, 114). La même situation se produit dans les quartiers et les localités où ces logements sont situés car il y a peu d'espaces publics pour les loisirs et les services publics, de sorte que ces espaces sont rapidement saturés par les personnes qui y habitent (102, 115). • Revenus et emploi Cette mesure peut entraîner la perte d'emploi ou de revenus pour ceux qui ne sont pas en mesure de travailler à domicile contre rémunération (26). Cette situation peut conduire à des situations de pauvreté ou d'appauvrissement, qui constituent à leur tour un obstacle à la viabilité des mesures (6, 20, 96, 100, 116). • Protection sociale Le manque de soutien et l'absence de protection sociale, ou encore une protection sociale limitée, constituent un obstacle à la mise en œuvre de mesures de confinement à domicile puisque les individus doivent sortir à la recherche de revenus malgré les restrictions, en particulier dans l'économie informelle (4, 42, 117, 118). • Pertinence culturelle Le manque de pertinence culturelle des mesures est un obstacle au maintien de la distanciation physique et du confinement à domicile parce qu'elles ne sont pas acceptées en raison du fait qu'elles ne reconnaissent pas les particularités, la langue, la territorialité et le degré de compréhension du monde des diverses communautés, par exemple les communautés autochtones (78, 119). • Environnements sains Le confinement à domicile crée des environnements malsains car il empêche l'exercice physique, l'utilisation de sites de loisirs et l'accès à des aliments sains et des habitudes alimentaires saines, ce qui entraîne une augmentation de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. Cette situation peut déclencher des conflits familiaux ou accroître le risque de violence familiale pour les femmes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées. • Risque psychosocial Le risque psychosocial (120) augmente, en particulier dans les foyers avec un espace physique limité, ce à quoi il faut ajouter la charge supplémentaire des soins en raison de la fermeture des écoles et de l'incertitude quant au cours de la pandémie, d'où une tension et un stress importants au sein de la population. Un autre effet est l'isolement social, qui est très grave chez les populations dont les réseaux sociaux de soutien sont faibles ou inexistantes et qui sont fortement dépendantes d'autres personnes. C'est le cas des personnes handicapées ou des familles monoparentales, dans lesquels se trouvent principalement des personnes âgées (121). Un autre effet à souligner est l'impact des restrictions de mouvement et de la distance physique sociale sur les enfants, qui limitent leur droit au jeu et aux loisirs partagés avec d'autres enfants. Cette situation a des conséquences importantes sur leur développement psychosocial (122). Au niveau collectif, les conditions psychosociales défavorables (123) pourraient entraîner une perte ou un affaiblissement de la cohésion sociale, exacerbant ainsi les comportements discriminatoires et d'exclusion qui touchent principalement les groupes sociaux en situation de vulnérabilité. • Inégalité des sexes et fardeau de soins Les effets indésirables du confinement sont aggravés par la charge supplémentaire des soins due à la fermeture des écoles, qui incombe presque toujours aux femmes, ce à quoi il faut ajouter une perte d'autonomie suite au licenciement et à la perte de revenus (124). 	<p>Les personnes vivant dans des établissements précaires et informels (50, 102) affichant des taux élevés de surpopulation.</p> <p>Les travailleurs qui ne sont pas en mesure de faire leur travail à domicile et qui sont au chômage en raison de licenciements ou de fermetures d'entreprises, ainsi que les travailleurs indépendants.</p> <p>Les travailleurs de l'économie informelle (96, 117) ou des services essentiels à faible revenu, les travailleurs migrants (20, 127) et leurs familles.</p> <p>Les femmes chefs de famille (128, 129) avec des enfants à charge, les femmes de tous âges, les enfants et adolescents vivant dans des situations de violence (130) ou de forte adversité (131).</p> <p>Les personnes handicapées (132) et les personnes qui requièrent des soins prodigués par des tiers, comme les personnes âgées et d'autres personnes.</p> <p>Les personnes résidant dans des familles monoparentales et des territoires ruraux éloignés.</p> <p>Les sans-abris ou les personnes qui vivent dans la rue.</p>

Continue >>

12 La surpopulation s'entend de toute situation dans laquelle plus de 2,5 ou 3 personnes partagent un espace d'habitation ou un petit nombre de mètres carrés construits.

OBSTACLES À L'APPLICATION ET EFFETS INDÉSIRABLES	POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Prestation de services et approvisionnements essentiels <p>Le confinement à domicile peut entraîner une disponibilité limitée et une qualité médiocre des aliments. À cela s'ajoute l'arrêt des services de base tels que l'électricité, l'eau et le chauffage pour non-paiement à cause de l'absence de revenus. Des expulsions ont même été rapportées pour non-paiement de loyers, en particulier parmi les migrants et leurs familles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité et continuité des soins de santé <p>L'accès aux services de santé est limité par des restrictions sur leur disponibilité et même par un impact sur la continuité des soins (p. ex. les contrôles de santé). En outre, les patients atteints de pathologies aiguës ou chroniques (125) tardent à consulter un médecin par crainte de contagion (126). Le report de l'accès aux services essentiels est particulièrement préoccupant en ce qui concerne la violence sexuelle.</p> <p>À court et moyen terme, les obstacles et les effets indésirables de cette mesure entraîneront des problèmes de santé mentale ainsi que l'aggravation ou la décompensation chez les patients souffrant de troubles tels l'anxiété et la dépression. Cette conséquence se fera également sentir dans le domaine des maladies chroniques non transmissibles telles que les problèmes cardiovasculaires, la malnutrition, la consommation d'alcool et le tabagisme (4).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Droits de l'homme <p>Les mesures de confinement imposent des restrictions aux droits des personnes, en particulier la liberté de circulation. Si ces mesures sont mises en œuvre sans fournir suffisamment d'informations, de pertinence culturelle et de gradualité, elles peuvent conduire à des situations d'abus et de violation des droits, en particulier dans les populations qui vivent déjà dans des conditions défavorables et dont l'exercice du pouvoir est limité (par exemple, les établissements informels et les camps, ainsi que la population autochtone et d'ascendance africaine).</p>	

RECOMMANDATIONS

Interventions antérieures ou immédiates après la mise en œuvre de la mesure

1. Assurer l'approvisionnement en produits essentiels, y compris des produits alimentaires sains et des produits d'hygiène, envisager de renforcer les moyens de soutien par le biais de réseaux de voisins, de bénévoles communautaires, de fonctionnaires municipaux, de systèmes d'expédition alimentaire, etc. (4, 96)
2. Faciliter les mesures d'adaptation du logement pour assurer la distanciation physique. Par exemple, privilégier les espaces de substitution pour la population à risque élevé, maintenir une aération adéquate, séparer les lits, etc. (103, 108, 133)
3. Mettre en fonctions des centres de séjour temporaire (résidences) pour les sans-abris ou les personnes qui ne peuvent pas s'isoler à domicile, et faciliter le suivi des mesures de prévention de base, y compris le lavage fréquent des mains avec de l'eau et du savon, et l'assainissement dans ces centres (134-137).
4. Fournir des solutions de prévention dans les logements qui soient adaptées à la culture du pays et au contexte local afin que les mesures soient acceptées par l'ensemble de la population. Ces solutions comprennent notamment l'aération, le nettoyage et la désinfection, en particulier dans les foyers habités par les communautés autochtones (maisons, abris sur les chemins, stations de repos, villages, conseils communautaires, cabanes, campements, etc.) (78, 112, 138).
5. Entreprendre des mesures et aménager des résidences qui facilitent un départ de la maison en toute sûreté pour ceux qui cherchent de l'aide ou qui sont à risque de subir des actes de violence (98, 139, 140).
6. Renforcer la diffusion et le suivi des règles et règlements associés au contrôle de la vente d'alcool et d'armes, ainsi que des pratiques et des lieux de distribution de drogues (98, 139, 140).
7. Limiter l'entrée dans les territoires autochtones de ceux qui ne sont pas membres des communautés et faciliter le séjour permanent des communautés autochtones sur leurs territoires en assurant la fourniture de produits essentiels (78, 30, 112).
8. Fournir des soins de santé gratuits aux travailleurs informels et à leurs familles, ainsi qu'à ceux qui ont perdu leur emploi et l'assurance-maladie connexe en raison de la pandémie (4, 94, 95, 96, 98, 141-143).
9. Faciliter des pratiques saines par la promotion de l'activité physique et d'une alimentation adéquate au moyen de filières de communication comme la télévision, la radio ou Internet (144-146).

Interventions à court terme

1. Prévenir l'isolement social chez les personnes vivant seules grâce à des systèmes d'appels, des visites à domicile et le soutien de réseaux de voisins, de bénévoles communautaires, de fonctionnaires municipaux et d'autres personnes (102, 147, 148).
2. Fournir de l'information et des recommandations sur la gestion du stress et la santé mentale, adaptées à la réalité des populations, en créant des lignes téléphoniques d'urgence, des canaux de communication de masse, des réseaux de psychologues communautaires et par l'entremise de services téléphoniques de soins de santé et de la télémédecine (147, 149, 190).
3. Assurer la continuité des contrôles médicaux pour les patients atteints de maladies chroniques par le biais de visites à domicile et d'appels de suivi, ainsi que par la fourniture de médicaments (150-152).
4. Soutenir les mères, les pères et les soignants par le biais d'outils de soutien pour élever les enfants de manière saine et adéquate, dans un contexte de télétravail ou de télé-enseignement (153).
5. Mettre en place un système de surveillance des familles à risque d'abus et de violence familiale en facilitant l'accès aux principaux codes d'urgence contre les pratiques abusives et en renforçant les réseaux et le soutien communautaire (98, 139, 140).
6. Assurer l'accès aux services sociaux et aux lignes d'assistance gratuites, y compris le téléphone, le texte, le chat ou les appels silencieux (98, 139, 140, 154) pour tous les survivants de violence (y compris les personnes âgées et les enfants).
7. Annuler ou subventionner le paiement des services publics tels que l'eau, l'électricité et le chauffage afin d'assurer que les conditions de base sont présentes pour l'adhésion aux mesures (8).
8. Fournir un soutien pour le paiement du loyer, y compris les échéanciers, ne pas augmenter le loyer et suspendre les expulsions (6, 95).
9. Établir un revenu d'urgence de base équivalent au montant d'un seuil de pauvreté de six mois pour l'ensemble de la population vivant dans la pauvreté en 2020. Cette mesure entraînerait un coût supplémentaire de 2,0 % du PIB. Ce revenu permettrait de soutenir la consommation et de répondre aux besoins essentiels tout en encourageant l'adhésion aux mesures de distanciation sociale et de quarantaine (6).
10. Fournir un soutien contre la faim afin que la pandémie ne conduise pas à une crise alimentaire. Cette obligation pourrait prendre la forme de transferts d'argent, paniers ou coupons alimentaires pour l'ensemble de la population en situation d'extrême pauvreté sur une période de six mois (6, 95, 96).

C. Fermeture de lieux de travail non essentiels et des commerces

OBSTACLES À L'APPLICATION ET EFFETS INDÉSIRABLES	POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Revenus et emploi <p>Cette mesure a eu un impact direct sur la perte ou la réduction des revenus des travailleurs. De nombreux emplois ont également été perdus en raison de la suspension des activités ou de la faillite d'entreprises, en particulier les microentreprises et les petites et moyennes entreprises, qui représentent 99 % de l'ensemble des entreprises de la région et génèrent plus de la moitié des emplois (4, 155). La mesure a également eu une incidence sur les conditions de travail des personnes qui sont en mesure de travailler à distance ; cette modalité de travail à distance réduit l'impact économique direct des fermetures d'entreprises mais entraîne d'autres problèmes. Elle creuse les inégalités entre les travailleurs puisque, dans le quintile inférieur des revenus, six ménages sur dix ont une vitesse de connexion internet insuffisante pour effectuer leur travail et suivre leurs études (26, 57, 156).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protection sociale <p>Les travailleurs et leurs familles ont perdu leur couverture de services de santé et d'autres prestations, ou ont subi une diminution de ces services (comme l'assurance-maladie, la reconnaissance des maladies professionnelles, les revenus associés aux congés de maladie et autres) (100). Cette perte peut résulter du fait que ces services étaient liés à l'emploi ou de l'incapacité de payer. Cette situation est aggravée par le fait que la grande majorité des travailleurs ne sont pas admissibles à l'assurance-chômage, ou que leurs prestations sont très limitées, ce qui entraîne une diminution des revenus (6).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque psychosocial et environnement <p>Les travailleurs qui sont passés au télétravail ont été confrontés à un manque de compétences, d'outils et de conditions adéquats à la maison, ainsi qu'aux soins à prodiguer suite à la fermeture des écoles (157). Cette charge supplémentaire est source de tension et de stress dans les ménages et peut éventuellement accroître les comportements malsains tels que la consommation d'alcool (120, 158, 159).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inégalité des sexes et fardeau de soins <p>La poursuite de l'enseignement à domicile impose une charge supplémentaire, principalement pour les femmes, car il faut s'occuper des enfants, ce qui accroît les tensions à la maison, en particulier chez les femmes qui travaillent ou les parents qui s'occupent des enfants (124).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestation de services et approvisionnements essentiels <p>L'offre de services et de fournitures a été limitée par la fermeture d'entreprises, ce qui se traduit par un besoin accru de mobilité pour l'accès aux produits alimentaires et une éventuelle augmentation des prix pour une grande part d'entre elles.</p>	<p>Les populations qui pourraient être les plus touchées seraient les travailleurs sous contrat précaire, les travailleurs peu qualifiés pour le télétravail, les travailleurs sans protection sociale (secteur informel), les personnes qui ont perdu leur emploi, les migrants, les réfugiés, etc.</p> <p>Dans la région, seulement 15 % des travailleurs pauvres et 25 % des travailleurs en situation de vulnérabilité ont accès chez eux à un ordinateur connecté à l'internet, et seuls 10 % des travailleurs environ ont des compétences moyennes et élevées en informatique, et des compétences en résolution de problèmes dans des environnements à forte composante technologique (160).</p>

RECOMMANDATIONS

Interventions antérieures ou immédiates après la mise en œuvre de la mesure

1. Faciliter l'accès à l'internet et aux ordinateurs pour créer des conditions propices au télétravail à condition que le type de tâche et le poste de travail le permettent (161, 162).
2. Mettre en œuvre des mesures de maintien de l'emploi et des restrictions sur les licenciements massifs (161).
3. Fournir des soins de santé gratuits aux travailleurs informels et à leurs familles, ainsi qu'à ceux qui perdent leur emploi et l'assurance-maladie qui y est associée.
4. Établir un congé de maladie payé en cas d'infection par le virus causant la COVID-19 après exposition au travail, ainsi que dans les cas de quarantaine préventive.
5. Exécuter des interventions complémentaires telles que des subventions monétaires et pour les produits de base pour les travailleurs qui perdent leur emploi et leurs revenus, et en particulier pour les travailleurs informels et leurs familles (6).
6. Assurer l'approvisionnement en produits essentiels (produits alimentaires sains, produits d'hygiène et médicaments de base).

Interventions à court terme

1. Accroître la protection sociale en augmentant la couverture des programmes existants (transversale) ou les montants ou la durée de ces prestations (verticale) afin de compenser la perte de revenus dans la population, en particulier au sein des groupes en situation de vulnérabilité.
2. Fournir une assurance-chômage inclusive et de durée adaptée à la population active au chômage.
3. Fournir de l'information et des recommandations adaptées à la réalité des groupes en situation de vulnérabilité, sur la gestion du stress et la santé mentale, sur la coexistence familiale, la charge des soins prodigués à des tiers, le télétravail et d'autres sujets.
4. Élargir l'accès aux services de consultation téléphonique pour répondre aux besoins en santé mentale (147, 149).
5. Éliminer ou subventionner le paiement des services publics tels que l'eau, l'électricité et le chauffage afin d'assurer que les conditions de base sont présentes pour l'adhésion aux mesures (8).
7. Fournir un soutien pour le paiement du loyer, y compris par des échéanciers, ne pas augmenter le loyer et suspendre les expulsions (6, 95).



D. Fermeture d'écoles

OBSTACLES À L'APPLICATION ET EFFETS INDÉSIRABLES	POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ
<p>• Éducation et apprentissage</p> <p>La fermeture des écoles interrompt la continuité de l'éducation (163), ce qui accroît l'écart éducatif entre les classes sociales (7, 164) car certains groupes de personnes manquent des outils nécessaires à l'apprentissage à distance (ordinateurs, accès à Internet, etc.) (254). En outre, les enfants et les adolescents qui ont un statut socioéconomique inférieur ne bénéficient pas d'un soutien adéquat de la part des enseignants et des membres de leur famille, dont les compétences sont en grande partie limitées (100). Il convient également de noter que l'utilisation de ces technologies virtuelles comme modalités d'apprentissage alternatives peut conduire à de nouveaux types de violence, tels que la cyberviolence (139, 165).</p> <p>• Risque psychosocial et environnement</p> <p>La fermeture d'écoles, qui agissent normalement comme un mécanisme de protection contre la violence, augmente le risque de violence (166, 167). Étant donné que, dans une situation d'apprentissage à domicile, les soins et l'aide pédagogique entraînent une charge supplémentaire de soins pour les parents, et en particulier pour les femmes, le stress à la maison et la tension dans les relations familiales augmentent à leur tour. Il peut s'ensuivre des comportements dysfonctionnels et même un risque accru de violence domestique.</p> <p>La fermeture des écoles provoque un manque de structure et de stimulation chez les mineurs, ce qui réduit les possibilités d'obtenir un soutien social pour le bien-être mental (120). En outre, les enfants confrontés à une privation extrême peuvent éprouver un stress aigu, ce qui nuit à leur développement cognitif et cause des problèmes de santé mentale à long terme (168, 122).</p> <p>• Inégalité des sexes et fardeau de soins</p> <p>Les soins et le soutien dans les études à domicile imposent une charge supplémentaire d'attention qui incombe souvent aux femmes, ce qui accroît le stress à la maison, en particulier sur les femmes qui travaillent ou les parents qui prennent soin des enfants (124).</p> <p>• Prestation et approvisionnements de services essentiels</p> <p>La fermeture des écoles entraîne la suspension de certains services de soutien social, tels que l'approvisionnement alimentaire (169), le soutien psychosocial et d'autres programmes de protection et de santé (170, 182).</p>	<p>Les populations les plus touchées par cette mesure seraient 171 millions d'élèves (100) et leurs familles. Les personnes en situation socio-économique précaire seraient particulièrement touchées, car on estime que moins de 30 % des ménages d'Amérique latine en situation de vulnérabilité ont accès à un ordinateur (171).</p> <p>85 millions d'enfants de la région qui reçoivent un petit déjeuner, une collation ou un déjeuner à l'école (169) seraient également particulièrement touchés.</p> <p>Les parents, en particulier les mères, et les enfants à risque de violence.</p> <p>Élèves handicapés (101).</p>

RECOMMANDATIONS
<p>Interventions antérieures ou immédiates après la mise en œuvre de la mesure</p> <ol style="list-style-type: none"> Faciliter l'offre de nourriture en dehors de l'école en remplacement des petits déjeuners et collations offerts à l'école (97, 172, 173, 174). Soutenir les familles et les écoles en fournissant des outils pour l'apprentissage à distance (connectivité, équipement, etc.) (172, 175, 176) Proposer d'autres formes d'apprentissage (p. ex. apprentissage à distance, conseils du personnel de la bibliothèque ou des frères et sœurs aînés, ou réseaux d'amis par téléphone) (101, 175, 177, 178). Faciliter la continuité des programmes de soutien psychosocial scolaire grâce au suivi par téléphone ou en mode virtuel et établir des stratégies pour prévenir le harcèlement en ligne (139, 167, 179, 180). Promouvoir des mesures visant à faciliter l'établissement d'un équilibre entre les responsabilités des travailleurs en matière de soins et le travail rémunéré. Par exemple, aménager et conserver d'autres espaces d'accueil ouverts, tels que des centres de séjour ou des écoles avec des mesures d'hygiène et de distanciation physique strictes pour la prise en charge des enfants des travailleurs essentiels en fonction de la phase de la pandémie (124, 101, 172). Aménager des espaces virtuels de dialogue avec les parents, les enseignants et les élèves pour discuter des options disponibles après la fermeture des écoles en ce qui concerne la continuité des programmes scolaires, l'enseignement à domicile, les soins, etc. (172). <p>Interventions à court terme</p> <ol style="list-style-type: none"> Renforcer les compétences des enseignants et des écoles, en fournissant le soutien technique dont ils ont besoin pour l'élaboration de stratégies d'enseignement à distance qui tiennent compte de la situation socioéconomique des élèves (177). Concentrer et canaliser le soutien au bénéfice des mineurs en situation de vulnérabilité pour cause de mauvais traitements, de négligence, de violence, etc., y compris les mineurs vivants avec un handicap (98, 122, 139). Fournir de l'information, des recommandations et des options pour la gestion du stress et la santé mentale des mineurs et de leurs familles qui soient adaptées à la réalité des groupes en situation de vulnérabilité (120, 181, 182). Fournir un soutien pour un partage équitable de la charge des soins entre les hommes et les femmes par le biais de la sensibilisation au moyen de campagnes de promotion de la participation des garçons et des hommes adultes afin de s'assurer qu'ils participent aux tâches ménagères (183).

E. Espaces clos (maisons de retraite, centres de quarantaine, prisons, établissements de soins de longue durée, auberges, etc.)

E.1. Centres de soins de longue durée

OBSTACLES À L'APPLICATION ET EFFETS INDÉSIRABLES	POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Conditions matérielles d'habitabilité des centres <p>Les conditions de précarité et de surpopulation dans lesquelles se trouvent les centres de soins de longue durée tels que les auberges, les maisons de retraite et autres institutions constituent un obstacle à la mise en œuvre de mesures de distanciation physique et de lavage des mains avec du savon et de l'eau (3, 14, 115).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque psychosocial et environnement <p>L'absence de contact avec les membres de la famille et les réseaux de soutien favorise la distanciation physique mais entraîne un isolement accru, ce qui entraîne une augmentation des situations d'abus, de violence et d'augmentation des maladies mentales comme le stress, l'anxiété et la dépression, entre autres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité et continuité des soins de santé <p>Les centres de soins de longue durée tels que les maisons de retraites et les centres d'accueil pour enfants ne sont pas reliés au réseau de santé publique ou aux services de santé, de sorte qu'il existe un obstacle à l'accès au traitement, à la surveillance, à la traçabilité et à l'isolement des cas au sein de ces établissements. Cette situation augmente le risque de contagion tant pour les habitants que pour les travailleurs essentiels.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Droits de l'homme <p>Ces mesures ont restreint les droits des personnes, en particulier celles qui vivent dans des centres de soins de longue durée dans des conditions précaires, où la distanciation physique est difficile à maintenir, et où les visites familiales sont limitées. Les mesures peuvent conduire à des situations d'abus et de violation des droits, en particulier dans les groupes de population qui possèdent le moins de pouvoir et en ont un exercice limité, tels que les personnes âgées, les personnes handicapées, les enfants, etc. (184, 185).</p>	<p>La population résidant dans des centres de soins de longue durée (186), comme les personnes âgées, serait la plus touchée par cette mesure. Par exemple, aux États-Unis d'Amérique, 4,5 % des personnes âgées (environ 1,5 million de personnes) vivent dans des maisons de retraite (187).</p> <p>Les personnes handicapées ou sous tutelle non parentale, par exemple qui relèvent de l'appareil judiciaire, comme les enfants et les adolescents.</p>

RECOMMANDATIONS
<p>Interventions antérieures ou immédiates après la mise en œuvre de la mesure</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier les mineurs qui sont en situation de vulnérabilité parce qu'ils risquent de faire l'objet de maltraitance ou d'abus ou de vivre en situation de surpopulation, et leur fournir un soutien (136, 188). 2. Établir et assurer la distanciation physique dans ces établissements (136, 189). 3. Faciliter le lavage fréquent des mains avec du savon et de l'eau et désinfecter régulièrement les locaux (136, 190, 191). 4. Restreindre les visites et établir d'autres moyens de contact, comme l'utilisation du téléphone ou la vidéoconférence avec les familles et les proches (136). 5. Former les responsables des maisons de retraite, des centres de réhabilitation et des institutions de soins de longue durée, ainsi que les personnes vivant dans ces établissements, sur l'importance des mesures de protection personnelle et de distanciation physique, en mettant particulièrement l'accent sur les personnes âgées qui ont un risque élevé de mortalité (136, 191). 6. Élaborer des procédures rapides pour le retour des personnes qui reçoivent des soins alternatifs (mineurs, personnes handicapées) au sein de leur famille et de leur communauté. La réinsertion de ces personnes devrait être une priorité dans la mesure du possible (101, 136, 184, 185, 188). <p>Interventions à court terme</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Veiller à ce que les institutions de soins de longue durée pour les personnes âgées aient des politiques et des procédures de réponse à la violence (136, 139). 2. Améliorer le soutien psychologique pour les personnes dans les centres de soins de longue durée (136, 188, 191). 3. Fournir des conseils aux maisons de retraite, aux foyers d'accueil et autres établissements afin de faciliter le soutien continu aux survivants de la violence et aux personnes à risque (192).

E.2. Centres clos sous mandat judiciaire

OBSTACLES À L'APPLICATION ET EFFETS INDÉSIRABLES	POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Conditions matérielles d'habitabilité, y compris les infrastructures de la localité <p>Les conditions de précarité et de surpopulation dans lesquelles se trouvent les centres clos qui sont sous mandat judiciaire entravent la mise en œuvre de mesures de distanciation physique et de lavage des mains avec du savon et de l'eau (100).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertinence culturelle <p>Le manque de pertinence culturelle et de respect des cérémonies et des rites ancestraux (193), l'absence d'interprètes dans les centres et le manque d'adaptation des messages de prévention dans les langues correspondantes sont des obstacles à la bonne mise en œuvre des mesures.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque psychosocial et environnement <p>L'absence de contact avec les membres de la famille et les réseaux de soutien entraîne un isolement et une vulnérabilité accrues face aux situations d'abus, de violence et de maladies mentales. De plus, les canaux de soutien en santé mentale et de suivi font souvent défaut.¹³</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité et continuité des soins de santé <p>Les prisons étant rarement liées au réseau de santé publique, il existe un obstacle à l'accès, au traitement, au suivi, à la traçabilité et à l'isolement des cas au sein des établissements, ce qui accroît le risque de contagion tant pour les détenus que pour les travailleurs essentiels.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Droits de l'homme <p>Les mesures ont restreint les droits des individus, en particulier ceux qui vivent dans des centres sous mandat judiciaire, dans des conditions précaires, avec des difficultés pour maintenir la distanciation physique, des limitations des visites familiales et des avocats, ainsi que des limitations dans le suivi, le dépistage et l'isolement des cas, ce qui peut favoriser des situations d'abus et de violation des droits. Les personnes qui attendent de recevoir leur sentence pénale, ou celles détenues dans des centres d'immigration, confinées dans des espaces clos dans des conditions inadéquates (68, 194) ont également été touchées. Enfin, il est nécessaire de mettre en exergue les populations autochtones dans les centres sous mandat judiciaire, qui subissent une discrimination au moment de recevoir des soins de santé (195).</p>	<p>Les personnes les plus touchées seraient celles qui se trouvent en prison ou en centre de rétention (186) (migrants, réfugiés, populations autochtones, etc.). On estime que 1,7 million de personnes (196) vivent dans des prisons, avec un taux d'occupation de 200 % en Amérique latine (67).</p>

RECOMMANDATIONS
<p>Interventions antérieures ou immédiates après la mise en œuvre de la mesure</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Établir et assurer la distanciation physique dans les activités institutionnelles. 2. Faciliter le lavage fréquent des mains avec du savon et de l'eau et désinfecter régulièrement les locaux (197). 3. Restreindre les visites et établir d'autres moyens de contact, comme l'utilisation du téléphone ou la vidéoconférence avec les familles, les proches et les avocats (66). 4. Former les responsables et les personnes vivant dans ces centres sur l'importance des mesures de protection personnelle et de distanciation physique, en mettant particulièrement l'accent sur les personnes âgées qui ont un risque élevé de mortalité (66). 5. Améliorer le soutien psychologique des personnes en prison, pour les adultes aussi bien que pour les jeunes (136). <p>Interventions à court terme</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Décongestionner les prisons et fournir des solutions de substitution à l'incarcération pour les détenus qui ont commis des infractions mineures et non violentes, ceux qui sont sur le point de purger leur peine et ceux qui sont en détention provisoire¹⁴ ou administrative. Une attention particulière devrait être accordée aux personnes âgées et aux personnes atteintes de maladies chroniques ou respiratoires, en veillant au respect des droits de l'homme (67, 198, 67). 2. Chercher des solutions de remplacement pour les personnes détenues pour des raisons d'immigration et de statut s'y rapportant, en assurant le respect des droits de l'homme (66). 3. Veiller à ce que les prisons disposent de politiques et de procédures pour répondre à la violence (136).

13 En prison, il est plus probable de trouver des personnes atteintes de troubles mentaux, qui touchent neuf détenus sur dix, qui sont quatre à six fois plus susceptibles que la population générale de souffrir de troubles psychotiques et de dépression sévère, et ont 10 fois plus de chances de souffrir d'un trouble de la personnalité. Sources : Andersen HS. Mental Health in Prison Populations. A review—with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. Acta Psychiatr Scand: 110 (Suppl. 424): 5-59; 2004; Saavedra J, López, J. Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. Rev Psiquiatr Salud Men; 2013; Mundt A, Alvarado R, Fritsch R, Poblete C, Villagra C, Kastner S, Priebe S. Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons. PLOS One. 8(7): e69109; 2013; Brugha T, Singleton N, Bebbington P, Farrell M, Coid J, Fryers T, Melzer D, Lewis G. Psychosis in the Community and in Prisons: A Report From the British National Survey of Psychiatric Morbidity. American Journal of Psychiatry. 162:774-780; 2005.

14 Sont concernés 37 % des détenus en Amérique latine et dans les Caraïbes. Source : Vivanco JM, Acebes CM. Cómo evitar que las cárceles de América Latina se conviertan en una incubadora del coronavirus. The New York Times; 2020. Disponible sur <https://www.nytimes.com/es/2020/05/21/espanol/opinion/prisiones-covid.html>.

F. Limitation des rassemblements et des grandes manifestations (événements culturels, sportifs, sociaux, religieux et politiques)

OBSTACLES À L'APPLICATION ET EFFETS INDÉSIRABLES	POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Pertinence culturelle <p>L'interruption des activités religieuses, pratiques ou rites ancestraux qui occasionnent des rassemblements entrave l'application de la mesure en raison de la nécessité de poursuivre les coutumes et les célébrations des communautés. Dans le cas des rites ancestraux, cette mesure peut affecter le sentiment d'identité et de cohésion sociale de la communauté, entre autres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque psychosocial et environnement <p>Le manque d'activités culturelles peut entraîner une détérioration du bien-être affectif et un affaiblissement des réseaux sociaux et de la cohésion sociale. En outre, la fermeture des espaces sportifs et culturels entraîne une réduction de l'activité physique qui, en plus du confinement, entraîne une augmentation des pratiques nuisibles pour la santé (14).</p> <p>D'autre part, dans le cas des funérailles, où, en plus de la douleur suscitée par la perte d'un être cher, les protocoles d'adieu traditionnels ne peuvent être suivis, on constate une augmentation de la prévalence de la dépression dans la population.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revenus et emploi <p>Des mesures restrictives ont empêché les réunions dans les domaines de la culture, de la politique, des activités religieuses, des sports et des loisirs dans les parcs. Cela a eu un impact important sur les travailleurs de la culture, qui ont subi une perte importante d'emplois et de revenus (26, 199).</p>	<p>Les personnes les plus touchées sont celles qui résident dans des quartiers sans espaces ni activités de loisirs, la population religieuse qui assiste régulièrement aux messes, la population autochtone qui exécute des cérémonies et des rites ancestraux et les groupes qui participent aux fêtes culturelles de la communauté, de la localité ou du pays.</p>

RECOMMANDATIONS
<p>Interventions antérieures ou immédiates après la mise en œuvre de la mesure</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faciliter des conditions de vie saines au moyen de la promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine, par des canaux de communication comme la télévision, la radio ou l'internet, etc. 2. Observer la célébration des pratiques ou rites spirituels de manière virtuelle à travers les différents canaux de communication (télévision, radio, internet), en incluant les personnes handicapées (200). 3. Faciliter la diffusion de contenus culturels et d'alternatives virtuelles pour les événements culturels, sociaux et religieux à travers les grands médias et les réseaux sociaux (199, 201). <p>Interventions à court terme</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Veiller à ce que les travailleurs de l'industrie culturelle et artistique du pays et leurs familles aient accès à des aliments sains, à des médicaments et à des services de base tels que l'eau, la lumière électrique, l'assainissement et les services internet, cherchant à créer du contenu culturel et des loisirs par des moyens de substitution (199).

G. Restrictions dans les transports en commun

OBSTACLES À L'APPLICATION ET EFFETS INDÉSIRABLES	POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Revenus et emploi <p>Le fait de limiter la mobilité des travailleurs essentiels et du secteur informel peut entraîner une perte d'emplois et de revenus en raison de l'impossibilité de se rendre au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestation de services et approvisionnements essentiels <p>La restriction des transports a rendu difficile le déplacement vers des lieux de travail essentiels comme les magasins d'alimentation, les pharmacies et les hôpitaux, entre autres. En outre, ceux qui vivent dans des zones éloignées de leur lieu de travail et qui n'ont pas de transport personnel effectuent de longs trajets dans les transports en commun, ce qui entraîne un risque d'exposition et de contagion en raison de la situation d'entassement et d'aération limitée (202, 203).</p> <p>Dans le même temps, comme la disponibilité des transports publics est limitée, ceux-ci peuvent arriver à saturation, comme c'est le cas dans les espaces publics associés aux transports (arrêts, billetterie, etc.), qui deviennent des espaces de risque de rassemblement et de transmission (202, 203).</p> <p>Dans certaines villes, on a observé une augmentation de l'utilisation des transports informels, où la mise en œuvre et le respect des mesures de sécurité et d'hygiène sont moindres, ainsi qu'une diminution du contrôle (204).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité et continuité des soins de santé <p>Cette mesure entrave la mobilité vers les services de santé, y compris pour les travailleurs de la santé.</p>	<p>Les personnes les plus durablement touchées seraient les travailleurs de l'économie informelle, les travailleurs essentiels, les migrants, les populations autochtones et les personnes vivant dans des zones marginalisées ou des établissements informels, entre autres.</p>

RECOMMANDATIONS
<p>Interventions antérieures ou immédiates après la mise en œuvre de la mesure</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Donner la priorité à la continuité des modes de transport utilisés par les groupes en situation de vulnérabilité, en particulier dans les zones les plus éloignées (205). 2. Assurer la disponibilité d'un transport sûr¹⁵ pour ceux qui ont besoin de se rendre sur leur lieu de travail et d'accéder aux services essentiels (204, 206-208). 3. Faciliter la distanciation physique dans les espaces critiques liés aux transports publics, tels que les arrêts de bus, les gares, les voies piétonnes et les véhicules eux-mêmes (bus, métro, trains, etc.), entre autres (209, 210). 4. Réduire le temps passé dans les transports en commun (pas plus de 30 minutes), limiter le nombre de passagers et assurer une aération adéquate des véhicules pour contribuer à réduire la contagion (204, 210). 5. Faciliter l'utilisation de moyens de paiement de substitution à l'utilisation de l'argent comptant (204). 6. Faciliter les options de lavage des mains et les mesures d'hygiène régulières dans les arrêts d'autobus, de métro et les stations de train en assurant l'accessibilité aux personnes handicapées (101, 203, 205, 211). 7. Transmettre des messages clairs et faciliter le respect des mesures de distanciation physique et de protection personnelle (206, 212). <p>Interventions à court terme</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faciliter et promouvoir le dialogue avec la communauté afin d'identifier les zones qui ont le plus besoin de transports publics et les itinéraires prioritaires (213). 2. Faciliter l'accessibilité et l'utilisation d'autres moyens de transport et de mobilité en développant les voies cyclables et en facilitant la mobilité des piétons (204, 205, 214).

15 Qui respecte les mesures d'assainissement et d'hygiène liées à la COVID-19.

H. Lavage des mains avec de l'eau et du savon

OBSTACLES À L'APPLICATION	POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Conditions matérielles d'habitabilité, y compris les infrastructures des quartiers et foyers <p>Le principal obstacle à une pratique adéquate et suffisamment régulière du lavage des mains est l'absence ou la disponibilité limitée de l'eau dans les maisons, les territoires et les espaces publics (102, 207). Cette situation peut être due à l'absence d'un réseau de distribution d'eau tant dans les quartiers que dans les foyers (disponibilité), aux difficultés à payer le service (financement), à la pénurie d'eau sur le territoire (sécheresse) et à l'absence de lavabos publics ou d'aménagements pour la population handicapée (accessibilité) (101, 215). Un autre obstacle à l'application de la mesure est que tout le monde n'a pas accès au savon ou à des produits de remplacement (30).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertinence culturelle <p>Le manque de pertinence sociale et culturelle des messages sur le lavage des mains avec du savon et de l'eau et l'absence de solutions de remplacement constituent un obstacle à la mise en œuvre et à l'exécution de cette mesure. C'est le cas des groupes de population qui manquent d'eau et des communautés qui ont l'habitude d'employer des produits de remplacement du savon (78).</p>	<p>On estime à 64 millions le nombre de personnes dans la région qui n'ont pas encore d'installations de lavage des mains de base avec du savon et de l'eau à la maison (216). Les personnes les plus touchées par cette mesure sont celles qui vivent dans des établissements informels, des zones rurales éloignées, des zones de sécheresse, des logements inadéquats ou sont sans domicile, ainsi que des groupes de personnes à faible revenu, des personnes handicapées (101) et des populations autochtones dans leurs communautés.</p>

RECOMMANDATIONS
<p>Interventions antérieures ou immédiates après la mise en œuvre de la mesure</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assurer un volume quotidien minimum d'eau potable pour tous les ménages en situation de vulnérabilité qui ne sont pas branchés sur le réseau d'approvisionnement, par le biais de solutions non conventionnelles (par exemple, distribution d'eau à domicile ou dans des sites communautaires spécifiques, camions-citernes, kiosques d'eau, etc.), tout en maintenant constamment la distanciation sociale (collecter l'eau en maintenant un espacement d'au moins 1 mètre) (104). 2. Assurer l'accessibilité et la disponibilité de l'eau à domicile, dans les quartiers et les territoires en fournissant des informations et des conseils sur d'autres formes de collecte de l'eau (99, 101, 207, 217). 3. Établir une consommation minimale vitale qui soit gratuite pour les familles, en anticipant une consommation accrue en raison de l'augmentation de l'hygiène et du confinement de nombreuses personnes à domicile (99, 217). 4. Fournir des stations de lavage des mains gratuites à l'ensemble de la population, équipées d'eau potable et de savon, dans tous les espaces publics et aux points critiques, tout en assurant l'accessibilité pour les personnes handicapées (99, 217). <p>Interventions à court terme</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faciliter l'approvisionnement en eau par des moyens externes et en cas de suspension des paiements (99).



I. Gestion territoriale des mesures de santé publique

Bon nombre des problèmes qui affectent les populations en situation de vulnérabilité s'accumulent au niveau du territoire, comme au niveau des établissements urbains informels, des zones urbaines à forte densité de population, des zones rurales éloignées et des territoires autochtones (51). Par conséquent, les conditions prévalant dans les territoires ont un effet significatif sur l'application adéquate des mesures de santé publique.

Les problèmes liés au territoire comprennent le manque de disponibilité régulière de l'eau, la réduction des espaces verts, le risque constitué par les rassemblements, de même que la disponibilité et l'accessibilité insuffisantes des services essentiels (services de santé, aliments sains, produits d'hygiène et de désinfection, etc.) et d'autres services de soutien. Les administrations locales jouent un rôle clé (218) dans la coordination territoriale et le soutien aux communautés organisées par l'intermédiaire de dirigeants communautaires, d'organisations de la société civile et d'autres groupes.

RECOMMANDATIONS

Gestion et planification locales

1. Établir des stratégies de micro-gestion des espaces publics, en particulier aux points d'accès aux services publics et de loisirs, en particulier pendant les périodes de confinement volontaire et lors du retrait progressif des mesures (207, 104, 219, 220).
2. Mettre en place un système unidirectionnel pour les piétons, en installant des plaques au sol et en érigeant des barrières physiques dans les locaux publics afin de faciliter la distanciation physique (207, 104).
3. Établir des cordons sanitaires et des quarantaines localisées dans les quartiers les plus à risque, tout en assurant l'offre de provisions essentielles (nourriture, médicaments, services de base, etc.) (106, 221, 222).
4. Concevoir des stratégies de livraison sûre des provisions et services (p. ex. corridors de santé publique) (222, 223).
5. Prévoir différents horaires d'accès aux services publics et aux approvisionnements communautaires pour éviter les rassemblements, selon que la situation le permet (104, 224).

Services de base et communautaires

1. Donner la priorité à la prestation des services de base, y compris l'eau, et assurer la disponibilité de ces services dans les établissements informels (99, 104, 207, 225).
2. Aménager des lavabos et assurer qu'ils sont disponibles dans les endroits où l'accès adéquat à l'eau est limité (95, 99, 207).
3. Assurer l'accès aux services de soutien psychosocial et de santé mentale, y compris aux services locaux, aux lignes d'urgence et à d'autres formules à distance, et diffuser des renseignements clés sur les stratégies de résilience (120, 147, 104).

Participation communautaire

1. Faciliter le dialogue local afin d'identifier et d'établir des sites communautaires appropriés pour la quarantaine, l'isolement et la prise en charge des cas, en réorganisant les espaces disposant d'infrastructures adéquates (eau et assainissement, sanitaires, électricité et aération) (226).
2. Faciliter le dialogue local avec les communautés et inclure les autochtones, les personnes handicapées, les femmes, les jeunes et d'autres membres de la population (78, 101, 227).



J. Considérations particulières pour les travailleurs essentiels et pour la continuité des services qu'ils fournissent¹⁶

La continuité des activités liées aux services essentiels expose une partie de la main-d'œuvre et de leurs familles à un **risque accru de contagion**. La situation est particulièrement préoccupante pour les travailleurs essentiels (228), dont le travail consiste à être en contact avec des personnes atteintes de COVID-19, qui, à leur tour, ont des contrats précaires, aucune protection sociale et aucun droit au congé maladie et qui vivent par ailleurs dans des conditions précaires, sans espace pour l'isolement physique à la maison ou qui travaillent dans des entreprises où les mesures de santé publique ne sont pas appliquées de manière adéquate. Cette situation est encore plus grave pour les travailleurs migrants ou en situation irrégulière.

Par exemple, la chaîne de production et de vente alimentaire (p. ex. marchés de gros ou publics) est un foyer de contagion important pour le SRAS-CoV-2 et des flambées épidémiques assorties d'un niveau de létalité élevé ont été rapportées (229-231). Cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'espaces de vente et de consommation d'aliments essentiels où il est habituellement difficile de maintenir la distanciation physique et d'assurer la désinfection et le lavage fréquent des mains. Les caractéristiques des espaces eux-mêmes, ainsi que la culture des acheteurs et du grand public, conduisent à des situations de rassemblement (232-234). Les personnes qui se rendent fréquemment au marché le font parce qu'elles sont pauvres et n'ont pas de réfrigérateurs chez elles. Des flambées ont également été documentées dans la chaîne de production et de transformation des aliments, par exemple dans les usines de traitement de la viande et lors des récoltes, principalement chez les travailleurs migrants (228, 235).

En ce qui concerne la continuité des services essentiels, la recommandation générale est de suivre les lignes directrices spécifiques établies par l'OPS et l'OMS, les gouvernements, les centres de santé et les hôpitaux (236-238).

RECOMMANDATIONS

Pour les travailleurs des secteurs d'activité essentiels

1. Les commerçants qui font partie du groupe à risque établi par le ministère de la santé (plus de 65 ans, patients atteints de maladies chroniques ou immunodéprimés) devraient s'abstenir de participer aux marchés de leurs communes, municipalités, localités, etc., ou, le cas échéant, s'abstenir de servir le public (239).
2. Renforcer et suivre les lignes directrices en matière de santé et de sécurité au travail en utilisant la hiérarchie des contrôles (240-242).¹⁷
3. Assurer la fourniture d'équipement de protection individuelle (240-243).
4. Assurer la propreté et l'hygiène sur les lieux de travail essentiels (240-243).
5. Instaurer la distanciation physique, la désinfection fréquente et la surveillance des mesures de protection personnelle sur le lieu de travail (211, 240).
6. Assurer que les travailleurs bénéficient de protection légale lorsqu'ils s'absentent du lieu de travail pour cause de maladie.
7. Ouvrir des espaces de dialogue avec les travailleurs essentiels, y compris les syndicats, pour identifier leurs préoccupations et leurs besoins en matière de continuité du travail (240).
8. Aménager un espace isolé dans le foyer pour que les travailleurs essentiels minimisent le risque de contagion pour leur famille, ou établir des résidences pour les travailleurs essentiels dont des membres de la famille sont à risque élevé (236).

Charge des soins pour les travailleurs essentiels

1. Soutien supplémentaire à la prise en charge des mineurs (suite à la fermeture des écoles) et des personnes à charge, pour les travailleurs essentiels, en particulier pour les travailleurs de la santé (98).
2. Répartir la charge des soins entre les différents membres du ménage (98, 183).

Pour les clients sur les marchés et dans d'autres lieux d'approvisionnement alimentaire

1. Utiliser des mesures administratives pour limiter le nombre de personnes dans les espaces, par le biais de rendez-vous, de livraisons à domicile, d'horaires flexibles prioritaires pour les groupes à haut risque, etc. (219, 232, 244)
2. Faciliter la distanciation physique aux entrées et dans les couloirs des marchés, entre autres (219).
3. Faciliter l'utilisation de moyens de paiement de substitution à l'utilisation de l'argent comptant.
4. Faciliter les options de lavage des mains et d'hygiène régulière dans les espaces, en tenant compte de l'accessibilité pour les personnes handicapées (233, 234).
5. Transmettre des messages clairs et faciliter le respect des mesures de distanciation physique et de protection personnelle.
6. Empêcher les clients d'avoir un accès direct aux produits pour éviter les manipulations (sacs préemballés, service direct auprès du fournisseur, protection avec du plastique, boîtes préemballées pour certains produits, par exemple un panier de base hebdomadaire) (239, 245).

¹⁶ Les services de santé ne sont pas inclus car ce sujet a été traité en profondeur dans d'autres documents. Pour plus d'informations, voir <https://www.paho.org/es/documentos-tecnicos-ops-enfermedad-por-coronavirus-covid-19#servicios-salud>.

¹⁷ La hiérarchie des contrôles vise à fournir une approche systématique pour accroître la sécurité et la santé au travail, éliminer les dangers et réduire ou contrôler les risques pour la sécurité et la santé au travail. La hiérarchie comprend les phases suivantes, par ordre décroissant d'efficacité : élimination des risques, substitution, contrôles techniques, contrôles administratifs et, en dernier lieu, équipement de protection individuelle. Source : Organisation panaméricaine de la Santé. Prevención y Control de Infecciones COVID-19. Washington, D.C.: OPS; s. f. Disponible sur : https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=download&alias=478-covid-19-paho-stempluk-prevencion-control-infecciones-2020-04-16&category_slug=presentaciones&Itemid=624.

Recommandations plurisectorielles

Dans la mise en œuvre des recommandations, il est essentiel d'assurer la participation de la communauté à la prise de décisions et de fournir des renseignements opportuns aux dirigeants communautaires afin de prévenir la propagation du virus et de protéger les personnes atteintes par la COVID-19. En outre, l'engagement de la société civile en faveur d'une mise en œuvre efficace doit être renforcé. À cette fin, il est primordial d'accompagner les mesures d'une stratégie de communication sur les risques qui tienne compte du contexte social, économique et culturel et des réalités de la population.

a. Recommandations pour la COMMUNICATION SUR LES RISQUES

La **communication sur les risques** est un élément central de la mise en œuvre de chacune des mesures, car elle détermine la façon dont elles sont communiquées et informent la population. Il y a eu des cas où un plan de communication adéquat manquait, où le plan n'a pas été traduit, ni montré la pertinence culturelle nécessaire, en tenant compte des coutumes et des modes de vie de la population, ou n'a pas profité des médias disponibles (254) ou des canaux de communication les plus proches de la population. Tous ces facteurs se traduisent par une mauvaise compréhension des messages et des mesures de santé publique et par un non-respect des mesures parce qu'elles ne sont pas acceptées culturellement. Parfois, l'échec est dû au fait qu'une partie de la population n'a pas reçu les messages.¹⁸ À cause du manque de communication, la communauté ne fait plus confiance aux décideurs qui ne reconnaissent pas le leadership local et communautaire, ce qui entraîne un manque de dialogue de collaboration.

Afin de promouvoir le respect des mesures de santé publique, il est important d'assortir celles-ci de stratégies de communication sur les risques et de messages adaptés aux réalités de chaque groupe de population.

RECOMMANDATIONS PLURISECTORIELLES
<ul style="list-style-type: none"> Fournir à la population des renseignements opportuns, réguliers, précis, faciles à utiliser, appropriés pour le public cible et fiables sur l'état de la pandémie et les mesures de santé publique qui ont été prises ; cela comprend le lieu d'application de la mesure, si elle est située sur un territoire, et la durée d'application de la mesure. L'information sur les mesures devrait être mise à jour périodiquement et répondre aux différents besoins de la population (246). Transmettre régulièrement des messages par différents canaux de communication (radio, télévision, presse, etc.) adaptés au contexte de la population et du territoire ainsi qu'aux personnes ayant des déficiences auditives et visuelles (246, 247). Mettre en œuvre des stratégies de communication sur les risques qui garantissent les droits des personnes, avec des messages clairs adaptés à la réalité des groupes en situation de vulnérabilité, y compris les personnes handicapées et les populations autochtones, entre autres (246-250). Assurer la pertinence culturelle des messages et les adapter aux langues correspondant à chaque pays (78, 248, 251). Travailler avec des personnes influentes et des réseaux communautaires locaux pour fournir de l'information en temps opportun (249). Surveiller les rumeurs, questions et commentaires par des canaux fiables et y répondre (249). Élaborer des stratégies de communication pour contrer les fausses informations (infodémie¹⁹) et la stigmatisation sociale (252). Faciliter la participation des communautés, y compris les communautés autochtones, à l'élaboration de messages et fournir de l'information en temps opportun aux dirigeants communautaires pour protéger les personnes atteintes de COVID-19 (78, 227, 246).

18 L'accès à l'internet à partir d'un appareil mobile varie entre 30 % et 80 % de la population d'un pays à l'autre. Source : Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. El desafío social en tiempos del COVID-19. Santiago de Chile: CEPAL; 2020. Disponible sur <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45527-desafio-social-tiempos-covid-19>.

19 L'infodémie signifie une information disponible en quantité si excessive (tantôt correcte, tantôt inexacte) qu'il est difficile de trouver des sources et des conseils fiables quand on en a besoin. Source : Organisation panaméricaine de la Santé. Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52053>.

b. Recommandations visant à faciliter LA PARTICIPATION SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE

Un autre aspect crucial de la lutte contre les inégalités exacerbées par la pandémie est la participation sociale et communautaire aux processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de la riposte à la COVID-19 (107, 100). En excluant la population de tels processus, on retarde et limite le degré d'adhésion aux mesures et on entrave le suivi de celles-ci. À son tour, le manque de participation entraîne une adaptation limitée des mesures dans les localités, une faible pertinence culturelle pour bon nombre d'entre elles et des insuffisances dans les stratégies de communication. En outre, il risque de provoquer un manque de confiance de la communauté vis-à-vis des décideurs (253).

La participation sociale est un principe fondamental pour ce qui est de renforcer la santé et donner à tous les membres de la communauté, sans exception, les moyens d'être des acteurs de premier plan. Elle permet de renforcer les stratégies appropriées et efficaces de préparation, d'intervention et de relèvement, de susciter l'engagement de la communauté, qui est essentiel à la communication sur les risques, de s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination et de faciliter l'adaptation des messages à la réalité communautaire (107), ce qui accroît la capacité de résilience.²⁰ Les réseaux, les organisations et les dirigeants communautaires facilitent l'identification de solutions pratiques, en fonction des besoins des communautés pour stimuler et renforcer les ripostes collectives (93, 254).

RECOMMANDATIONS PLURISECTORIELLES

- Identifier les organismes et les actifs communautaires pour façonner, avec eux, les stratégies de communication sur les risques et l'adaptation des mesures (108, 110, 227).
- Assurer l'inclusion des besoins communautaires dans l'élaboration conjointe de plans de préparation, d'intervention et de relèvement, en tenant compte des principes fondamentaux de l'équité et de la justice sociale (109).
- Faciliter et renforcer l'autonomisation des communautés, promouvoir les réponses communautaires et solidaires qui émanent des organisations face aux besoins non satisfaits de la population (p. ex., au Chili et au Pérou, la mise en place de casseroles communes et de cuisines communautaires ou, au Panama, la livraison de la pêche par les pêcheurs aux familles qui ont perdu leurs revenus (110, 255).
- Fournir et communiquer toutes les informations disponibles, en faisant participer tous les acteurs sociaux : bénévoles, autorités, médias, institutions, etc., pour favoriser une culture d'autoprotection et d'autonomisation des communautés face à l'adversité (108, 110).
- Renforcer les partenariats existants et établir de nouveaux partenariats avec des réseaux communautaires plus larges afin de renforcer la confiance parmi les dirigeants communautaires et au sein des communautés et des principaux groupes en situation de vulnérabilité.
- Renforcer les structures actuelles de gouvernance communautaire et renforcer les capacités des parties prenantes nationales et locales (107, 108).
- Soutenir des groupes de travail communautaires spécifiques pour assurer que la voix de la communauté, en particulier des groupes en situation de vulnérabilité, est prise en compte dans la riposte à la pandémie (108, 110).

c. Recommandations visant à assurer le respect des DROITS DE L'HOMME

Le respect des droits de l'homme doit être une composante centrale de la mise en œuvre des mesures.

RECOMMANDATIONS PLURISECTORIELLES

- Veiller à ce que les mesures restrictives limitant les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels soient conformes aux principes de légalité, de proportionnalité, de nécessité et de temporalité, qu'elles soient fondées sur des données probantes et qu'elles aient pour seul but de préserver la santé publique (250, 256).
- Veiller à ce que les stratégies adoptées tiennent compte des droits de l'homme et en particulier du principe de non-discrimination (247, 257).
- Veiller à ce que les sanctions imposées aux citoyens qui ne respectent pas le confinement, la quarantaine, la fermeture d'entreprises et d'autres mesures soient rationnelles et proportionnées à l'infraction (78, 250).
- Fournir des soins spéciaux aux mineurs en situation de vulnérabilité (pour des raisons de santé mentale, d'invalidité, de surpopulation) qui risquent de faire l'objet d'abus et de négligence (247, 250).
- Privilégier la prestation de services dans les régions éloignées et les établissements informels afin d'assurer la disponibilité des services publics de base, y compris l'eau (207, 225, 250).

20 Les piliers de la résilience communautaire sont la structure sociale cohésive, l'honnêteté au sein du gouvernement, l'identité culturelle, l'estime de soi collective et l'humeur sociale.

d. Recommandations pour le SUIVI ET l'ÉVALUATION des mesures

Un troisième aspect à souligner est le **suivi et l'évaluation des mesures de santé publique** (258, 259). Le suivi de la mise en œuvre des mesures a été insuffisant et n'a fait l'objet d'aucune évaluation rigoureuse des effets de celles-ci (18), ce qui a entraîné une adaptation limitée. En outre, les analyses qui ont été réalisées contiennent peu d'information sur les groupes en situation de vulnérabilité, et la communication des résultats à la communauté et aux administrations locales a été insuffisante.

Le suivi et l'évaluation sont essentiels à la mise en œuvre et à l'adaptation appropriées des mesures par le biais de l'utilisation de données ventilées, d'informations portant sur la perception des mesures au sein de la communauté et de l'analyse de ces informations afin de garantir que les réponses soient efficaces et conformes aux besoins des différentes populations et des différents territoires.

RECOMMANDATIONS PLURISECTORIELLES

- Renforcer la capacité de suivi et évaluation de la mise en œuvre des mesures de santé publique aux niveaux national et local par la collecte de données de conformité au niveau des groupes et des territoires en situation de vulnérabilité (ventilées par sexe, âge, appartenance ethnique, conditions socioéconomiques, lieu géographique et illustrant chaque zone de vulnérabilité décrite dans l'encadré 1) et l'analyse des résultats sur la base de la morbidité et de la mortalité associées à la situation de vulnérabilité (260, 45, 261).
- Renforcer la collecte et l'analyse des données sur les inégalités identifiées dans les mesures de santé publique et identifier les lieux où ces inégalités surgissent ou sont exacerbées (45, 261).

Dans ce cas de figure, il est essentiel de privilégier le suivi des recommandations indiquées et de disposer de fichiers et de renseignements précis sur l'application et les résultats s'y rapportant afin d'en évaluer l'impact. Il serait par ailleurs souhaitable de concevoir des modèles d'étude pour évaluer l'efficacité des recommandations dans les différents contextes où elles sont appliquées.



6. Observations finales

Comme le souligne le rapport de la CEPALC et de l'OPS (4), plusieurs pays d'Amérique latine sont devenus l'épicentre de la pandémie et, en ce qui concerne les cas, figurent au premier rang des statistiques mondiales. La propagation de la COVID-19 dans la région des Amériques a été rapide, et les pays ont pris des mesures de santé publique avec une intensité différente et à des degrés distincts (262). La pandémie a déclenché une crise économique et sociale sans précédent et il a été souligné que si des mesures urgentes ne sont pas prises, elle pourrait se transformer en crise alimentaire, humanitaire et politique.

L'équilibre entre la mise en œuvre des mesures et la « nouvelle normalité », avec la réouverture des entreprises, des lieux de travail et des écoles, réintroduit dans le débat la fausse opposition entre santé et économie. La santé publique est nécessaire pour la reprise après les ravages économiques ; la relance des économies nationales et locales, sans l'application de mesures de santé publique, de tests, de suivi des contacts et d'isolement, peut entraîner une plus forte perturbation de l'économie, rendant ainsi nécessaires de nouvelles quarantaines (263).

Il est impossible de penser à la relance économique sans endiguer d'abord la pandémie. Pour contrer de manière adéquate la pandémie dans toutes ses phases, les politiques sanitaires, sociales et économiques doivent être intégrées, coordonnées, participatives et adaptées à chaque contexte national et infranational, guidées par des principes qui mettent en exergue le fait que la vie, la santé et le bien-être sont primordiaux et sont des conditions préalables à toute relance de l'économie.

Dans ce contexte, les déterminants sociaux et l'équité doivent revêtir la même importance que les mesures de santé publique elles-mêmes et la riposte médicale. Dans cette perspective, le traitement des conditions sociales doit s'inscrire dans la riposte à la pandémie, afin que les conséquences socioéconomiques et les inégalités en matière de santé reçoivent une réponse intégrée de la part du secteur de la santé et d'autres, sans se limiter à l'atténuation des « dommages collatéraux » de la pandémie (44).

Malgré la gravité de la pandémie de COVID-19, cette crise nous offre une opportunité. Les pays ont relégué la responsabilité de la gestion de la pandémie au plus haut échelon gouvernemental tandis que la société et les dirigeants politiques ont reconnu l'importance du travail intersectoriel, de la recherche de nouvelles solutions et de l'innovation dans les interventions, de même que la nécessité de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en matière de santé.

L'heure est venue de s'attaquer aux facteurs structurels des inégalités par l'investissement dans des politiques sociales et économiques inclusives et solidaires, porteuses d'effets favorables sur la santé et le bien-être de la population. L'heure est venue de construire une nouvelle normalité et de travailler à une reprise qui place la santé, la justice sociale et l'équité au cœur du programme d'action politique, vers la construction d'une société où personne n'est laissé pour compte (264, 265). La réduction des inégalités doit être érigée en « axe d'orientation des politiques, de sorte que tout ce qui se fait pendant et après cette crise soit dirigé vers l'édification de sociétés plus égalitaires, solidaires et résilientes » (4).

Références

1. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19. Efectos económicos y sociales. Santiago de Chile: CEPALC; 2020. Disponible sur https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/4/S2000264_es.pdf.
2. Organisation des Nations Unies. A UN framework for the immediate socio-economic response to COVID-19. New York: Nations Unies; 2020. Disponible sur <https://unsdg.un.org/resources/un-framework-immediate-socio-economic-response-covid-19>.
3. Organisation mondiale de la Santé. Public health and social measures for COVID-19 preparedness and response in low capacity and humanitarian settings. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/publications/m/item/public-health-and-social-measures-for-covid-19-preparedness-and-response-in-low-capacity-and-humanitarian-settings>.
4. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Informe COVID-19 CEPAL-OPS. Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPALC; 2020. Disponible sur <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45840-salud-economia-convergencia-necesaria-enfrentar-covid-19-retomar-la-senda>.
5. Organisation des Nations Unies. Informe: El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe. New York: Nations Unies; 2020. Disponible sur https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_covid_lac_spanish.pdf.
6. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. El desafío social en tiempos del COVID-19. Informe Especial COVID-19, núm. 3. Santiago de Chile: CEPALC; 2020. Disponible sur https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325_es.pdf.
7. Programme des Nations Unies pour le développement. COVID-19: El desarrollo humano va camino de retroceder este año por primera vez desde 1990. New York: PNUD; 2020. Disponible sur http://hdr.undp.org/sites/default/files/sp_pr_human_development_on_course_to_decline_for_the_first_time_since_1990_.pdf.
8. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, Organisation internationale du Travail. Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe, núm. 22. El trabajo en tiempos de pandemia: desafíos frente a la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Santiago de Chile: CEPALC; 2020. Disponible sur https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45557/4/S2000307_es.pdf.
9. Buck D, Maguire D. Inequalities in life expectancy: changes over time and implications for policy. Londres: The King's Fund; 2015.
10. Organisation mondiale de la Santé. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020. Genève: OMS; 2020. Disponible sur https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1.
11. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapid Assessment of COVID-19: Impact on NCD Programs in the Region of the Americas. Washington, D.C.: OPS; 2020.
12. Killoran A, Kell, MP. Evidence-based Public Health: Effectiveness and efficiency. Oxford: Oxford University Press; 2009. Chapitre 4: Theory-driven evaluation of public health programmes. Disponible sur <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199563623.001.0001/acprof-9780199563623>.
13. Belcher B, Davel R, Claus R. A refined method for theory-based evaluation of the societal impacts of research. *MethodsX* 7. 2020;100788. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221501612030008X>.
14. Organisation mondiale de la Santé. Overview of Public Health and Social Measures in the Context of COVID-19. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>.
15. Organisation panaméricaine de la Santé. Consideraciones sobre medidas de distanciamiento social y medidas relacionadas con los viajes en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-sobre-medidas-distanciamiento-social-medidas-relacionadas-con-viajes>.
16. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:119-127. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11812811/>.
17. Craig P, Di Ruggiero E, Frohlich KL, Mykhalovskiy E, White M, on behalf of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), National Institute for Health Research (NIHR) Context Guidance Authors Group. Taking account of context in population health intervention research: guidance for producers, users and funders of research. Southampton: NIHR Evaluation, Trials and Studies Coordinating Centre; 2018.

18. Islam N, Sharp SJ, Chowell G, Shabnam S, Kawachi I, Lacey B, Massaro JM, D'Agostino RB, White M. Physical Distancing Interventions and Incidence of Coronavirus Disease 2019: Natural Experiment in 149 Countries. *BMJ*. 2020;370:m2743. Disponible sur <https://doi.org/10.1136/bmj.m2743>.
19. Pablos-Méndez A, Vega J, Petersen Aranguren F, Tabish H, Raviglione MC. Covid-19 in Latin America. *BMJ*. 2020;370:m2939. Disponible sur <https://doi.org/10.1136/bmj.m2939>.
20. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Addressing inequality in times of COVID-19. Rome: FAO; 2020. Disponible sur <http://www.fao.org/3/ca8843en/CA8843EN.pdf>.
21. Shadmi E, Chen S, Dourado I, Faran-Perach I, Furler J, Hango-ma P, et al. Health equity and COVID-19: global perspectives. *International Journal for Equity in Health*. 2020;19, article 104. Disponible sur <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01218-z>.
22. Takian A, Kiani MM, Khanjankhani K. COVID-19 and the need to prioritize health equity and social determinants of health. *International Journal of Public Health*. 2020;65:521-523. Disponible sur <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-020-01398-z>.
23. Robinson C. What Social Distancing? Inner-City Residents Say Harsh Living Conditions Rule out Such Measures. *The Cleaner*; 2020: Lead Stories. Disponible sur <http://jamaica-gleaner.com/article/lead-stories/20200412/what-social-distancing-inner-city-residents-say-harsh-living>.
24. Organisation panaméricaine de la Santé, Organisation mondiale de la Santé. COVID-19 Respuesta de la OPS/OMS. 31 de agosto del 2020. Informe núm. 23. Washington, D.C., Genève: OPS, OMS. Disponible sur https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52658/COVID-19SitRep23_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
25. Olivares M, Goic M, Weintraub G, Covarrubia J, Escobedo Catalán C. El dispar impacto de las cuarentenas en las comunas de la Región Metropolitana. Santiago de Chile: ISCI; 2020. Disponible sur http://ingenieria.uchile.cl/documentos/informe-el-dispar-impacto-de-las-cuarentenas-en-las-comunas-de-la-region-metropolitana_163940_0_1412.pdf.
26. Organisation internationale du Travail. Working from Home: Estimating the worldwide potential. Genève: OIT; 2020. Disponible sur https://www.ilo.org/global/topics/non-standard-employment/publications/WCMS_743447/lang--en/index.htm.
27. Banque mondiale. Disability Inclusion. Washington, D.C.: Banque mondiale; 2020. Disponible sur <https://www.worldbank.org/en/topic/disability>.
28. Cokley R. Coronavirus Proposals Leave the Disability Community Behind. Washington, D.C.: Center for American Progress; 2020. Disponible sur <https://www.americanprogress.org/issues/disability/news/2020/03/27/482378/coronavirus-proposals-leave-disability-community-behind/>.
29. Organisation des Nations Unies. Factsheet on Persons with Disabilities. New York: Nations Unies; 2020. Disponible sur <https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/factsheet-on-persons-with-disabilities.html>.
30. Groupe de travail international pour les affaires autochtones. El mundo indígena. Copenhague: IWGIA; 2017. Disponible sur http://www.iwgia.org/iwgia_files_publications_files/0761_EL_MUNDO_INDIGENA_2017-eb.pdf. Référence dans Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, Fondo Indígena del Abya Yala. Los Pueblos Indígenas ante la pandemia del COVID-19. Primer informe regional. La Paz, FI-LAC y FIAY; 2020. Disponible sur https://indigenascovid19.red/wp-content/uploads/2020/05/FILAC_FIAY_primer-informe-PI_COVID19.pdf.
31. Conseil latinoaméricain des sciences sociales. Dossier Pueblos indígenas mexicanos frente a la pandemia Covid19. Buenos Aires: CLACSO; 2020. Disponible sur <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/05/Haro-2020-Dossier-Indigenas-mexicanos-frente-a-la-pandemia-Covid19.pdf>.
32. Conseil latinoaméricain des sciences sociales. Coronavirus y monoculturalidad: las pandemias para los Pueblos Indígenas. Buenos Aires: CLACSO; 2020. Disponible sur <https://www.clacso.org/coronavirus-y-monoculturalidad-las-pandemias-para-los-pueblos-indigenas/>.
33. Conseil circumpolaire inuit. Ongoing Coronavirus Pandemic Highlights Infrastructure Gaps Across Circumpolar Regions Related to Inuit Health: Demonstrates Strength of Inuit Culture. Juneau: ICC; 2020. Disponible sur <https://www.inuitcircumpolar.com/news/ongoing-coronavirus-pandemic-highlights-infrastructure-gaps-across-circumpolar-regions-related-to-inuit-health-demonstrates-strength-of-inuit-culture/>.
34. Organisation panaméricaine de la Santé. Alerte épidémiologique: COVID-19 en pueblos indígenas en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52609>.
35. Ray R, Rojas F. Inequality during the coronavirus pandemic. Contexts: sociology for the public; 2020. Disponible sur <https://contexts.org/blog/inequality-during-the-coronavirus-pandemic/#catherine>.
36. DeRigne, L, Stoddard-Dare P, Quinn L. Workers without paid sick leave less likely to take time off for illness or injury compared to those with paid sick leave. *Health Affairs*. 2016;35(3):520-527. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26953308/>.

37. Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Guidance note: Addressing the impacts of the covid-19 pandemic on women migrant workers. New York: ONU-Femmes; 2020. Disponible sur <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/guidance-note-addressing-the-impacts-of-the-covid-19-pandemic-on-women-migrant-workers>.
38. Wenham C, Smith J, Morgan R, Gender and COVID-19 Working Group. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *Lancet*. 2020;395(10227):846-848. Disponible sur [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30526-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30526-2/fulltext).
39. Banque mondiale. COVID-19 Crisis through a Migration Lens. Migration and Development Brief 32. Washington, D.C.: Banque mondiale; 2020. Disponible sur <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33634/COVID-19-Crisis-Through-a-Migration-Lens.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
40. Global Migration Group. Migration, Remittances and Financial Inclusion: Challenges and Opportunities for Women's Economic Empowerment. Roma: GMG; 2017. Disponible sur https://globalmigrationgroup.org/system/files/GMG_Report_Remittances_and_Financial_Inclusion_updated_27_July.pdf.
41. Abrams EM, Szefer SJ. COVID-19 and the impact of social determinants of health. *Lancet Respir Med*. 2020;8(7):659-661. Disponible sur [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30234-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30234-4/fulltext).
42. Jani A. Preparing for COVID-19's aftermath: simple steps to address social determinants of health. *J R Soc Med*. 2020;113(6):205-207. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32314660/>.
43. Patel JA, Nielsen FBH, Badiani AA, Assi S, Unadkat VA, Patel B, et al. Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *The RS Public Health*. 2020;183:110-111.
44. Prasad V, Sri BS, Gaitonde R. Bridging a false dichotomy in the COVID-19 response: a public health approach to the 'lockdown' debate. *BMJ Global Health*. 2020;5:e002909. Disponible sur <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/6/e002909.full.pdf>.
45. Banque mondiale. New frontiers of social policy, inclusion matters: the foundation for shared prosperity. Washington, D.C.: Banque mondiale; 2013.
46. Porta M. Dictionary of Epidemiology. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2014.
47. Frohlich, Katherine & Potvin, Louise. (2008). The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. *American journal of public health*. 98. 216-21. 10.2105/AJPH.2007.114777.
48. Araujo R. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Novedades en población Rev Nov Pob*. 2015;11(21). Disponible sur http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000100007.
49. Kim S., Bostwick W. Social Vulnerability and Racial Inequality in COVID-19 Deaths in Chicago. *Health Education & Behavior*. 2020;47(4):509-513. Disponible sur <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1090198120929677>.
50. Ortiz C, Di Virgilio MM. Laboratorios de Vivienda (LAVs). Asentamientos precarios y vivienda social: impactos de la Covid-19 y respuestas. n. p.: UHPH; 2020. Disponible sur https://www.uhph.org/sites/all/files/images/file/lav_impactos_de_la_crisis_del_covid-19_en_aaii_130420.pdf.
51. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper of the Commission on Social Determinants of Health. Genève: OMS; 2010.
52. Bambra C, Riordan R, Ford J, et al. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2020;0:1-5. Disponible sur <https://jech.bmj.com/content/jech/early/2020/06/13/jech-2020-214401.full.pdf>.
53. Chen JT, Krieger N. Revealing the unequal burden of COVID-19 by income, race/ethnicity, and household crowding: US county vs ZIP code analyses. Working Paper Series 21;19(1). Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies; 2020. Disponible sur <https://tinyurl.com/ya44we2r>.
54. Berkowitz SA, Wiley Cené, and Avik Chatterjee. Covid-19 and Health Equity: Time to Think Big. *New England Journal of Medicine*. 2020; 0383(12):e76(1)-e76(3). Disponible sur <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2021209?articleTools=true>.
55. Altamirano, A, Azuara O, González S. ¿Cómo impactará la COVID-19 al empleo? Posibles escenarios para América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: BID; 2020.
56. Organisation internationale du Travail. Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture. Troisième édition. Genève: OMS; 2018. Disponible sur https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_626831/lang-en/index.htm.
57. Organisation de coopération et de développement économiques. COVID-19 in Latin America and the Caribbean: Regional socio-economic implications and policy priorities. Paris: OCDE; 2020. Disponible sur <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-in-latin-america-and-the-caribbean-regional-socio-economic-implications-and-policy-priorities-93a64fde/>.
58. Wacquant, L. Castigar a los pobres: el gobierno neoliberal de la inseguridad social. Barcelona: Gedisa; 2010. Wacquant, L. Toward a Dictatorship Over the Poor? *Notes on the Penalization of Poverty in Brazil*. *Punishment & Society*. 2003;5(2):197-205. Disponible sur <https://doi.org/10.1177/146247450352004>.
59. Almeda Samaranch E, Di Nella D. Mujeres y cárceles en América Latina: perspectivas críticas y feministas. *Revista de Sociología*. 2017;102(2):183-214.
60. Droppelmann Roepke C, Trajtemberg N. Inequality and crime in Latin America. In: Anand PB, Fennell S, Comim F, eds. *The Oxford Handbook of BRICS and Emerging Economies*. Oxford: Oxford University Press; [sous presse].

61. Andersen HS. Mental Health in Prison Populations. A review, with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;110(s424):5-59.
62. Saavedra J, López M. Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios *Revista Psiquiatría y Salud Mental (Barc.)*. 2015; 8(4):224-231. Disponible sur: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-riesgo-suicidio-hombres-internalos-con-51888989113000839>
63. Mundt AP, Alvarado R, Fritsch R, Poblete C, Villagra C, Kastner S, et al. Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons. *PLoS One*. 2013;8(7): e69109. Disponible sur [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718830/#:~:text=Prevalence%20rates%20were%2012.2%25%20\(95,\)%20for%20non%20affective%20psychoses](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718830/#:~:text=Prevalence%20rates%20were%2012.2%25%20(95,)%20for%20non%20affective%20psychoses).
64. Brugha T, Singleton N, Bebbington P, Farrell M, Coid J, Fryers T, et al. Psychosis in the Community and in Prisons: A Report From the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *American Journal of Psychiatry*; 2005 (162):774-780.
65. Enggist S, Møller L, Galea G, Udesen C. Prisons and Health. Genève: OMS; 2014. Disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/128603>.
66. Organisation mondiale de la Santé. Preparedness, prevention and control of COVID-10 in prisons and other places of detention. Interim Guidance. Copenhagen: Bureau régional de l'Europe de l'OMS; 2020. Disponible sur https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/434026/Preparedness-prevention-and-control-of-COVID-19-in-prisons.pdf.
67. Sociedad de Criminología Latinoamericana. Los efectos del Coronavirus en las cárceles de Latino América. SOCLA; 2020. Disponible sur <https://criminologialatam.wordpress.com/2020/06/12/efectos-del-covid-19-carceles-de-latino-america/>.
68. Prison Insider. Cartografía del coronavirus en prisión. n. p.: Prison Insider; 2020. Disponible sur <https://www.prison-insider.com/es/articles/cartographie-du-coronavirus-en-prison>.
69. Novoa R. Intento de fuga se registró en la cárcel Santiago 1. ADN Radio; 2020. Disponible sur <https://www.adnradio.cl/nacional/2020/03/19/incidentes-se-registran-en-carcel-santiago-1.html>.
70. Tully T. 1,000 Inmates Will Be Released From N.J. Jails to Curb Coronavirus Risk. *The New York Times*; 2020. Disponible sur <https://www.nytimes.com/2020/03/23/nyregion/coronavirus-nj-inmates-release.html>.
71. Hafezi P. Irán libera temporalmente a 85.000 reos, incluidos presos políticos, por crisis de coronavirus. *Infobae*; 2020. Disponible sur <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/03/17/iran-libera-temporalmente-a-85000-reos-incluidos-presos-politicos-por-crisis-de-coronavirus/>.
72. Fuga masiva en cárceles de Brasil tras medidas ante el COVID-19. *CNN Chile*; 2020. Disponible sur https://www.cnnchile.com/coronavirus/fuga-masiva-en-carceles-de-brasil-tras-medidas-ante-el-covid-19_20200317/.
73. Seis muertos, motines y fugas en las cárceles de Italia por el coronavirus. *Heraldo*; 2020. Disponible sur <https://www.heraldo.es/noticias/internacional/2020/03/09/fuga-masiva-de-unacarcel-de-italia-y-revuelto-en-una-treintena-mas-por-las-medidas-contra-el-coronavirus-1362991.html>.
74. Blandón Ramírez D. Presos de distintas partes del mundo se amotinaron por temor al coronavirus. *France 24*; 2020. Disponible sur <https://www.france24.com/es/20200322-coronavirus-presos-carceles-temor-motines>.
75. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Niños en conflicto con la ley. New York: Unicef; 2020. Disponible sur https://www.unicef.org/spanish/protection/files/FactSheet_conflict_with_law_sp.pdf.
76. Amaral de Oliveira L, Aguiar Arantes R. Neighborhood Effects and Urban Inequalities: The Impact of Covid-19 on the Periphery of Salvador. *Brasil. City & Society*. 2020;32(1). Disponible sur <https://doi.org/10.1111/ciso.12266>.
77. Oxfam. El coronavirus no discrimina, las desigualdades sí. Londres: Oxfam; 2020. Disponible sur <https://www.oxfam.org/en/node/12128>.
78. Organisation panaméricaine de la Santé. Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de la COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52252>.
79. Guan W, Liang W, Zhao Y, Liang H, Chen Z, Li Y, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with covid-19 in China: a nationwide analysis. *Eur Respir J*. 2020;55(5). Disponible sur <https://erj.ersjournals.com/content/early/2020/03/17/13993003.00547-2020>.
80. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Londres: Institute of Health Equity; 2010.
81. Organisation mondiale de la Santé. Note d'information COVID-19 et maladies non transmissibles. Genève: OMS; 2020. Disponible sur [https://www.who.int/docs/default-source/inaugural-who-partners-forum/french-covid-19-and-ncds---published-\(23-march-2020\)-fr.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/inaugural-who-partners-forum/french-covid-19-and-ncds---published-(23-march-2020)-fr.pdf).
82. Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*. 2014;110:10-17.

83. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine*. 2010;71:1610-1619.
84. Organisation panaméricaine de la Santé. Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas. Versión 2. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52529>.
85. Organisation panaméricaine de la Santé. Ongoing Living Update of Potential COVID-19 Therapeutics: summary of rapid systematic reviews. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52672>
86. Organisation mondiale de la Santé. Public health criteria to adjust public health and social measures in the context of COVID-19. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/public-health-criteria-to-adjust-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>.
87. Organisation panaméricaine de la Santé. Nota técnica. La adaptación del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia de COVID-19: intervenciones, modalidades y ámbitos. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52223>.
88. Organisation mondiale de la Santé. Strengthening preparedness for COVID-19 in cities and urban settings: interim guidance for local authorities. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331896>.
89. Marston C, Renedo A, Miles S. Community participation is crucial in a pandemic. *Lancet*. 2020;4:395(10238):P1676-P1678. Disponible sur [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31054-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31054-0.pdf).
90. Organisation mondiale de la Santé. COVID 19 Strategy update. Genève: OMS; 2020. Disponible sur https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19.
91. Organisation mondiale de la Santé. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic. Genève: OMS; 2020. Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331975/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
92. Organisation mondiale de la Santé. Role of community engagement in situations of extensive community transmission of COVID-19. Manille: Bureau régional pour le Pacifique occidental de l'OMS; 2020. Disponible sur <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/14521>.
93. Uriarte Arciniega J de D. La resiliencia comunitaria en situaciones catastróficas y de emergencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD*. 2010;1(1):687-693. Disponible sur <https://core.ac.uk/reader/72045848>.
94. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/cd53-5-f.pdf>.
95. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe. Impacto económico y social. Santiago de Chile: CEPALC; 2020. Disponible sur <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>.
96. Organisation internationale du Travail. COVID-19 crisis and the informal economy. Immediate responses and policy challenges. Genève: OIT; 2020. Disponible sur https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/briefingnote/wcms_743623.pdf.
97. Système d'intégration centraméricaine. La protección social en Costa Rica. San Salvador: SICA; 2020. Disponible sur <https://sisca.int/ocades-text/formacion/1-publicaciones/serie-de-infografias/desarrollo-proteccion-e-inclusion-social/covid-19-medidas-implementadas-por-los-paises-de-la-region-sica/1196-medidas-implementadas-en-costa-rica-ante-la-crisis-por-la-covid-19/file>.
98. CARE, Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Latin America and the Caribbean Rapid Gender Analysis for COVID-19. New York: CARE, ONU-Mujeres; 2020. Disponible sur https://www.care-international.org/files/files/enlac_rga_report_english_final_junio2_1comprimido.pdf.
99. Organisation panaméricaine de la Santé. Recomendaciones para ampliar el acceso para el lavado de manos y su uso apropiado. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52065>.
100. Organisation des Nations Unies. Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Latin America and the Caribbean. New York: Nations Unies; 2020. Disponible sur https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_covid_lac.pdf.
101. Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, Fondo Indígena del Abya Yala. Los Pueblos Indígenas ante la pandemia del COVID-19. Primer informe regional. La Paz, FILAC y FIAY; 2020. Disponible sur https://indigenascovid19.red/wp-content/uploads/2020/05/FILAC_FIAY_primer-informe-PI_COVID19.pdf.
102. Castro A. Respuesta a la pandemia de COVID-19 en poblaciones urbano-marginales y rurales de América Latina. 2020 Jul 15. In: Programme des Nations Unies pour le développement. Blog PNUD Amérique latine et Caraïbes. New York: PNUD; 2020. Weblog [en ligne]. Disponible sur <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/respuesta-a-la-pandemia-de-covid-19-en-poblaciones-urbano-margin.html>.

103. Organisation mondiale de la Santé. Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts. Genève: OMS; 2020. Disponible sur [https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts).
104. Comité permanent interorganisations. Interim guidance on public health and social measures for COVID-19 preparedness and response in low capacity and humanitarian settings. Version 1. Genève: IASC; 2020. Disponible sur https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-06/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20Public%20Health%20Measures%20for%20COVID-19%20in%20Low%20Capacity%20and%20Humanitarian%20Settings_For%20circulation.pdf.
105. Organisation mondiale de la Santé. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19). Genève: OMS; 2020. Disponible sur [https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19)).
106. Ministerio de Salud de Chile. Residencias sanitarias para pacientes diagnosticados con Coronavirus (COVID-19). Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2020. Disponible sur <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/79542-residencias-sanitarias-para-pacientes-diagnosticados-con-coronavirus-covid-19>.
107. Organisation mondiale de la Santé. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.
108. Organisation panaméricaine de la Santé. Recommendations for Cleaning and Disinfection in Homes with Suspected or Confirmed Cases of COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://www.paho.org/en/documents/recommendations-cleaning-and-disinfection-homes-suspected-or-confirmed-cases-covid-19-11>.
109. Social Science in Humanitarian Action. Consideraciones clave: el COVID-19 en asentamientos urbanos informales. n. p.: SSHAP; 2020. Disponible sur https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15185/SSHAP_COVID_19_Key_Considerations_Informal_Settlements_ES.pdf?sequence=7&isAllowed=y.
110. Organisation panaméricaine de la Santé. Consideraciones para la reorganización de los servicios oncológicos durante la pandemia de COVID-19 (2020). Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52218>.
111. Organisation panaméricaine de la Santé, Organisation mondiale de la Santé. Teleconsulta durante una Pandemia. Washington, D.C., Genève: OPS, OMS; 2020. Disponible sur <https://www.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-es.pdf>.
112. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Orientaciones para la prevención, detección y manejo de casos de COVID-19 para población étnica en Colombia. Bogotá: Minsalud; 2020. Disponible sur <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS04.pdf>.
113. Bliss L, Rios L. Tracing the Invisible Danger of Household Crowding. Bloomberg CityLab; 2020. Disponible sur <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-07-21/gentrification-and-crowding-boost-covid-19-risk>.
114. Bilal U. Covid-19 and Latin American Cities. 2020 Mar 27. In: Urban Health Network; 2020. Weblog [en ligne]. Disponible sur <https://drexel.edu/lac/media/blog/2020/March/COVID%20and%20LatAm/>.
115. Nobajas A, Ganau I, Casas J, Paül i Agustí D, Peacock A. Lack of sufficient public space can limit the effectiveness of COVID-19's social distancing measures. n. p.: MedRxiv; 2020. Disponible sur <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.07.20124982v2.full.pdf>.
116. Oliver L. Coronavirus: a pandemic in the age of inequality. Genève: FEM; 2020. Disponible sur <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/coronavirus-pandemic-inequality-among-workers/>.
117. Busso M, Messina J. Distanciamiento social, informalidad y el problema de la desigualdad. 2020 Abr 9. In: Banque interaméricaine de développement. Ideas que cuentan. Washington, D.C.: BID; 2020. Weblog [en ligne]. Disponible sur <https://blogs.iadb.org/ideas-que-cuentan/es/distanciamiento-social-informalidad-y-el-problema-de-la-desigualdad/>.
118. Blow C. Social distancing is a privilege. The New York Times. 2020;Opinion. Disponible sur <https://www.nytimes.com/2020/04/05/opinion/coronavirus-social-distancing.html>.
119. Huynh TLD. Does culture matter social distancing under the COVID-19 pandemic? Saf Sci. 2020;130:104872. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7284251/>.
120. Organisation des Nations Unies. COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. New York: Nations Unies; 2020. Disponible sur https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf.
121. Emerson KG. Coping with Being Cooped up: Social Distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. Rev Panam Salud Pública. 2020;44: 1-7. Disponible sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52374>.

122. Organisation des Nations Unies. Policy Brief: The Impact of COVID-19 on children. New York: Nations Unies; 2020. Disponible sur https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-04/160420_Covid_Children_Policy_Brief.pdf.
123. Röhr S, Müller F, Jung F, Apfelbacher C, Seidler A, Riedel-Heller SG. Psychosocial Impact of Quarantine Measures During Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review. *Psychiatr Prax.* 2020; 47(04):179-189. Disponible sur <https://doi.org/10.1055/a-1159-5562>.
124. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Santiago de Chile: CEPALC; 2020. Disponible sur https://www.cepal.org/sites/default/files/document/files/policy_brief_cuidados_espanolv_190829_v1_1.pdf.
125. Atar S, Atar I. An invited commentary on the "Socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: A review". *International Journal of Surgery.* 2020;78:185-193. Disponible sur <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1743919120303538?token=C34E4D3BC52B398A-1794C3AFDF7BB514B7D8EB7E4BFA2200FBF9D899981973D027E-2BE6F69A54BF761CED56E0EB7F467>.
126. Tam CF, Cheung KS, Lam S, Wong A, Yung A, Sze M, et al. Impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on ST-segment-elevation myocardial infarction care in Hong Kong, China. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2020;13(4).
127. Guadagno L. Migrants and the COVID-19 pandemic: An initial analysis. Genève: OIT; 2020. Disponible sur <https://publications.iom.int/system/files/pdf/mrs-60.pdf>.
128. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Latin America and the Caribbean and the COVID-19 pandemic economic and social effects and the impact on women's lives. Santiago de Chile: CEPALC; 2020. Disponible sur https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/latin_america_and_the_caribbean_and_the_covid-19_pandemic_economic_and_social_effects_andthe_impact_on_womens_lives_0.pdf.
129. Organisation des Nations Unies, Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPALC; 2020. Disponible sur <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45335-la-pandemia-covid-19-profundiza-la-crisis-cuidados-america-latina-caribe>.
130. Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. COVID-19 and ending violence against women and girls. New York: ONU-Femmes; 2020. Disponible sur <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls>.
131. Organisation des Nations Unies. El Comité de Derechos del Niño advierte sobre el grave efecto físico, emocional y psicológico de la pandemia COVID-19 en los niños y hace un llamado a los Estados para proteger los derechos de los niños. New York: Nations Unies; 2020. Disponible sur https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/1_Global/INT_CRC_STA_9095_S.pdf.
132. Organisation panaméricaine de la Santé, Organisation mondiale de la Santé. Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52026/OPSNMHCVID19200009_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
133. International Disability Alliance. Toward a Disability-Inclusive COVID19 Response: 10 recommendations from the International Disability Alliance. n. p: IDA; 2020. Disponible sur https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/ida_recommendations_for_disability-inclusive_covid19_response_final.pdf.
134. Organisation panaméricaine de la Santé. Caribbean Shelter Guide: COVID-19 Considerations. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52170>.
135. Organisation panaméricaine de la Santé. Recommendations on Environmental Public Health for Temporary Shelters. Place where shelter, food, clothing, and health are temporarily provided to vulnerable people who cannot stay at home. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52189/PAHOCDECECOVID-19200017_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
136. Organisation mondiale de la Santé. Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: Policy brief. Genève: OMS; 2020. Disponible sur https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1.
137. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. COVID-19 Guidance Note. Protecting those living in homelessness. New York: ACNUDH; 2020. Disponible sur https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/SR_housing_COVID-19_guidance_homeless.pdf.
138. Dryhurst S, Schneider CR, Kerr J, Freeman ALJ, Recchia G, van der Bles AM, et al. Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research.* 2020. Disponible sur <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13669877.2020.1758193>.
139. Organisation mondiale de la Santé. Addressing violence against children, women and older people during the covid-19 pandemic: Key actions. Genève: OMS; 2020. Disponible sur https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Violence_actions-2020.1.

140. Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Violencia contra las mujeres: la pandemia en la sombra. New York: ONU-Femmes; 2020. Disponible sur <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/4/state-ment-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic>.
141. Renahy E, Mitchell C, Molnar A, et al. Connections between unemployment insurance, poverty and health: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2018;28(2):269-275. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29360958/>.
142. Colegio Médico de Chile. Acciones para el Abordaje de Prevención y Atención a la Salud con Pertinencia Cultural y Territorial a las Personas, Familias y Comunidades de Pueblos Indígenas en Contexto de Pandemia COVID-19. Santiago de Chile: Colegio Médico de Chile. Disponible sur http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/07/documento-de-primeras-naciones_compressed-1.pdf.
143. ONU Info. 5 reasons Costa Rica is winning plaudits for fighting COVID-19. Costa Rica. ONU Info; mai 2020. Disponible sur <https://news.un.org/en/story/2020/05/1064412>.
144. Organisation des Nations Unies. HealthyAtHome: Healthy Diet. New York: Nations Unies; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---healthy-diet>.
145. Organisation mondiale de la Santé. Stay physically active during self-quarantine. Copenhagen: Bureau régional pour l'Europe de l'OMS; 2020. Disponible sur <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/stay-physically-active-during-self-quarantine>.
146. BMJ's Coronavirus (COVID-19) Exercise Prescription during a Pandemic: Keeping Active with Dr. Jordan Metzl. 2020. In: Blog BMJ Journals COVID-19. Weblog [en ligne]. Disponible sur <https://blogs.bmj.com/covid-19/2020/05/14/bmjs-covid-19-podcasts/>.
147. Organisation panaméricaine de la Santé. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-03/smeps-coronavirus-es-final-17-mar-20.pdf>.
148. Vicerrectoría de Asuntos Económicos y Gestión Institucional de la Universidad de Chile. Lanzamiento consulta ciudadana. Respuesta Comunitaria a la Pandemia Chile. Santiago de Chile: Vicerrectoría de Asuntos Económicos y Gestión Institucional de la Universidad de Chile; 2020. Disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=TuK7Qw9ghgk>.
149. Comité permanent interorganisations. Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de Covid-19. Nota informativa provisional. Genève: IASC; 2020. Disponible sur https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Spanish%29_0.pdf.
150. Organisation panaméricaine de la Santé. Mantenimiento de servicios esenciales para las personas que tienen enfermedades no transmisibles durante la COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52581/OPSNMHNVCVID-19200030_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
151. Organisation panaméricaine de la Santé. Acceso a los medicamentos esenciales para las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52582/OPSNMHNVCVID-19200029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
152. Organisation panaméricaine de la Santé. Salud digital: Una estrategia de continuidad asistencial para personas con enfermedades no transmisibles durante la COVID-19. Hoja informativa núm. 11. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52575/OPSEIHISCOVID-19200015_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
153. Organisation panaméricaine de la Santé. Consejos para el público sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19): crianza saludable. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://www.paho.org/es/documentos/consejos-para-publico-sobre-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-crianza-saludable>.
154. La Alianza para la Protección de la Niñez y Adolescencia en la Acción Humanitaria. Protección de la infancia contra la violencia, el abuso y el abandono en el hogar. n. p.: La Alianza; 2020. Disponible sur https://alliancecpa.org/en/system/tfd/library/attachments/nota_tecnica_sobre_la_covid-19_y_sus_implicaciones_para_la_proteccion_de_la_infancia_respecto_a_la_violencia_en_el_hogar_final.pdf?file=1&type=node&id=38088.
155. Dini M, Stumpo G. Mipymes en América Latina: un frágil desempeño y nuevos desafíos para las políticas de fomento. Santiago de Chile: CEPAL; 2018. Disponible sur <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44148-mipymes-america-latina-un-fragil-desempeno-nuevos-desafios-politicas-fomento>.
156. Beaunoyer E, Dupéré S, Guitton M. COVID-19 and digital inequalities: Reciprocal impacts and mitigation strategies. *Computers in Human Behavior*. 2020;111(106424):1-9. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563220301771>.

157. Edwards S, Snyder L. Yes, balancing work and parenting is impossible. Here's the data. The Washington Post. 2020; Outlook Perspective. Disponible sur https://www.washingtonpost.com/outlook/interruptions-parenting-pandemic-work-home/2020/07/09/599032e6-b4ca-11ea-aca5-ebb63d27e1ff_story.
158. Rehm J., Kilian C, Ferreira-Borges C, Jernigan D, Monteiro M, Parry C, et al. Alcohol use in times of the Covid-19: Implications for monitoring and policy. Drug and Alcohol Review. 2020;39:301-304. Disponible sur <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dar.13074>.
159. Monteiro M, Rehm J, Duennbier M. Alcohol Policy and Coronavirus: An Open Research Agenda Journal of Studies on Alcohol and Drugs. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2020;81(3):297-299. Disponible sur <https://www.jsad.com/doi/full/10.15288/jsad.2020.81.297>.
160. Organisation de coopération et de développement économiques. La informalidad y la protección del empleo durante y después de covid-19: Buenas prácticas y la necesidad de redes de seguridad universales. Cumbre Ministerial Virtual sobre Inclusión Social OCDE-América Latina y el Caribe; 2020. Sesión 1. Disponible sur <http://www.oecd.org/latin-america/events/cumbre-ministerial-sobre-inclusion-social/2020-OCDE-LAC-Ministerial-Informalidad-y-la-proteccion-C3%B3n-del-empleo-durante-y-despues-de-COVID-19.pdf>.
161. Organisation internationale du Travail. Observatoire de l'OIT : La COVID-19 et le monde du travail. Deuxième édition. Estimations actualisées et analyse. Genève: OIT; 2020. Disponible sur https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_740981.pdf.
162. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Recomendaciones a las familias para combinar el trabajo desde casa con el cuidado de niños pequeños. New York: Unicef; 2020. Disponible sur <https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2020-05/20200430-UNICEF-Teletrabajo-covid19-esp.pdf>
163. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Adverse consequences of school closures. New York: UNESCO; 2020. Disponible sur <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse/consequences>.
164. Armitage, R. Considering inequalities in the school closure response to COVID-19. Lancet. 2020;8(5):E644. Lien: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30116-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30116-9).
165. Organisation mondiale de la Santé. Joint leaders' statement, Violence against children: A hidden crisis of the COVID-19 pandemic. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/news-room/detail/08-04-2020-joint-leader-s-statement---violence-against-children-a-hidden-crisis-of-the-covid-19-pandemic>.
166. Organisation panaméricaine de la Santé. INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible sur <https://www.paho.org/es/documentos/inspire-siete-estrategias-para-poner-fin-violencia-contra-ninos-ninas>.
167. Organisation mondiale de la Santé. School-based violence prevention: a practical handbook. Genève: OMS; 2019. Disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324930>.
168. Organisation mondiale de la Santé. Mental health and psychological resilience during the COVID-19 pandemic. Copenhagen: Bureau régional pour l'Europe de l'OMS; 2020. Disponible sur euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/mental-health-and-psychological-resilience-during-the-covid-19-pandemic.
169. Organisation des Nations Unies. El cierre de los comedores escolares por el coronavirus, un desafío para la alimentación en América Latina. ONU Info. 18 mars 2020;Santé. Disponible sur <https://news.un.org/es/story/2020/03/1471332>.
170. Borkowski A, Hares S, Minardi AL. With Schools Closed, Hundreds of Millions of Children Are Not Receiving School Meals. Washington, D.C.: CGD; 2020. Disponible sur <https://www.cgdev.org/blog/schools-closed-hundreds-millions-children-are-not-receiving-school-meals>.
171. Rieble-Aubourg S, Viteri A. COVID-19: ¿Estamos preparados para el aprendizaje en línea? Washington, D.C.: BID; 2020. Disponible sur <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Nota-CIMA--20-COVID-19-Estamos-preparados-para-el-aprendizaje-en-linea.pdf>.
172. Organisation mondiale de la Santé. Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19>.
173. Programme alimentaire mondial, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Interim guidance note: Mitigating the effects of the COVID-19 pandemic on food and nutrition of schoolchildren. Rome, New York: WFP, FAO, Unicef; 2020. Disponible sur <http://www.fao.org/3/ca8434en/CA8434EN.pdf>.
174. Global Child Nutrition Foundation. COVID. COVID-19 & School Meals around the World. Seattle, WA: GCNF; 2020. Disponible sur <https://gcnf.org/covid/>.
175. Dreesen T, Akseer S, Brossard M, Dewan P, Giraldo JP, Kamei A, et al. Promising practices for equitable remote learning Emerging lessons from COVID-19 education responses in 127 countries. New York: Unicef; 2020. Disponible sur <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/IRB%202020-10.pdf>.

176. Cobo C, Hawkins R, Rovner H. How countries across Latin America use technology during COVID19-driven school closures. 31 mars 2020. In: Banque mondiale. Education for Global Development. Washington, D.C.: Banque mondiale; 2020. Weblog [en ligne]. Disponible sur <https://blogs.worldbank.org/education/how-countries-across-latin-america-use-technology-during-covid19-driven-school-closures>.
177. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Distance learning solutions. New York: UNESCO; 2020. Disponible sur <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse/solutions>.
178. Gobierno de México. Aprende en Casa. Ciudad de México: Gobierno de México. Disponible sur <https://www.televisiuneducativa.gob.mx/>.
179. Safe to Learn. Safe to Learn during COVID-19: Recommendations to prevent and respond to violence against children in all learning environments. n. p.: Safe to Learn; 2020. Disponible sur https://www.end-violence.org/sites/default/files/paragraphs/download/STL%20COVID%2019%20response%20Key%20messages_%20%28002%29.pdf.
180. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. How to keep your child safe online while stuck at home during the COVID-19 outbreak. Dacca: UNICEF; 2020. Disponible sur <https://www.unicef.org/coronavirus/keep-your-child-safe-online-at-home-covid-19>.
181. Organisation mondiale de la Santé. Parenting in the time of COVID-19. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/healthy-parenting>.
182. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Decálogo para madres, padres y otros cuidadores en tiempos de COVID-19. New York: Unicef; 2020. Disponible sur <https://www.unicef.org/lac/en/node/4616>.
183. Bathia A. Las mujeres y el COVID-19: Cinco acciones que los gobiernos pueden adoptar sin demoras. New York: ONU-Femmes; 2020. Disponible sur <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/3/news-women-and-covid-19-governments-actions-by-ded-bhatia>.
184. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Protecting children deprived of liberty during the Covid-19 outbreak. Vienne: UNODC; 2020. Disponible sur https://www.unodc.org/documents/Advocacy-Section/MoS_Children_in_detention_COVID-19.pdf.
185. Goldman PS, van Ijzendoorn MH, Sonuga-Barke E. The implications of COVID-19 for the care of children living in residential institutions. *Lancet*. 2020;4(6):E12. Disponible sur [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30130-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30130-9/fulltext).
186. Organisation mondiale de la Santé. Infection Prevention and Control guidance for Long-term Care Facilities in the context of COVID-19. Genève: OMS; 2020. Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf.
187. Centers for Disease Control and Prevention. Nursing Home Care. n. p.: CDC; 2020. Disponible sur <https://www.cdc.gov/nchs/fas-tats/nursing-home-care.htm>.
188. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Technical Note: COVID-19 and Children Deprived of their Liberty. New York: HCDH; 2020. Disponible sur <https://reliefweb.int/report/world/technical-note-covid-19-and-children-deprived-their-liberty>.
189. Organisation mondiale de la Santé. Preparedness for cyclones, tropical storms, tornadoes, floods and earthquakes during the COVID-19 pandemic. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Advisory-Preparedness-2020.1>.
190. Organisation panaméricaine de la Santé. Recomendaciones en salud ambiental para albergues temporales: lugar donde se proporciona temporalmente techo, alimentación, vestido y salud a personas vulnerables que no pueden quedarse en su casa. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-recomendaciones-salud-ambiental-para-albergues-temporales-lugar-donde-se>.
191. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. COVID19. Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos. Santiago de Chile: CEPAL; 2020. Disponible sur https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45316/4/S2000271_es.pdf.
192. Organisation panaméricaine de la Santé. Abordar la violencia doméstica en el contexto de COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://www.paho.org/es/file/66922/download?token=MJWyOMcZ>.
193. Organisation internationale du Travail. Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica. Una guía sobre el Convenio núm. 169 de la OIT. Genève: OIT; 2020. Disponible sur https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/publication/wcms_113014.pdf.
194. Kluge HH, Jakab Z, Bartovic J, D'Anna V, Severoni S. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *Lancet*. 2020;395(10232):P1237-P1239. Disponible sur [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30791-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30791-1/fulltext).

195. Paredes H. Presos indígenas en Chiapas reportan síntomas de covid-19 y nula atención. Pie de Página; 20 de mayo del 2020. Disponible sur <https://piedepagina.mx/presos-indigenas-en-chiapas-reportan-sintomas-de-covid-19-y-nula-atencion/>.
196. World Prison Brief, Institute for Crime & Justice Policy Research, Birkbeck University of London. Highest to Lowest. Occupancy level (based on official capacity). n. p.: WPB, ICPR, Birkbeck University of London; 2020. Disponible sur <https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/occupancy->.
197. Organisation panaméricaine de la Santé. Recommendations for the Cleaning and Disinfection of Sites Where People are Closely Confined and Deprived of Their Liberty: Penitentiaries, Prisons, and Migrant Detention Centers. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52166>.
198. Consortium international sur les politiques des drogues. Covid-19: prisiones y detención en Latinoamérica. Londres: IDPC; 2020. Disponible sur http://files.server.idpc.net/library/Nota_Prisiones_COVID19_LatAm.pdf.
199. Prison Insider. América: coronavirus, la fiebre en prisión. Prison Insider; 18 mars 2020; Temas. Disponible sur <https://www.prison-insider.com/es/articles/ameriques-coronavirus-la-fievre-des-prisons>.
200. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Culture & COVID-19. Impact & Response Tracker. New York: UNESCO; 2020. Disponible sur https://en.unesco.org/sites/default/files/special_issue_en_culture_covid-19_tracker.pdf.
201. Organisation mondiale de la Santé. Practical considerations and recommendations for religious leaders and faith-based communities in the context of COVID-19. Interim Guidance. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274420/retrieve>.
202. Organisation mondiale de la Santé. Key planning recommendations for mass gatherings in the context of the current COVID-19 outbreak. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/10665-332235>.
203. Zhu S, Srebric J, Spengler JD, Demokritou P. An advanced numerical model for the assessment of airborne transmission of influenza in bus microenvironments. Building and Environment. 2012;47:67-75. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2011.05.003>.
204. López-Olmedo N, Stern D, Pérez-Ferrer C, González-Morales R, Canto-Orsorio F, Barrientos Gutiérrez T. Revisión rápida: probabilidad de contagio por infecciones respiratorias agudas en el transporte público y medidas para mitigarlo. Salud Pública de México. 2020. Disponible sur <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11601/11880>.
205. Transformative Urban Mobility Initiative. COVID-19 y la Movilidad Sostenible: Observación y documentación de los primeros avances. Boon: TUMI; 2020. Disponible sur file: https://www.transformative-mobility.org/assets/publications/2020_07_TUMI_COVID-19-ESP-and-Sustainable-Mobility-1.pdf.
206. Programme des Nations Unies pour les établissements humains. Transporte público y COVID-19: Mensajes clave. New York: ONU-Habitat; 2020. Disponible sur https://unhabitat.org/sites/default/files/2020/04/spanish_un-habitat_covid-19_transport_messages.pdf.
207. Organisation mondiale de la Santé. Moving around during the COVID-19 outbreak. Copenhagen: Bureau régional pour l'Europe de l'OMS; 2020. Disponible sur <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/moving-around-during-the-covid-19-outbreak>.
208. Organisation des Nations Unies. Policy Brief: COVID-19 in an Urban World. New York: Nations Unies; 2020. Disponible sur https://unhabitat.org/sites/default/files/2020/07/sg_policy_brief_covid_urban_world_july_2020_final.pdf.
209. Bernal V, Montoya Robledo V, Montes L. Transporte público y bienestar social con perspectiva de género en tiempos del COVID-19. 10 avril 2020. In: Banque interaméricaine de développement. Moviblog Ideas de Transporte y Movilidad para América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: BID; 2020. Disponible sur <https://blogs.iadb.org/transporte/es/transporte-publico-y-bienestar-social-con-perspectiva-de-genero-en-tiempos-del-covid-19/>.
210. Organisation mondiale de la Santé. Considerations for public health and social measures in the workplace in the context of COVID-19. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-public-health-and-social-measures-in-the-workplace-in-the-context-of-covid-19>.
211. Union internationale des transports publics. Gestión de COVID-19: Directrices para operadores de transporte público. Bruselas: UITP; 2020. Disponible sur https://www.railgrup.net/uploads/adjuntos/1584428061-uitp_corona-virus_esppdf.
212. Organisation panaméricaine de la Santé. Recomendaciones para la limpieza y desinfección en sitios públicos: supermercados, mercados, tiendas de barrio, bancos, transporte público y otros. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52110/OPSCDECECOVID19200015_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

213. Organisation mondiale de la Santé. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. Genève: OMS; 2020. Disponible sur [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-health-care-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-health-care-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak).
214. TransitCenter. Inclusive Transit: Advancing Equity Through Improved Access & Opportunity. New York: TransitCenter; 2020. Disponible sur <https://transitcenter.org/publication/inclusive-transit-advancing-equity-improved-access-opportunity/>.
215. Gobierno de Guadalajara. Ciclovías Emergentes por Covid-19 en Guadalajara. Guadalajara: Gobierno de Guadalajara; 2020. Disponible sur <https://transparencia.guadalajara.gob.mx/sites/default/files/CicloviasCovid2020.pdf>.
216. Kashiwase H. Many homes in low- and lower middle-income countries lack basic handwashing facilities. 2020 Feb 13. In: Banque mondiale. Data Blog. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2020. Weblog [en línea]. Disponible sur : <https://blogs.worldbank.org/opendata/many-homes-low-and-lower-middle-income-countries-lack-basic-handwashing-facilities?fbclid=IwAR2T6XhmdQWpmpQuLgrxMG-DmPxewaKvWxCC9RuGxTqf8OIRv66dZImVaSQ>.
217. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene. WASH Data. Hygiene Baselines pre-COVID-19. New York: WHO/UNICEF JMP; 2020. Disponible sur <https://washdata.org/report/jmp-2020-covid-regional-hygiene-snapshot-amro>.
218. Organisation panaméricaine de la Santé. Recomendaciones para medidas de salud pública ambiental durante la sequía y la conservación de agua. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52106>.
219. Jong W, Duckers MLA, van der Velden PG. Leadership of mayors and governors during crises: A systematic review on tasks and effectiveness. *Journal of Contingencies & Crisis Management*. 2016;24(1):46-58. Disponible sur <https://www.socialsystemsevidence.org/articles/247479-leadership-of-mayors-and-governors-during-crises-a-systematic-review-on-tasks-and-effectiveness?t=Leadership>.
220. Organisation mondiale de la Santé. Practical actions in cities to strengthen preparedness for the COVID-19 pandemic and beyond. An interim checklist for local authorities. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1287712/retrieve>.
221. Organisation mondiale de la Santé. Checklist on practical actions in cities to strengthen preparedness for the COVID-19 pandemic and beyond. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333296/WHO-2019-nCoV-ActionsforPreparedness-Tool-2020.1-eng.xlsx>.
222. Febres Cordero D. Cuarentena estricta por localidades: conoce el ABC de estas medidas. Bogotá Mi Ciudad; 2020. Disponible sur <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/seguridad/cuarentena/cuarentena-estricta-por-localidades-conoce-el-abc-de-estas-medidas>.
223. Prorrogan los cordones sanitarios en Capital y Malvinas Argentinas. *El Diario*; 2020;Provinciales. Disponible sur <https://www.eldiariocba.com.ar/provinciales/2020/7/20/prorrogan-los-cordones-sanitarios-en-capital-malvinas-argentinas-25003.html>.
224. Ministry of Health & Wellness. Public Notice: St. Mary Quarantine. Kingston: Ministry of Health & Wellness; 2020. Disponible sur <https://www.moh.gov.jm/public-notice-st-mary-quarantine/>.
225. Senior Services Associated. Special Shopping Hours for Vulnerable Populations. Elgin, IL: Senior Services Associated; 2020. Disponible sur <https://seniorservicesassoc.org/special-shopping-hours-for-vulnerable-populations/>.
226. Vera F. ¿Cómo responder efectivamente a la pandemia de la COVID-19 en asentamientos informales de alta densidad? El caso del Barrio 31, Buenos Aires; 2020. In: Banque interaméricaine de développement. Blog Ciudades Sostenibles. Washington, D.C.: BID; 2020. Weblog [en ligne]. Disponible sur <https://blogs.iadb.org/ciudades-sostenibles/es/asentamientos-barrios-informales-coronavirus-covid19-pandemia-barrio-31-ciudad-buenos-aires-densidad-poblacional-poblacion-vulnerable-medidas-prevencion-contencion/>.
227. Programme des Nations Unies pour les établissements humains. Key messages. COVID and informal settlements. New York: ONU-Habitat; 2020. Disponible sur https://unhabitat.org/sites/default/files/2020/03/english_final_un-habitat_key_messages-covid19-informal_settlements.pdf.
228. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Covid-19 and indigenous peoples' rights. New York: HCDH; 2020. Disponible sur https://www.ohchr.org/Documents/Issues/IPeoples/OHCHRGuidance_COVID19_IndigenousPeoples-Rights.pdf.
229. Rodriguez-Diaz CE, Guilamo-Ramos V, Mena L, Hall E, Honermann B, Crowley J, et al. Risk for COVID-19 infection and death among Latinos in the United States: examining heterogeneity in transmission dynamics. *Ann Epidemiol*. 2020;S1047-2797(20)30267-2. Disponible sur doi:10.1016/j.annepidem.2020.07.007.
230. García C. En casi un mes, hubo mil 604 casos covid-19 en Central de Abasto de CdMx. *Milenio*. 2020;Política. Disponible sur <https://www.milenio.com/politica/comunidad/coronavirus-cdmx-central-abasto-mil-064-casos-mes>.
231. Perú interviene los mercados al descubrir cientos de vendedores con Covid-19. *Cooperativa.cl*. 2020; May 15. Disponible sur <https://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/peru-interviene-los-mercados-al-descubrir-cientos-de-vendedores-con/2020-05-15/023922.html>.

- 232.** Spike in COVID 19 cases among Farmworkers, including Jamaicans in Ontario. Disponibles sur <https://www.loopjamaica.com/content/spike-covid-cases-among-farm-workers-including-jcans-ontario>
- 233.** Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Organisation mondiale de la Santé. COVID-19 and Food Safety: Guidance for competent authorities responsible for national food safety control systems. Rome, Genève: FAO, OMS; 2020. Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331842/WHO-2019-nCoV-Food_Safety_authorities-2020.1-eng.pdf.
- 234.** Organisation des Nations Unies. Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Food Security and Nutrition. New York: Nations Unies; 2020. Disponible sur <https://reliefweb.int/report/world/policy-brief-impact-covid-19-food-security-and-nutrition-june-2020>.
- 235.** Bureau régional de la FAO pour l'Amérique latine et les Caraïbes. FAO y la Federación Latinoamericana de Mercados de Abastecimiento dan recomendaciones para que los mercados mayoristas enfrenten el COVID-19. Santiago de Chile: Bureau régional de la FAO pour l'Amérique latine et les Caraïbes; 2020. Disponible sur <http://www.fao.org/americas/noticias/ver/es/c/1273363/>.
- 236.** Centers for Disease Control and Prevention. Update: COVID-19 Among Workers in Meat and Poultry Processing Facilities: United States, April-May 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report. n. p.: CDC; 2020. Disponible sur <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6927e2.htm>.
- 237.** Organisation mondiale de la Santé. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Interim Guidance. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272583/retrieve>.
- 238.** Organisation panaméricaine de la Santé. Preguntas frecuentes para la gestión de los trabajadores de salud como respuesta a la COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52114/OPSHSSHRCOVID-19200010_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 239.** Organisation mondiale de la Santé. Occupational safety and health in public health emergencies: a manual for protecting health workers and responders. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/occupational-safety-and-health-in-public-health-emergencies-a-manual-for-protecting-health-workers-and-responders>.
- 240.** Ministerio de Economía, Salud y Agricultura. Lineamiento para buenas prácticas respecto a la prevención y reacción por COVID-19 para el funcionamiento de ferias libres. Santiago de Chile: Ministerio de Economía, Salud y Agricultura; 2020. Disponible sur <https://www.fucoa.cl/wp-content/uploads/2020/03/Protocolo-de-lineamientos-COVID-19.pdf>.
- 241.** Organisation mondiale de la Santé. Getting your workplace ready for COVID-19. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/publications/m/item/getting-your-workplace-ready-for-covid-19-how-covid-19-spreads>.
- 242.** Ministerio de Agricultura. Recomendaciones para plantas de proceso y empaque de alimentos. Santiago de Chile: Minagri; 2020. Disponible sur https://fucoa.cl/covid19_2/2/.
- 243.** Ministerio de Agricultura. Recomendaciones para ferias libres. Santiago de Chile: Minagri; 2020. Disponible sur <https://www.fucoa.cl/covid19/3/>.
- 244.** Organisation mondiale de la Santé. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. Genève: OMS; 2020. Disponible sur [https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages).
- 245.** Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Federación Latino-americana de Mercados de Abastecimiento. Mercados mayoristas: acción frente al COVID-19. Boletín núm. 1. Roma: FAO y FLAMA; 2020. Disponible sur <http://www.fao.org/3/ca8442es/CA8442ES.pdf>.
- 246.** Organisation panaméricaine de la Santé, Bureau des services d'appui aux projets des Nations Unies. COVID-19: Medidas de Prevención en Obras. Medidas de prevención para evitar el contagio y la propagación del coronavirus en obras. Versión 1.0. Washington, D.C., New York: OPS, UNOPS; 2020. Disponible sur https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52057/FPLPSCOVID19200007_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 247.** Bureau de la coordination des affaires humanitaires. COVID-19: How to include marginalized and vulnerable people in risk communication and community engagement. Update #1. New York: OCHA; 2020. Disponible sur <https://reliefweb.int/report/world/covid-19-how-include-marginalized-and-vulnerable-people-risk-communication-and-0>.
- 248.** Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Personas con discapacidad ante la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe: situación y orientaciones. Santiago de Chile: CEPAL; 2020. Disponible sur https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45491/1/S2000300_es.pdf.
- 249.** Organisation panaméricaine de la Santé. Orientaciones para comunicar sobre la enfermedad por el coronavirus 2019. Guía para líderes. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=51837-covid-19-orientaciones-para-comunicar-sobre-la-enfermedad-por-el-coronavirus-2019&category_slug=materiales-cientificos-tecnicos-7992&Itemid=270&lang=es.
- 250.** Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19 Risk Communication and Community Engagement (RCCE). Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://www.paho.org/en/file/63164/download?token=LqOP8PSw>.

251. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Los derechos humanos en el centro de la respuesta. New York: HCDH; 2020. Disponible sur <https://acnudh.org/antonio-gutierrez-derechos-humanos-deben-estar-al-centro-de-la-respuesta-a-covid-19/>
252. Organisation mondiale de la Santé. Disability considerations during the COVID-19 outbreak. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332015>.
253. Organisation mondiale de la Santé. A guide to preventing and addressing social stigma associated with COVID-19. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/publications/m/item/a-guide-to-preventing-and-addressing-social-stigma-associated-with-covid-19>.
254. Organisation mondiale de la Santé. Participation as a driver of health equity. Copenhague: Bureau régional pour l'Europe de l'OMS; 2020. Disponible sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324909/9789289054126-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
255. Plough A, Fielding JE, Chandra A, Williams M, Eisenman D, Wells KB, et al. Building Community Disaster Resilience: Perspectives from a Large Urban County Department of Public Health. *Am J Public Health*. 2013;103(7):1190-1197. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3682619/>.
256. Especial: Comedores comunitarios refuerzan acción social en Argentina durante pandemia por COVID-19. *Xinhua Español*; 2020. Disponible sur http://spanish.xinhuanet.com/2020-04/30/c_139020106.htm.
257. Organisation des Nations Unies. COVID-19 and Human Rights We are all in this together. New York: Nations Unies; 2020. Disponible sur https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_on_human_rights_and_covid_23_april_2020.pdf.
258. Organisation des États Américains, Commission interaméricaine des droits de l'homme. Derechos Humanos de las Personas con COVID-19. Resolución 4/2020. New York, Washington, D.C.: Organisation des États Américains; 2020. Disponible sur <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-4-20-es.pdf>.
259. Organisation mondiale de la Santé. Monitoring and evaluation framework. COVID-19 strategic preparedness and response. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/monitoring-and-evaluation-framework>.
260. Organisation mondiale de la Santé. Tracking Public Health and Social Measures. Genève: OMS; 2020. Disponible sur <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/phsm>.
261. Organisation panaméricaine de la Santé. Promoting health equity, gender, ethnic equality and human rights. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible sur <https://www.paho.org/en/documents/promoting-health-equity-gender-and-ethnic-equality-and-human-rights-covid-19-responses>.
262. CartONG. Covid-19 crisis: How to adapt your data collection for monitoring and accountability? Chambéry: CartONG; 2020. Disponible sur https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/IM-covid-19-impact-on-monitoring-and-accountability_CartONG.pdf.
263. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. The COVID-19 pandemic is exacerbating the care crisis in Latin America and the Caribbean. Santiago de Chile: CEPALC; 2020. Disponible sur https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45352/1/S2000260_en.pdf.
264. Field R. The false dichotomy of public health vs. the economy: how history shows they're inseparable. 2020 Jun 8. In: *Public Health Law Watch*; 2020. Weblog [en ligne]. Disponible sur <https://www.publichealthlawwatch.org/blog/2020/6/8/public-health-vs-the-economy-theyre-inseparable>.
265. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones. In: *Informe Especial COVID-19* núm. 5. Santiago de Chile: CEPALC; 2020. Disponible sur http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45782/1/S2000471_es.pdf.
266. Organisation des Nations Unies. Secretary-General's Nelson Mandela Lecture: Tackling the Inequality Pandemic: A New Social Contract for a New Era [as delivered]. New York: Nations Unies; 2020. Disponible sur <https://www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2020-07-18/secretary-generals-nelson-mandela-lecture-“tackling-the-inequality-pandemic-new-social-contract-for-new-era”-delivered>.

OPS



Organisation
Panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

