

La COVID-19 dans les Amériques : répercussions sur la santé selon le sexe

janvier 2020 à janvier 2021



La COVID-19 dans les Amériques : répercussions sur la santé selon le sexe

janvier 2020 à janvier 2021

La COVID-19 dans les Amériques : répercussions sur la santé selon le sexe. Janvier 2020 à janvier 2021

OPS/PHE/EGC/COVID-19/21-0007

© **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.

Photo de couverture : © OPS / OMS

Cette publication a été préparée par l'équipe du Système de gestion des incidents de l'OPS et le Bureau de l'équité, de l'égalité entre les sexes et de la diversité culturelle de l'OPS.

Table des matières

Introduction	1
1. Prise en compte du sexe et COVID-19	1
2. Analyse des différences selon le sexe relativement à la pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques	3
2.1 Aperçu régional : répartition selon l'âge et le sexe	3
2.2 Population particulière : les agents de santé	5
2.3 Syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant	6
2.4 Grossesse	7
3. Réflexions	8
Références	10

Introduction

Les premiers cas d'une nouvelle maladie à coronavirus (la COVID-19) ont été notifiés à Wuhan (Chine) le 31 décembre 2019. Par la suite la COVID-19, qui peut entraîner un éventail de maladies allant de la toux légère et de l'essoufflement à la pneumonie grave, s'est propagée de manière incontrôlable de continent en continent. Le 30 janvier 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a officiellement déclaré que l'épidémie de COVID-19 était une urgence de santé publique de portée internationale, dès lors qu'elle satisfaisait à toutes les lignes directrices du Règlement sanitaire international (1). Le 11 mars, l'OMS a qualifié la COVID-19 de pandémie mondiale et a recommandé des mesures de riposte énergiques pour maîtriser sa propagation (2). Un an plus tard, le 31 janvier 2021, approximativement 102 millions de cas de COVID-19, dont plus de 2,2 millions de décès, avaient été recensés dans le monde. La pandémie s'est accélérée dans la Région des Amériques alors que son épïcêtre se déplaçait de l'Europe aux Amériques, à partir de mai 2020. Au 31 janvier 2021, on avait recensé dans la Région plus de 45,6 millions de cas, dont 1 million de décès. Le taux de létalité brut de la COVID-19 dans la Région était de 2,3 % (3).

À la veille de la pandémie de COVID-19, la Région avait fait d'importants progrès en matière de conditions et de résultats sanitaires. L'espérance de vie s'était accrue de sept ans au cours des deux dernières décennies, la mortalité maternelle avait baissé, et plusieurs maladies transmissibles étaient proches de l'élimination du fait de l'adoption par les gouvernements de l'accès universel à la santé (4). Des investissements avaient été faits en matière de préparation aux situations d'urgence et de réduction des risques de catastrophe pour faire face aux menaces sanitaires actuelles et futures. Néanmoins, malgré ces progrès récents, la pandémie a amplifié les iniquités existantes en matière de santé et elle a mis à nu les défaillances du système de santé liées à des inégalités socio-économiques plus globales, qui touchent les groupes défavorisés de manière disproportionnée (5). Le sexe est l'un de ces déterminants clés de la santé, qui est devenu au cours de la pandémie un facteur important de résultats en matière de santé, pour les hommes comme pour les femmes (6).

Bien que l'importance d'intégrer l'égalité femmes-hommes aux ripostes visant les situations d'urgence et les catastrophes sanitaires soit bien reconnue, les échecs sont fréquents quand on essaie d'intégrer en temps opportun une approche selon le sexe à ces ripostes (7). Les États Membres de la Région sont déterminés dans leur engagement à progresser en matière d'égalité des sexes dans le domaine de la santé. Les données fournies par les ministères de la Santé et l'analyse des résultats sanitaires dans la Région relatifs à la COVID-19 selon le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique et d'autres facteurs démographiques sont ici présentées, afin de mettre en évidence les répercussions inégales de la pandémie. L'importance d'adopter une perspective selon le sexe lors de la riposte à la COVID-19 sera renforcée au fur et à mesure que se dégagera un plus grand nombre de travaux de recherche et d'analyses.

1. Prise en compte du sexe et COVID-19

En matière d'épidémies et de répercussions inégales sur la santé, les facteurs inhérents au sexe comportent à la fois des mécanismes physiques (facteurs biologiques liés au sexe et sous-tendant la réponse immunitaire de l'hôte) et des

construits sociaux (composantes sociales et comportementales, facteurs liés au mode de vie). La pandémie de l'infection par le coronavirus ne fait pas exception quand il s'agit de différences entre les sexes en matière de susceptibilité à cette infection, de sa gravité et de l'accès aux services de santé. Pour déployer une riposte à la pandémie qui intègre une démarche orientée par le sexe tout en tenant compte des facteurs sociaux, économiques, environnementaux, géographiques, ethniques et culturels, il est essentiel de mieux comprendre comment la maladie retentit sur les personnes, sur les divers groupes selon le sexe, sur les populations, ainsi que sur leur accès aux services de santé.

Les associations entre les caractéristiques cliniques de gravité, les résultats cliniques, l'âge, le sexe et les conditions de santé préexistantes sont bien documentées (8). Dans une méta-analyse de données existantes, il a été mis en évidence que les hommes pourraient être plus à risque de COVID-19 grave, les hospitalisations concernant 50 % plus d'hommes que de femmes (9, 10). Prenant en compte cette probabilité plus élevée que les hommes présentent des manifestations plus graves de la COVID-19, on a examiné les différences de voies biologiques par lesquelles les hommes et les femmes combattent les virus. En général, les femmes ont tendance à produire une réponse immunitaire plus efficace et ajustée aux virus, ce qui se traduit par des cas moins graves de COVID-19 (11). Bien que chez les enfants et les jeunes adultes le taux de létalité propre à la COVID soit faible, les premiers sont à risque de présenter une complication de cette infection connue sous le nom d'inflammation multisystémique de l'enfant (MIS-C) (12).

Du fait des attributions et des responsabilités des femmes en matière de soins, de leurs activités de subsistance, de leur exposition à la violence domestique et de leur participation inégale à la prise de décision aux plus hauts niveaux de gouvernance, la pandémie a sur celles-ci des répercussions moins visibles, qui ne sont pas systématiquement quantifiées comme le sont les infections. La Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes notifie que, particulièrement dans les pays à faible revenu, les femmes participent beaucoup à l'économie parallèle et à d'autres formes d'emploi vulnérable (par ex. emploi indépendant dans de petites entreprises leur permettant de subsister et travail domestique). Cela les écarte souvent des mesures officielles de protection sociale qui visent les travailleurs touchés économiquement par la pandémie de COVID-19 (13). Dans les circonstances actuelles, l'inégalité liée au sexe a été exacerbée par la pandémie, car les femmes de la Région ont été affectées de manière disproportionnée par l'augmentation du chômage et de la pauvreté. L'impact économique de la pandémie signifie aussi que l'écart entre les sexes en matière d'heures de travail s'est accru au cours de la pandémie de COVID-19, car les mères ayant de jeunes enfants sont plus susceptibles que leur homologue masculin de réduire leurs propres heures de travail (14).

Ce rapport examine les données existantes relativement aux différences de tableau clinique de la COVID-19 ventilées selon le sexe, entre le début de la pandémie dans la Région et le 31 janvier 2021, en détaillant les données sanitaires et les données relatives à la santé mises à disposition. L'objectif est d'attirer l'attention sur la manière dont la situation d'urgence a révélé les écarts entre hommes et femmes, et d'offrir des possibilités concrètes pour améliorer l'équité des ripostes à la pandémie. Il existe actuellement 63 vaccins en phase de développement clinique et 174 en phase de développement préclinique (15). Tandis que la Région se prépare à mettre sur pied la campagne de vaccination anti-COVID-19, comprendre les vulnérabilités et les contributions selon l'âge et le sexe contribuera à intégrer ces déterminants clés de la santé à la plus vaste riposte de santé publique de l'histoire.

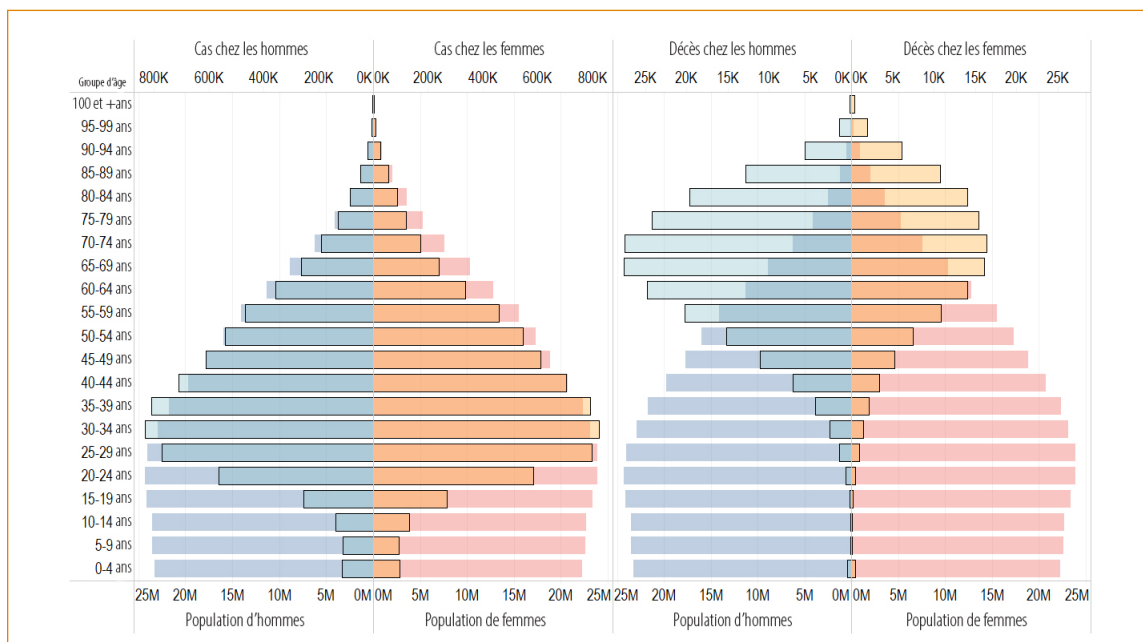
2. Analyse des différences selon le sexe relativement à la pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques

L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a mis en œuvre une surveillance de la COVID-19 dès la détection du premier cas dans la Région, le 21 janvier 2020. Ces efforts de surveillance ont permis à l'Organisation de suivre les tendances épidémiologiques et l'évolution du virus, d'évaluer les répercussions de la pandémie sur les systèmes de santé, de détecter et d'endiguer les flambées dans les populations vulnérables, ainsi que d'orienter la mise en œuvre des mesures de lutte. Parmi les efforts de surveillance déployés par l'Organisation, le formulaire de notification des cas de COVID-19 collige les informations démographiques, cliniques et épidémiologiques clés sur les cas de COVID-19. Ces données sont utilisées pour mieux comprendre le virus et son impact sur les résultats en matière de santé. La section suivante présente la répartition selon l'âge et le sexe des cas de COVID-19 et des décès dans la Région.

2.1 Aperçu régional : répartition selon l'âge et le sexe

La Région compte une population totale de 1,02 milliard d'habitants, dont 51% sont des femmes (16). Depuis le début de la pandémie de COVID-19, la Région a enregistré 45,6 millions de cas de maladie et 1,1 million de décès (au 31 janvier 2021). Les rapports fondés sur les cas des ministères de la Santé de 26 pays des Amériques comportent les informations sur le sexe et sur l'âge pour 20 millions de cas (soit 43 % de tous les cas notifiés). La répartition de ces cas est analysée ci-dessous (voir figure 1).

Figure 1. COVID-19 Cases and Deaths by Sex and Age Group Compared to Base Population in 26 Countries and Territories in the Region of the Americas



Il n'a pas été notifié dans la Région de différence majeure relativement au sexe en termes de nombre absolu de cas, 50 % de ces cas concernant des femmes. On observe une proportion légèrement supérieure du nombre de diagnostics de COVID-19 chez les hommes dans les tranches d'âge avancé (voir tableau 1). Les hommes représentent 52 % des cas notifiés chez les 60 à 69 ans, mais cette proportion diminue à 47,5 % des cas chez les 70 ans et plus. Toutefois, les nombres absolus de cas, comparables chez les hommes et les femmes, indiquent un taux d'incidence plus élevé chez les hommes dans les tranches d'âge supérieures. La population de base des femmes âgées est plus importante du fait de leur plus longue espérance de vie comparativement aux hommes âgés. Les incidences de cas de COVID-19 chez les hommes de 60 à 69 ans et de 70 ans et plus sont respectivement de 23,1 et 24,97 pour 1000 personnes. Pour la tranche d'âge des 60-69 ans, les hommes contribuent, pour 1000 personnes, à 3,89 cas de plus que les femmes.

Tableau 1. Pourcentages du nombre total de cas et des incidences de cas pour 1000 personnes, ventilés selon l'âge et le sexe

Tranche d'âge (années)	Pourcentage d'hommes	Pourcentage de femmes	Taux d'incidence masculine pour 1000 personnes	Taux d'incidence féminine pour 1000 personnes
0 à 9	53,4 %	46,6 %	4,77	4,34
10 à 19	49,3 %	50,7 %	9,06	9,66
20 à 29	49,1 %	50,9 %	25,28	26,74
30 à 39	50,4 %	49,6 %	30,54	29,83
40 à 49	50,0 %	50,0 %	29,61	28,54
50 à 59	50,2 %	49,8 %	27,17	25,59
60 à 69	52,0 %	48,0 %	23,1	19,21
70 et +	47,5 %	52,5 %	24,97	21,03
Total général	50,0 %	50,0 %	21,16	20,6

La différence entre les sexes est encore plus prononcée lorsqu'on examine les résultats de la COVID-19 en termes de santé. Sur 1,1 million de décès notifiés dans la Région, les données relatives à la répartition selon le sexe et l'âge ont été mises à disposition pour 511 000 (48 %) décès répartis sur 23 pays. Sur ces 511 000 décès, 60 % étaient des hommes (voir le tableau 2). Pour la population âgée de plus de 70 ans, le taux de mortalité pour 10 000 personnes est de 50,69 chez les hommes, comparativement à 31,59 chez les femmes. Les hommes âgés de 40 à 69 ans présentaient un risque deux fois plus élevé de décès comparativement aux femmes du même groupe d'âge.

Tableau 2. Pourcentages du nombre total de décès et des incidences de décès pour 10 000 personnes, ventilés selon l'âge et le sexe

Tranche d'âge (années)	Pourcentage d'hommes	Pourcentage de femmes	Taux de mortalité masculine pour 10 000 personnes	Taux de mortalité féminine pour 10 000 personnes
0 à 9	50 %	50 %	0,10	0,10
10 à 19	54 %	46 %	0,06	0,05
20 à 29	61 %	39 %	0,37	0,24

Tranche d'âge (années)	Pourcentage d'hommes	Pourcentage de femmes	Taux de mortalité masculine pour 10 000 personnes	Taux de mortalité féminine pour 10 000 personnes
30 à 39	67 %	33 %	1,26	0,60
40 à 49	69 %	31 %	3,78	1,65
50 à 59	67 %	33 %	8,57	4,04
60 à 69	65 %	35 %	17,70	8,75
70 et +	55 %	45 %	50,69	31,59
Total général	60 %	40 %	6,84	4,51

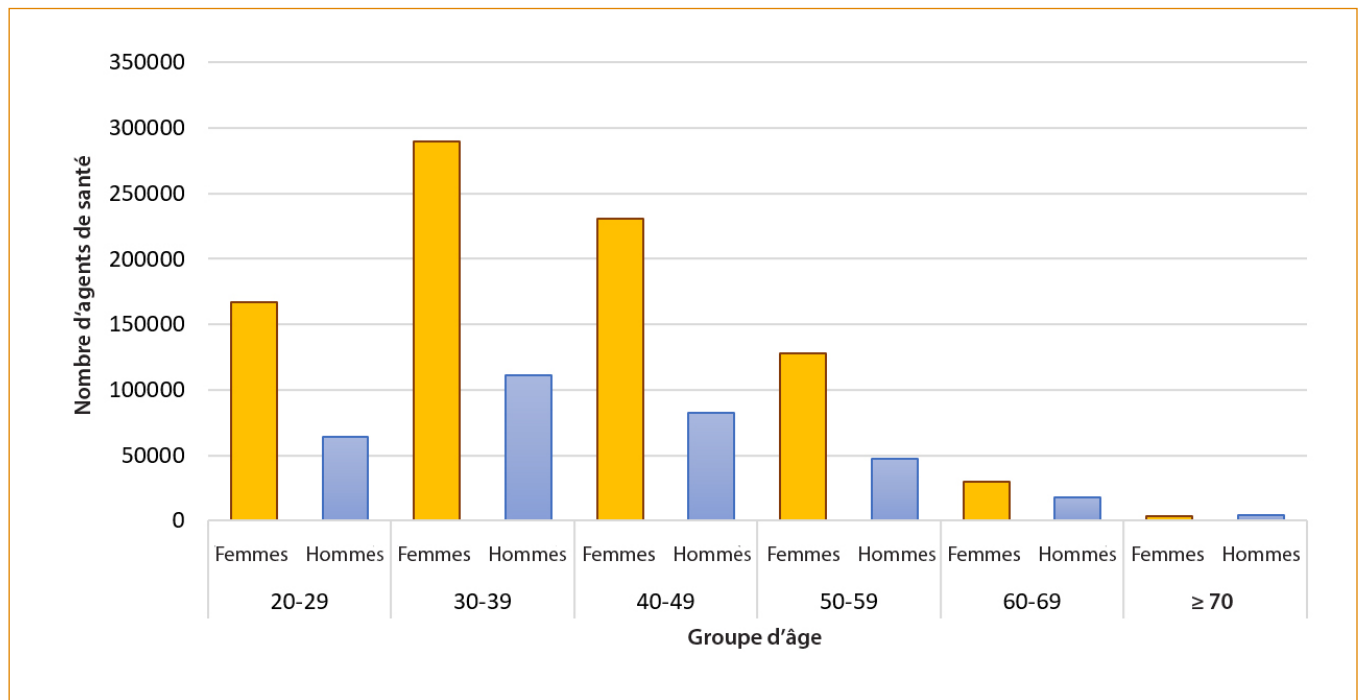
2.2 Population particulière : les agents de santé

La COVID-19 expose les agents de santé et leurs familles à des niveaux de risque sans précédent. Outre une exposition accrue au pathogène, les agents de santé doivent faire face à de longues heures de travail, à la détresse psychologique, à l'épuisement professionnel et à la stigmatisation (17). Malgré ces difficultés, ils jouent un rôle vital dans la riposte à la pandémie ; les protéger constitue, de ce fait, un élément clé pour assurer le fonctionnement du système de santé. Pour garantir la sécurité des patients, il faut tout d'abord garantir la sécurité des agents de santé (18).

À chaque vague de pandémie de l'année 2020, la surcharge des systèmes de santé des pays les plus touchés a eu pour conséquence que le personnel sanitaire a dû supporter de longues heures de travail, la fatigue et le stress. Malgré le manque de fournitures et les confinements nationaux, le personnel sanitaire a dû prendre soin des patients présentant une infection par le virus de la COVID-19 présumée ou confirmée, sans avoir reçu de formation ajustée ni d'équipements de protection individuelle (EPI) adaptés. La pression exercée sur les agents de santé n'est pas neutre du point de vue du sexe. À l'échelle mondiale, 70 % des agents de santé de première ligne sont des femmes. Dans la Région, 86 % du personnel infirmier, les professionnels qui doivent être en contact particulièrement proche avec les patients malades, sont des femmes (19). On constate dans le monde des chiffres semblables pour tout ce qui relève des soins, dont la plupart sont le plus souvent à la charge des femmes ou des filles provenant de groupes socialement défavorisés, comme les migrants, et travaillant dans l'économie parallèle (20). L'utilisation d'EPI adaptés pourrait fortement réduire le taux d'agents de santé qui contractent la COVID-19. Cependant, il est également vital de prendre en compte des facteurs comme le stress, l'insuffisance de la formation et le manque de personnel dans les unités.

Au 31 janvier 2021, les rapports de cas produits par les ministères de la Santé incluaient plus de 1,3 million de cas chez les agents de santé dans les Amériques. Plus de 6000 agents de santé sont décédés de la COVID-19. Les femmes comptaient pour 72 % des cas parmi ces agents de santé. La différence entre agents de santé masculins et féminins est maximale pour le groupe d'âge des 40 à 59 ans, dans lequel 74 % des cas sont des femmes (voir figure 2).

Figure 2. Nombre de cas de COVID-19 chez les agents de santé selon l'âge et le sexe dans la Région des Amériques



2.3 Syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant

Bien que les cas et les décès dus à la COVID-19 soient généralement notifiés chez les personnes âgées, une complication rare, mais associée à la COVID-19, a été observée chez l'enfant en mai 2020. Le syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant, ou MIS-C, présente des symptômes semblables à ceux de la maladie de Kawasaki et peut conduire à une défaillance multiple des organes et à un choc. Dans la Région, 17 pays et territoires avaient notifié 2922 cas confirmés de MIS-C et 81 décès (3 %) à la fin janvier 2021 (voir tableau 3). Il n'existe pas de différence importante entre les taux de filles et de garçons atteints de MIS-C. Actuellement, 56 % des cas de la Région concernent des garçons, tandis que 59 % des décès concernent des filles. Aujourd'hui, on ne sait pas encore si le sexe a des répercussions sur les taux de MIS-C chez les enfants.

Tableau 3. Nombre total de cas confirmés de syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant lié à la COVID-19

Pays/Territoire	Nombre de cas confirmés	Nombre de décès confirmés
Argentine	65	1
Brésil	646	41
Canada	23	0
Chili	151	2

Pays/Territoire	Nombre de cas confirmés	Nombre de décès confirmés
Colombie	3	0
Costa Rica	27	0
Cuba	2	0
El Salvador	17	0
Équateur	8	0
États-Unis d'Amérique	1 811	26
Guadeloupe	4	0
Guatemala	2	0
Guyane française	1	0
Honduras	2	0
Panama	5	1
Paraguay	52	5
République dominicaine	103	5
Total	2 922	81

2.4 Grossesse

Les répercussions de la COVID-19 au cours de la grossesse sont encore en cours d'analyse, mais les femmes enceintes semblent avoir plus souvent besoin de soins intensifs que les femmes non enceintes en âge de procréer (21). Les comorbidités préexistantes, un âge maternel élevé et un indice de masse corporelle élevé semblent placer les femmes à un niveau plus élevé de risque de COVID-19 grave. Dans la Région, 150 167 cas de COVID-19 au cours d'une grossesse ont été notifiés, dont 836 décès (voir tableau 4). Le taux de létalité de la COVID-19 varie de 0,0 % (Chili) à 6,25 % (Bahamas). Les données mises à disposition pour le Mexique révèlent que presque la moitié des décès maternels sont survenus au troisième trimestre de la grossesse, et 33,6 % des décès en postpartum. Parmi les Mexicaines décédées, 30,9 % avaient été intubées et 34 % avaient séjourné dans une unité de soins intensifs.

Tableau 4. Nombre total de cas et de décès chez les femmes enceintes positives au virus de la COVID-19, et taux de létalité

Pays	Nombre de femmes enceintes positives au virus de la COVID-19	Nombre de décès chez les femmes enceintes positives au virus de la COVID-19	Taux de létalité (%)
Argentine	8 698	44	0,51
Bahamas	16	1	6,25
Bolivie (État plurinational de)	891	25	2,81
Belize	103	2	1,94
Brésil	4 880	252	5,16

Pays	Nombre de femmes enceintes positives au virus de la COVID-19	Nombre de décès chez les femmes enceintes positives au virus de la COVID-19	Taux de létalité (%)
Chili	7 881	3	0,04
Colombie	6 245	61	0,98
Costa Rica	286	3	1,05
Cuba	11	0	0,00
Équateur	1 674	25	1,49
États-Unis d'Amérique	64 075	74	0,12
Guatemala	1 054	11	1,04
Haiti	76	4	5,26
Mexique	10 188	221	2,17
Panama	1 289	7	0,54
Paraguay	667	1	0,15
Pérou	41 403	76	0,18
République dominicaine	309	19	6,15
Uruguay	82	0	0,00
Venezuela (République bolivarienne du)	339	7	2,06
Total	150 167	836	0,56

3. Réflexions

La pandémie de COVID-19 a souligné l'existence d'inégalités liées au sexe et en a ainsi éclairé les conséquences indirectes. La discrimination fondée sur le sexe et d'autres paramètres d'exclusion sociale peuvent exposer les femmes et les hommes à un risque plus élevé d'infection, limiter leur accès aux services et aux vaccins, affaiblir les ripostes nationales et exacerber les inégalités préexistantes à la COVID-19. Les confinements nationaux ont été à l'origine de niveaux plus élevés de violence domestique envers les femmes. L'augmentation des tâches domestiques a particulièrement mis à contribution les femmes qui doivent travailler de leur domicile. Les effets de la flambée de coronavirus pourraient exacerber les inégalités existantes vis-à-vis des femmes et ralentir la progression vers les cibles des objectifs de développement durable, comme la réduction de la mortalité maternelle et des moins de 5 ans. En conséquence, les plans de riposte à la COVID-19 doivent s'attaquer aux répercussions de la pandémie selon le sexe et faire participer les femmes à la prise de décision, éliminer les inégalités lors des soins non rémunérés et inclure des plans socioéconomiques qui tiennent compte de la vie des femmes (22). Pour étayer ces décisions, il faudra formuler des recommandations fondées sur des données probantes et enracinées dans une connaissance approfondie des répercussions négatives de la pandémie sur un sexe ou un genre donné.

Il existe un résultat négatif significatif en matière de taux d'incidence et de mortalité chez les hommes comparativement aux femmes, en particulier dans les tranches d'âge supérieures. Les différences physiologiques liées au sexe, notamment les réponses immunitaires innées et adaptatives à l'infection, pourraient expliquer cette différence (11). Les comorbidités préexistantes et les facteurs sociaux, comportementaux et de mode de vie pourraient aussi contribuer à cet écart. Des travaux de recherche supplémentaires pour étudier les répercussions socioéconomiques, biologiques et selon le sexe de la COVID-19 peuvent éclairer les façons dont le virus déstabilise de manière disproportionnée la vie des femmes et des hommes, subordonnant leur droit à la santé. Ces facteurs doivent être mieux compris afin d'adapter les ripostes globales, ainsi que les traitements et les stratégies vaccinales.

Habitée par 13 % de la population mondiale, la Région des Amériques a notifié 43 % de tous les cas de COVID-19. Les populations vivant avec, et subissant, différentes formes de vulnérabilités et d'inégalités sociales, économiques ou autres, ce qui est le cas de nombreuses femmes, sont affectées par le virus de manière disproportionnée. Bien que l'infection ait tendance à être moins grave chez les femmes, ses conséquences sociales ont exacerbé les disparités en leur défaveur. Les femmes comptent pour 70 % des agents de santé, ce qui les expose à un risque exceptionnellement élevé de contracter la maladie. Les femmes enceintes peuvent être exposées à un risque plus élevé de nécessiter des soins intensifs ou une ventilation assistée. La communauté scientifique continue à approfondir ses connaissances sur ce virus sans précédent, et des données probantes sont rapidement produites et publiées sous des formats divers. L'évolution rapide des données probantes rend nécessaire de continuer à analyser les résultats exhaustifs des études. Cela contribuera à orienter les changements de politique nécessaires à une protection renforcée des groupes présentant des vulnérabilités accrues dans la Région. Les États Membres devront déployer des efforts pour renforcer les acquis fragiles déjà réalisés relativement à l'égalité femmes-hommes en matière d'accès à la santé. La COVID-19 a révélé l'existence de nombreuses vulnérabilités et disparités, ce qui souligne la nécessité d'accélérer les efforts déployés pour parvenir à des changements institutionnels transformateurs visant à ne laisser personne pour compte. L'OPS et les États Membres continueront à donner la priorité aux travaux de recherche, à la collecte et à la notification de données quantitatives et qualitatives ventilées selon le sexe et selon d'autres facteurs socioéconomiques, pour mettre en évidence les iniquités et les répercussions contrastées de la pandémie.

Références

1. Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 (2019-NCoV). Organisation mondiale de la Santé ; [www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](http://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
2. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020. Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé ; www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020.
3. Geo-Hub COVID-19 - Information System for the Region of the Americas. RIPOSTE à la COVID-19 de l'OPS. Organisation panaméricaine de la Santé ; <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>.
4. Organisation panaméricaine de la Santé. "Core Indicators 2019: Health Trends in the Americas." IRIS OPS Home, PAPSHO, 1 Oct. 2019, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51542>.
5. Mein, Stephen A. COVID-19 and Health Disparities: the Reality of 'the Great Equalizer.' *Journal of General Internal Medicine*, vol. 35, no. 8, 2020, pp. 2439–2440., doi:10.1007/s11606-020-05880-5.
6. Hawkes, Sarah, et Kent Buse. Gender and Global Health: Evidence, Policy, and Inconvenient Truths. *The Lancet*, vol. 381, no. 9879, 2013, pp. 1783–1787., doi:10.1016/s0140-6736(13)60253-6.
7. Smith, Julia. Overcoming the 'Tyranny of the Urgent': Integrating Gender into Disease Outbreak Preparedness and Response. *Gender & Development*, vol. 27, no. 2, 2019, pp. 355–369., doi:10.1080/13552074.2019.1615288.
8. Levin, Andrew, et al. Assessing the Age Specificity of Infection Fatality Rates for COVID-19: Systematic Review, Meta-Analysis, and Public Policy Implications. *SSRN Electronic Journal*, 2020, doi:10.2139/ssrn.3684447.
9. Ueyama, Hiroki, et al. Gender Difference Is Associated With Severity of Coronavirus Disease 2019 Infection: An Insight From a Meta-Analysis. *Critical Care Explorations*, vol. 2, no. 6, 2020, doi:10.1097/cce.000000000000148.
10. Gebhard, Catherine, et al. Impact of Sex and Gender on COVID-19 Outcomes in Europe. *Biology of Sex Differences*, vol. 11, no. 1, 2020, doi:10.1186/s13293-020-00304-9.
11. Gadi, Nirupa, et al. What's Sex Got to Do With COVID-19? Gender-Based Differences in the Host Immune Response to Coronaviruses. *Frontiers in Immunology*, vol. 11, 2020, doi:10.3389/fimmu.2020.02147.
12. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children and Adolescents Temporally Related to COVID-19. Organisation mondiale de la Santé, OMS ; www.who.int/news-room/commentaries/detail/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid-19.
13. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. It Is Necessary to Incorporate the Gender Dimension into Fiscal Policies amid the Pandemic and the Care Economy into a Transformative Recovery: Alicia Bárcena. Communiqué de presse | Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, CEPAL, 9 oct. 2020, www.cepal.org/en/pressreleases/it-necessary-incorporate-gender-dimension-fiscal-policies-amid-pandemic-and-care.

14. Landivar, Linda Christin, et al. Early Signs Indicate That COVID-19 Is Exacerbating Gender Inequality in the Labor Force. *The COVID-19 Reader*, 2020, pp. 209–212., doi:10.4324/9781003141402-22.
15. Draft landscape and tracker of COVID-19 candidate vaccines. Organisation mondiale de la Santé, <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>.
16. Population Division - World Population Prospects. Organisation des Nations Unies, <https://population.un.org/wpp/>.
17. Organisation mondiale de la Santé. Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak: Rights, Roles and Responsibilities of Health Workers. Directive, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0.
18. OMS: Garantir la sécurité des agents de santé pour assurer celle des patients. Organisation mondiale de la Santé. Organisation mondiale de la Santé, <https://www.who.int/fr/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>.
19. Koissy-Kpein, Laura Turquet and Sandrine. COVID-19 and Gender: What Do We Know; What Do We Need to Know?: UN Women Data Hub. Page d'accueil, 13 avril 2020, <https://data.unwomen.org/features/covid-19-and-gender-what-do-we-know-what-do-we-need-know>.
20. Addati, Laura, et al. *Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work*. Organisation internationale du travail, 2018.
21. Allotey, John, et al. Clinical Manifestations, Risk Factors, and Maternal and Perinatal Outcomes of Coronavirus Disease 2019 in Pregnancy: Living Systematic Review and Meta-Analysis." *Bmj*, 2020, p. m3320., doi:10.1136/bmj.m3320.
22. Égalité des sexes et autonomisation des femmes – Organisation des Nations Unies, développement durable. Organisation des Nations Unies. Organisation des Nations Unies, www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/.