

Considérations clés : Le COVID-19 dans les établissements urbains informels (mars 2020)

Cette note stratégique énonce des considérations pratiques inhérentes à la protection des établissements urbains informels contre la propagation et les impacts du COVID-19. Ces environnements suscitent des préoccupations accrues en raison de l'association de la densité de la population et des infrastructures limitées. Cette note stratégique traite des éléments connus concernant les vulnérabilités et de la manière de soutenir l'action locale. Elle peut être consultée conjointement avec les notes stratégiques élaborées par la Plateforme Science in Humanitarian Action (SSHAP) sur la quarantaine et les réseaux sociaux.¹

Cette note stratégique a été élaborée pour la SSHAP par l'Institute of Development Studies (IDS) avec la collaboration du Global Challenges Research Fund (GCRF), du consortium Accountability for Informal Urban Equity Hub (ARISE), de la Coalition asiatique pour les droits au logement, de l'Institut international pour l'environnement (IIED), de l'University College de Londres (UCL) et de l'UCL/du Development Planning Unit (DPU), de l'Université de Birmingham, de l'Université de Lincoln, de l'Université de Manchester, de l'Université de Warwick, de WIEGO et de l'Université York (Canada). La note stratégique a été examinée par des collègues d'Anthropologica, de l'IIED, de l'Université de Manchester, de l'UCL/du DPU, de la FICR et du Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat). La responsabilité inhérente à cette note stratégique revient à la SSHAP.

Résumé des considérations

- Les établissements informels font face à des défis considérables concernant le contrôle du COVID-19 mais le développement de stratégies au niveau local pourrait contribuer à atténuer le pire de la flambée épidémique pour autant que des mesures soient prises rapidement. La préparation et la mise en œuvre de mesures précoces de la part des gouvernements et communautés locaux sont essentielles. Lorsqu'une flambée épidémique survient, la progression peut être rapide et laisser peu de place à la planification.
- Les principales approches visant à réduire la transmission du COVID-19 sont les mêmes dans tous les contextes, à savoir, réduire le contact physique et améliorer l'hygiène. Les tactiques utilisées seront différentes dans les établissements informels qui présentent des défis en matière d'espace, d'approvisionnement en eau, et d'assainissement, et au sein desquels les individus courent un risque accru d'expulsion et les moyens de subsistance sont précaires. Les ressources financières et non financières (par exemple, des informations, des équipements, l'élaboration de politiques de soutien) sont indispensables afin de permettre aux résidents locaux de développer et de mettre en œuvre leurs propres stratégies.
- Les établissements informels peuvent être extrêmement organisés, et être dotés d'une variété de structures communautaires et de groupes locaux offrant et préconisant des services et collectant des données sur les populations et structures résidentielles. Ces groupes sont bien placés pour initier des interventions contre le COVID-19 et c'est déjà le cas de beaucoup d'entre eux. Ils sont particulièrement bien placés pour envisager des options au sein de leur quartier visant à mettre en œuvre des formes décentralisées de soins, d'isolement et de distanciation physique.
- Les interventions de santé publique doivent être contrebalancées par des interventions sociales et économiques, notamment en ce qui concerne l'économie parallèle dont dépendent la plupart des individus. Les impacts directs et indirects dans l'ensemble de l'économie parallèle doivent être pris en considération. Les vulnérabilités au COVID-19 sont considérables au sein des établissements informels, mais si les mesures de contrôle ne sont pas correctement exécutées, elles sont également susceptibles d'avoir des impacts extrêmement négatifs.
- Des informations et des conseils précis sont nécessaires. Les populations résidant au sein d'établissements informels vivent déjà à proximité de maladies infectieuses mortelles. Elles devraient être informées quant au COVID-19, à la manière dont ce virus diffère des autres maladies et à la raison pour laquelle la réaction que l'on attend de leur part face au COVID-19 est susceptible d'être différente. Cela est nécessaire afin d'établir la confiance et la compréhension mutuelle étant donné que des mesures extraordinaires ne sont pas habituellement prises pour les autres maladies infectieuses mortelles avec lesquelles elles vivent. Lorsque les individus perçoivent une attention excessive accordée à certaines maladies, en particulier au profit évident d'autres personnes, cela peut nuire à la confiance et à l'action collective. Les incohérences avec les mesures antérieures devront être corrigées.
- Historiquement, les établissements informels et leurs résidents ont été stigmatisés, blâmés, et assujettis à des règles et à des réglementations qui sont hors de portée ou impossibles à respecter. Les mesures de riposte contre le COVID-19 ne doivent pas répéter ces erreurs. Une collaboration avec les résidents locaux et l'instauration de la confiance en tant que représentants de leur communauté, disposant d'une connaissance inégalée des infrastructures spatiales et sociales pertinentes, permettront la mise en œuvre de mesures de contrôle efficaces.
- Il est essentiel de comprendre la dynamique du pouvoir communautaire et les antécédents politiques au sein d'un établissement donné. Dans certaines zones urbaines, des mesures de contrôle descendantes peuvent être perçues comme étant utilisées pour opprimer et marginaliser davantage les résidents ou pour contrer l'opposition politique.

Contexte et objectif

Le COVID-19 est apparu à Wuhan, en Chine, et, à la date de rédaction de la présente note stratégique (25 mars 2020), la majorité des cas avaient été détectés dans des pays à revenu élevé tels que les États-Unis, l'Espagne, l'Allemagne, la France, et la Corée du Sud, ainsi qu'en Iran, pays à revenu intermédiaire. La plupart des informations relatives au COVID-19 et aux personnes à risque sont basées sur des données issues de ces environnements à revenu moyen et élevé. La plupart des recommandations (se laver les mains, s'auto-isoler et appliquer la distanciation physique) supposent des conditions de vie élémentaires et l'accès aux services de première nécessité (à savoir, l'eau, l'espace etc.). Dans les pays les plus riches, les mesures de santé publique reposent sur une bonne compréhension de base des populations et sur la capacité à surveiller les changements. Une grande partie de la préoccupation est axée sur les niveaux de capacité de soins intensifs dans les hôpitaux. Tandis que les pays touchés mettent en œuvre des mesures de contrôle qui restreignent la vie sociale et économique, leurs gouvernements fournissent des plans d'aide économique pour atténuer les conséquences sur les moyens de subsistance. La plupart de ces stratégies seront impossibles à mettre en œuvre selon la même mesure dans les pays à revenu faible et moyen (PRFM), et certainement pas au sein des établissements urbains informels. **Avec 1 milliard de personnes vivant au sein d'établissements informels, entre 30 et 70 % d'habitants dans certaines villes², il est urgent d'examiner la faisabilité et de développer des approches appropriées au niveau local afin de protéger ces populations contre les impacts les plus négatifs du COVID-19.** Cette note stratégique met en évidence les principaux défis et facteurs à prendre en considération pour lutter contre le COVID-19 au sein des établissements informels. Certains sont évidents : la densité de population et l'accès inadéquat à l'eau et à l'assainissement rendent peu plausibles la distanciation sociale et le lavage des mains préconisés. Mais il existe des défis moins évidents liés aux contextes sociaux, politiques et économiques qui auront une influence sur la vulnérabilité et les possibilités d'action au sein de chaque contexte.

Un défi de taille inhérent aux établissements informels et aux bidonvilles est le manque de données à leur sujet au préalable, et durant des situations d'urgence. En raison de leur statut illégal ou informel, il n'existe souvent pas de données fiables concernant le nombre de personnes qui y vivent ou leur état de santé. Le contexte inhérent à l'élaboration de politiques est par conséquent doublement incertain : la nouvelle maladie et le contexte sont mal compris. Cela rend la préparation difficile et peut engendrer la prise de mesures inefficaces ou susceptibles d'aggraver la situation (par exemple, comme tel a été le cas avec les tentatives initiales de placer des régions et des villes en quarantaine en Afrique de l'Ouest lors de la flambée épidémique du virus Ébola survenue en 2014-2016).³ Actuellement, de nombreux gouvernements de PRFM appliquent des mesures restrictives mais elles sont susceptibles de ne pas être durables et pourraient causer de graves dommages supplémentaires si les situations socio-économiques des personnes démunies au sein des zones urbaines n'est pas prise en considération.

Il est impératif de prendre des mesures dès à présent, avant que la transmission généralisée ne s'installe dans les villes des PRFM. Le défi organisationnel de la lutte contre les épidémies est toujours intensif et dépend d'une participation locale significative. L'engagement communautaire se fait habituellement de façon laborieuse et en personne. **Le défi majeur consiste à savoir comment faire les choses rapidement et à grande échelle tout en veillant à ce que les mesures de contrôle soient adaptées au contexte.**

Les données indiquent que la croissance urbaine survenue au cours des dernières décennies est de plus en plus imprévue, et que les bidonvilles et les établissements informels concentrent la plupart de la pauvreté urbaine. Les villes sont souvent très isolées en termes de richesse et de couches sociales (y compris coloniale et raciale). Les images appliquées de l'extérieur de « bidonvilles » les présentent comme étant chaotiques, sales et infestés par la maladie, et comme une menace sociale, environnementale et en termes de développement pour le reste de la ville. De tels points de vue ont éclairé les tentatives de refuser aux résidents la propriété, et de menacer de procéder à des expulsions. Ces histoires sont également susceptibles de façonner les mesures de contrôle et les réactions des résidents à leur égard (en particulier si elles sont imposées sur les établissements depuis l'extérieur). Dans chaque contexte, il y aura des circonstances locales spécifiques en jeu (par exemple, des préoccupations en matière de sécurité, des expériences de troubles civils et de conflits, des styles nationaux et municipaux de gouvernance, des tensions ethniques et entre partis politiques, etc.) Associées, ces circonstances contribueront à influencer la mesure selon laquelle les populations vivant au sein d'établissements informels perçoivent les mesures de contrôle comme étant à leur avantage ou au profit des autres. Lorsque les résidents d'établissements informels sont habitués à voir leurs vies et moyens de subsistance réduits dans l'« intérêt public », cela peut générer une grande méfiance vis-à-vis des messages du gouvernement ainsi que des tensions aiguës concernant l'éthique et les impacts des mesures de contrôle.

Vulnérabilité : ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas

Le fardeau potentiel du COVID-19 dans les PRFM suscite de nombreuses préoccupations.⁴ Elles peuvent être classées comme suit 1) vulnérabilité épidémiologique (par exemple, taux de mortalité selon les conditions sous-jacentes et l'âge) ; 2) vulnérabilité inhérente à la transmission (par exemple, mixité sociale et infrastructure d'hygiène) ; 3) vulnérabilité inhérente au système de santé (par exemple, accessibilité aux soins intensifs) ; et 4) vulnérabilité inhérentes aux mesures de contrôles, y compris défaillances en matière de protection sociale. Elles sont liées et s'influencent mutuellement. L'évaluation de la vulnérabilité aiguë et chronique dans les PRFM est difficile en raison du manque de données relatives aux établissements informels et du caractère récent de la maladie. Les paragraphes suivants exposent différentes formes de vulnérabilité ainsi que les groupes susceptibles d'être le plus sévèrement touchés. **Un grand nombre d'entre elles sont basées sur une compréhension a priori du risque, mais un élément clé de la vulnérabilité est que l'on ne sait souvent pas clairement qui est vulnérable jusqu'à ce que des problèmes surviennent ou que les systèmes de soutien échouent.** Par conséquent, ces suggestions doivent être complétées par des évaluations locales de la vulnérabilité.⁵

Vulnérabilité épidémiologique au COVID-19

Selon les preuves émergentes en provenance d'Asie de l'Est et d'Europe, les populations les plus vulnérables aux maladies graves et aux décès sont les personnes âgées de plus de 70 ans et les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire, de diabète, de maladie respiratoire chronique, d'hypertension ou de cancer. Il n'existe aucune preuve de différence parmi les taux d'infection, mais les hommes semblent presque deux fois plus susceptibles de mourir que les femmes.

Âge : Bien que les populations des PRFM soient relativement jeunes comparativement à celles des pays à revenu élevé, dans l'absolu, les PRFM représentent 69 % de la population mondiale des personnes âgées de plus de 60 ans, ce qui représente une vulnérabilité générale significative.⁶ En outre, bien qu'il y ait eu des spéculations selon lesquelles les maladies graves et les décès seraient plus faibles dans les PRFM en raison du fait que les personnes âgées de plus de 80 ans représentent la proportion la plus faible de leurs populations,⁷ l'on ne sait pas si ce sera le cas. Des cas survenus dans certains pays PRFM (par exemple, en Indonésie) semblent suivre différentes distributions de la mortalité liée à l'âge, avec des décès d'individus plus jeunes. Il existe une perception selon laquelle les villes ont des populations plus jeunes que les zones rurales (par exemple, avec des personnes en âge de travailler qui migrent vers les villes à la recherche d'un emploi, et des personnes plus âgées qui reviennent dans les villages en fin de vie), toutefois, les répartitions en fonction de l'âge entre les populations urbaines et rurales dans les PRFM sont similaires.⁸ Chaque ville aura des répartitions en fonction de l'âge différentes mais il serait imprudent d'écarter les risques liés à l'âge dans les villes des PRFM.

Sexe : Il n'existe aucune explication claire des taux de mortalité plus élevés observés chez les hommes du COVID-19. Ils ont été provisoirement liés à des conditions inhérentes au mode de vie sexospécifique, par exemple, la consommation de tabac qui est également susceptible d'être un facteur au sein des établissements informels.

Affections concomitantes : Les cas d'hypertension, de maladies cardiovasculaires, de diabète, et de cancer sont mal documentés au sein des établissements informels⁹, bien qu'ils soient de plus en plus élevés dans les PRFM et parfois même encore plus élevés dans les PRE.¹⁰ Les données probantes relatives aux fardeaux de au sein des établissements informels sont limitées par la dépendance des résidents vis-à-vis des fournisseurs privés, souvent, informels de médicaments et de services, ce qui signifie que leurs problèmes de santé ne sont pas pris en compte. Une étude qualitative réalisée en Sierra Leone a révélé des taux significatifs de maladies chroniques traitées de manière informelle et souvent non diagnostiquées.¹¹ Les maladies respiratoires sont une préoccupation majeure en raison d'éléments tels que la pollution de l'air intérieur et extérieur (par exemple, la circulation, les cuisinières), les logements vétustes, les expositions professionnelles, et l'incinération des déchets, tous liés au risque accru de développement de maladies respiratoires au sein des établissements informels.¹² Une dépendance à la nourriture de rue précuite, souvent frite au sein de nombreux établissements génèrent des environnements alimentaires qui favorisent l'apparition de maladies non transmissibles comme le diabète et les maladies cardiaques.¹³ **Il est plausible qu'il existe de nombreuses maladies chroniques pertinentes, souvent non détectées et mal diagnostiquées au sein des communautés, ce qui mettrait en danger un grand nombre de personnes.** Outre les comorbidités à haut risque identifiées jusqu'à présent, il peut y avoir d'autres maladies susceptibles de générer des résultats plus défavorables, et qui sont répandues de manière disproportionnée dans les PRFM et au sein des établissements informels. Des préoccupations majeures ont été soulevées concernant le VIH¹⁴, la tuberculose, et la malnutrition.

Vulnérabilité à la transmission

Cela comprend la mixité sociale, les logements et les infrastructures au sein desquels les conditions sont susceptibles de favoriser une transmission accrue ; toutefois, il existe peu de données probantes concernant la dynamique de transmission sociale et environnementale.

Densité : Compte tenu de la densité de population et de logements de nombreux établissements, il y a davantage d'opportunités de mixité sociale et des options plus limitées de distanciation physique/sociale. Une étude de modélisation de la grippe menée à Delhi a estimé les taux de contact basés sur la densité dans des bidonvilles et a révélé que les conditions des bidonvilles avaient été associées à des pics épidémiques plus importants et plus prononcés.¹⁵ Néanmoins, tous les logements ne sont pas denses au sein des établissements informels. Il existe des différences entre les établissements périurbains, qui ont tendance à présenter une densité plus faible, et les établissements en centre-ville (formels et semi-formels) qui ont tendance à être plus denses.

Foyer et structures sociales : La transmission de la maladie se produit souvent au sein de foyers, mais les « foyers » dans les établissements informels peuvent être flexibles, avec des individus qui se déplacent entre plusieurs maisons, partagent de la nourriture ou un espace de couchage. Les stratégies et mesures de contrôle basées sur des hypothèses concernant les unités familiales sont susceptibles d'échouer. Ce sont souvent les grands-parents ou des membres de la famille plus âgés qui s'occupent des enfants, et cela comporte un risque élevé de transmission.

Mobilité : La mobilité au sein et entre les villes est fréquente et partagée. Les résidents des villes entretiennent des liens étroits avec les régions d'origine, en envoyant de l'argent¹⁶ et en se déplaçant fréquemment entre les zones urbaines et les zones rurales pour des motifs professionnels et sociaux, mais également lorsqu'ils sont malades et pour ramener des personnes décédées sur leur lieu de naissance.¹⁷ Cela peut signifier que les résidents d'établissements informels risquent de propager le COVID-19 au sein des zones rurales et de créer une « dynamique à impulsion » urbaine-rurale similaire à ce qui avait été observé avec le virus Ébola. Les raisons de la mobilité et les implications des liens entre les zones urbaines et rurales doivent être prises en compte dans les stratégies de contrôle.

Aération : Les espaces non aérés et confinés sont considérés comme présentant un risque accru de transmission en raison de la circulation de l'air. Le type d'habitation et le système d'aération varient selon l'établissement mais doivent être pris en considération lors du développement de plans locaux visant à assurer la protection des populations.

Eau : L'accès à l'eau est inadéquat au sein de la plupart des établissements informels et, de manière générale, les résidents ne disposent pas de leur propre approvisionnement en eau. Au lieu de cela, l'eau est achetée auprès de fournisseurs privés à un coût élevé¹⁸ et cela peut empêcher l'utilisation généreuse et le lavage des mains. Des points d'eau sont également partagés, ce qui présente des risques vis-à-vis de la distanciation spatiale (par exemple, en faisant la queue et en récupérant) et de l'isolement (par exemple, la nécessité de quitter la maison pour récupérer).

Toilettes : À l'instar des points d'eau, les toilettes sont généralement situées à l'extérieur des habitations et au sein d'installations communes. On ne sait pas avec certitude combien de temps le virus peut survivre à l'extérieur du corps ni sur quelles surfaces, mais

les toilettes communes présentent des risques supplémentaires, en particulier lorsque les excréments ne sont pas bien gérés. Le manque d'accès à l'eau et aux toilettes au sein du foyer rend l'auto-isollement strict quasiment impossible.

Assainissement : L'élimination des déchets est souvent inadéquate, et le dépôt des déchets dans la rue comporte un certain nombre de risques pour la santé, y compris, éventuellement, le COVID-19. De même, les collecteurs de déchets sont exposés à des risques liés aux déchets contaminés.

Vulnérabilité inhérente au système de santé

Tandis que dans les pays du Nord, l'attention est focalisée sur la capacité en matière de soins intensifs, elle peut être considérablement limitée dans les systèmes de santé à ressources réduites. **Il convient de se demander si et de quelle manière les populations accéderont aux soins de santé, y compris quand et par qui ils sont évalués comme nécessitant des soins intensifs.** La disponibilité de professionnels de santé officiels (par exemple, dispensaires publics ou gérés par des ONG) est faible au sein de la plupart des établissements, et de nombreuses études comportementales en matière de santé identifient les coûts et la distance comme étant des obstacles majeurs à des soins de bonne qualité.¹⁹ Il existe une grande variété de prestataires informels, non réglementés et privés, y compris des pharmaciens privés, des vendeurs de médicaments, des agents sanitaires communautaires, des agents sanitaires itinérants, ainsi que ceux qui vivent au sein de la communauté et dispensent des soins. Bien que le recours à la médecine et à des prestataires non occidentaux soit fréquent, c'est souvent le cas pour certains types de maladies (par exemple, caractérisées par leur gravité, leur caractère soudain ou d'autres indicateurs pertinents au niveau local) mais pas pour des symptômes généraux tels que la fièvre ou la toux. Pour ces symptômes courants, l'automédication est fréquente et est principalement obtenue auprès de prestataires privés, et l'on a recours aux soins de santé auprès de cliniques ou d'hôpitaux uniquement lorsque les symptômes s'aggravent (et si les coûts directs et indirects engendrés par le fait de se rendre à l'hôpital le permettent).²⁰ Les obstacles à l'accès et l'aversion pour les soins hospitaliers au sein des établissements informels doivent être pris en considération et impliquent que des personnes malades sont susceptibles de rester au sein de leur communauté pendant un certain temps alors qu'elles auraient besoin de conseils sur l'auto-isollement. Les prestataires privés peuvent s'avérer essentiels pour détecter la propagation, mais également pour la favoriser, et doivent être impliqués dans la riposte. **Ces modèles de comportement en matière de recours aux soins de santé contribuent au fait que des cas passeront, ou passent inaperçus et des efforts supplémentaires doivent être déployés pour identifier les cas au sein de la communauté.**

Sur le plan individuel, lorsqu'une personne tombe malade, sa réaction dépend de priorités concurrentes, notamment de la nécessité de gagner sa vie. Les individus déclarent qu'ils n'ont pas les moyens d'être malades, et qu'ils continuent à travailler pour ne pas perdre de revenus, et qu'ils ont recours aux médicaments en tant que « solution rapide ».^{21,22} Les premiers symptômes du COVID-19 sont difficiles à distinguer de ceux des autres maladies courantes, et il est peu probable qu'ils suscitent de nouvelles pratiques. Compte tenu de l'apparition modérée du COVID-19, **les personnes infectées sont susceptibles de suivre des normes établies qui accordent la priorité au travail et à la survie quotidienne, et peuvent inclure la visite de plusieurs prestataires informels pour acheter des traitements.**

Une étude qualitative indique que le recours aux soins en cas de maladie grave peut être assez aléatoire, les individus négociant avec plusieurs prestataires différents et suivant les recommandations d'amis et de proches (et comptant sur leur aide pour accéder à différentes formes de soins).²³ On ne sait pas avec certitude dans quelle mesure les individus se rendent dans les hôpitaux même en cas de symptômes sévères, notamment dans des contextes au sein desquels les hôpitaux sont perçus comme dispensant des soins inadéquats ou inappropriés ou lorsque l'argent est un élément dissuasif. Les individus indiquent fréquemment être traités de manière grossière ou maltraités dans les dispensaires publics officiels. Des médecins en Inde, par exemple, ont admis que le rationnement et le refus des soins faisaient déjà partie intégrante de l'expérience des soins de santé dans les PRFM.²⁴ Les messages actuels selon lesquels il n'existe aucun remède contre le COVID-19 peuvent également contribuer à dissuader les cas graves de se rendre à l'hôpital. Les planificateurs de la riposte doivent envisager la manière d'identifier les cas graves au sein de la communauté et ne pas partir du principe qu'ils se rendront à l'hôpital. Ils doivent également envisager la manière de gérer les transferts des personnes vers des centres de soins intensifs, le cas échéant.

Vulnérabilité inhérente aux mesures de contrôle

Les leçons tirées de nombreuses flambées épidémiques, y compris celle du virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest, indiquent que les mesures de contrôle de la maladie sont susceptibles de causer des dommages au-delà des menaces sanitaires directes. Le fait de ne pas tenir compte de ces préoccupations peut générer un effet contre-productif de ces mesures de contrôles. Dans de nombreux cas, les chocs les plus graves seront générés par les mesures de contrôles, et non la maladie. Les mesures de contrôle considérées ici sont celles étant largement mises en œuvre dans le contexte du COVID-19, à savoir la quarantaine, les confinements, l'auto-isollement, les recommandations de « télétravail », les interdictions de déplacement, et la fermeture des écoles, des marchés, des églises, l'interdiction des rassemblements publics, la fermeture des établissements de restauration et des espaces sociaux.

Impacts sur les moyens de subsistance : Il y a un impact évident et immédiat sur les moyens de subsistance. Dans la plupart des établissements informels, les populations vivent au jour le jour et disposent d'économies ou de capacité d'épargne extrêmement limitées. Quel que soit le secteur, ou qu'il soit formel ou informel, tout ce qui entrave les déplacements pour aller travailler, la demande de main d'œuvre, les salaires ou la situation professionnelle aura des conséquences désastreuses. La perte de revenus présente d'autres conséquences en l'absence de mesures de protection, dans la mesure où les individus disposent de moins de moyens pour acheter un approvisionnement en eau ou des articles d'hygiène essentiels ou retourner dans leurs régions d'origine. Il convient de réfléchir sérieusement à la manière d'éviter de réduire les moyens de subsistance des individus, ou de les indemniser si cela devient nécessaire. Ceci doit inclure des personnes travaillant dans le secteur informel, ce qui peut s'avérer représenter la majorité des résidents d'établissements informels. Des évaluations doivent être réalisées concernant la manière dont les individus ayant perdu leurs moyens de subsistance peuvent être réaffectés (et rémunérés) à des activités de riposte.

Impacts sur la mobilité : L'application soudaine de restrictions de déplacement peut entraîner la fuite des populations (comme en Italie du Nord) ou des déplacements clandestins (par exemple, comme cela a été le cas lors de la flambée épidémique du virus Ébola

survenue en 2018-2020 en RDC) en raison de la peur, de la perte de moyens de subsistance et des besoins continus de voyager (par exemple, s'occuper de proches, se rendre à des obsèques). Ceci peut contribuer à accélérer la propagation du virus et exige une gestion attentive. Les restrictions imposées sur la mobilité peuvent être essentielles, mais elles sont difficiles à gérer de façon globale et se sont révélées inefficaces par le passé à moins que les besoins inhérents à la mobilité (par exemple, les moyens de subsistance) ne soient examinés et pris en considération.²⁵ Lors de la flambée épidémique du virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest, les populations rurales avaient établi leurs propres forces opérationnelles au sein des villages ou des territoires qui contrôlaient les mouvements dans les régions. Il sera essentiel de conseiller et d'encourager les populations rurales à contrôler les mouvements en complément des recommandations et restrictions de déplacement imposées sur les populations urbaines. Les plateformes de transport urbaines et les modes de transport pour les plus démunis en milieu urbain nécessitent une attention particulière.

Accès à la nourriture : Dans les établissements les plus pauvres, les foyers ne disposent pas de la capacité de stocker de la nourriture pendant plusieurs jours et s'approvisionnent principalement auprès de marchés informels et de vendeurs de restauration ambulante. Si les déplacements sont limités, la capacité des individus d'accéder à la nourriture sera fortement réduite. En outre, si les marchés ou les points de vente ambulants sont fermés, cela signifie que les individus ne seront pas en mesure d'acheter la nourriture dont ils ont besoin.

Vulnérabilités systémiques

Les risques au sein des établissements informels sont multidimensionnels et incluent l'imbrication de problèmes sanitaires (par exemple, des maladies chroniques et aiguës, y compris la tuberculose, la dengue, le choléra etc.) ; sociaux (violence, persécution, criminalisation, intimidation) ; naturels (par exemple, inondations, pluies, chaleur) ; technologiques et infrastructurels (par exemple, accidents, incendies, effondrements de bâtiments).²⁶ La crise du COVID-19 sera vécue parallèlement à ces risques, en interagissant avec eux, et en diminuant potentiellement la résilience à leur égard. Les impacts se recouperont avec les identités et les rôles sociaux des populations, y compris :

- **Réseaux de soins** : Les personnes âgées sont susceptibles de fournir des soins essentiels à la famille élargie (par exemple, les petits-enfants et les orphelins). S'ils ne sont pas en mesure de remplir ce rôle, à court et à long terme, cela peut contribuer à la vulnérabilité de ceux dont ils s'occupent ou limiter la capacité autres personnes (par exemple, la capacité de travailler des parents).
- **Handicaps** : Les personnes handicapées dépendent des soins dispensés par les autres. Elles sont exposées à la contraction du virus (dans la mesure où elles sont moins à même de s'auto-isoler) et à la menace de perdre des relations clés qui leur permettent d'exécuter des fonctions quotidiennes de base. Les personnes à mobilité réduite peuvent être plus exposées à l'environnement qui les entoure. Par exemple, il peut être difficile pour les utilisateurs de fauteuils roulants de ne pas toucher les surfaces et ils doivent constamment toucher les roues du fauteuil à des fins de mobilité.
- **Personnes déplacées** : Un nombre accru de personnes déplacées vivent au sein d'établissements informels plutôt que dans des camps. Ces populations sont susceptibles d'être moins connectées aux structures d'assistance locales et des données indiquent qu'elles ont beaucoup de difficultés à accéder aux services et à l'information.
- **Impacts sexospécifiques** : Les impacts sexospécifiques comment à être identifiés et sont pertinents au sein d'établissements informels. Ils incluent : la possibilité d'accroître le fardeau des soins pour les femmes et les jeunes filles ; des conséquences inégales sur le potentiel de revenu des hommes et des femmes (par exemple, pour les travailleurs migrants) ; la proportion plus élevée de femmes professionnelles de la santé dans de nombreux contextes les exposent à un risque accru ; détournement des ressources des programmes d'égalité hommes-femmes. On a également signalé des taux accrus de violence sexiste en quarantaine (par exemple, en Corée du Sud, en Chine et au Royaume-Uni), qui suivaient les modèles de précédentes flambées épidémiques, y compris celle du virus Ébola.²⁷
- **Sûreté et sécurité** : Dans certains cas, les établissements informels présentent des niveaux de violence élevés, y compris la prédominance de réseaux criminels. Les tensions sociales, liées aux conditions socio-économiques tendues, pourraient être exacerbées au niveau des foyers et de la communauté. Dans les deux cas, cela pourrait avoir des conséquences majeures sur les interventions potentielles.
- **Santé mentale** : Les individus atteints de troubles de santé mentale sont susceptibles de souffrir de traumatisme à court et à long terme en conséquence de la pandémie et de son contrôle. Il a été révélé que les individus qui avaient été placés en quarantaine souffraient de troubles de santé mentale à long terme.²⁸
- **Expulsions** : La location est souvent précaire avec des menaces d'expulsion de la part des propriétaires et de l'État. Les crises ont été utilisées en tant qu'opportunités d'expulser des locataires/populations vulnérables ou indésirables et il y a une probabilité que cela se produise avec le COVID-19 à moins que des mesures de protection ne soient convenues.

Rupture ou absence de protection sociale : Les impacts qui affectent la capacité et les réseaux de protection des individus contribueront également à générer des vulnérabilités. Par exemple, les écoles jouent un rôle dans la protection sociale, si elles sont fermées, les enfants qui en dépendent pour les repas sont susceptibles de souffrir de la faim et de subir des effets nutritionnels négatifs, et cela peut contribuer à augmenter les dépenses du foyer. Après que les écoles aient été fermées pendant une année durant l'épidémie de virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest, il a été signalé que les grossesses chez les adolescentes avaient augmenté bien qu'il ne semble pas y avoir de données claires à ce sujet. Il existe d'autres groupes de population déjà susceptibles de ne disposer d'aucune protection sociale. Une étude actuellement menée en Sierra Leone a identifié des populations de personnes âgées isolées n'ayant pas d'enfants ou qui se trouvaient en situation d'abandon.

Stigmatisation : Comme c'est le cas pour de nombreuses maladies infectieuses, les personnes ou groupes ayant contracté le COVID-19 ou étant associés au virus sont susceptibles d'être victimes de stigmatisation. Les messages inhérents à la « distanciation sociale » peuvent exacerber cela. La stigmatisation suit souvent les formes existantes de stigmatisation sociale et peut avoir de graves impacts (par exemple, être invité à quitter son logement, perdre son emploi) et des conséquences à long terme pour l'intégration et la participation à la vie sociale et économique. Cela peut se produire au sein d'établissements informels mais également au sein de l'établissement dans son ensemble si la région et sa population deviennent associées à la propagation de la maladie.

Actions locales et comment les soutenir

Les leçons tirées de précédentes crises humanitaires et sanitaires^{29,30} survenues au sein d'établissements urbains informels, et de milieux non urbains³¹ mettent en évidence le fait que des interventions adaptées et menées au niveau local qui tiennent compte de la diversité et de la complexité des milieux urbains sont essentielles pour être efficace et réduire les dommages. Les états d'urgence et l'« esprit d'urgence » peuvent parfois exclure les approches descendantes mais finiront par en dépendre. Lors de la mise en quarantaine sans précédent imposée en Chine sur la ville de Wuhan, des groupes de quartier ont participé à au contrôle des déplacements.³² Les initiatives communautaires se développent dans le monde entier. Des partenariats avec les autorités locales et un soutien à l'action locale seront essentiels. Cette section aborde les approches inhérentes à l'action locale, aux données locales, aux partenariats et au soutien.

Organisation locale : Il peut y avoir un niveau élevé d'organisation locale au sein des établissements informels, y compris concernant la fourniture de services de base (par exemple, entretien et approvisionnement en eau, assainissement et groupes de nettoyage, patrouilles de sécurité et surveillance de quartier) ; la protection sociale (par exemple, des groupes d'épargne, des clubs d'activités périscolaires ou des syndicats d'enseignants) ; les moyens de subsistance (par exemple, des organisations syndicales et des associations professionnelles, notamment dans les secteurs informels) ; les besoins spirituels (par exemple, les mosquées, les églises) ; et en matière de socialisation (par exemple, des clubs sociaux ou sportifs) ; la santé (par exemple, des groupes d'entraide, des réseaux d'agents de santé communautaires, des comités de gestion sanitaire communautaires) ; l'aide aux victimes de catastrophes (par exemple, des équipes et comités de gestion des catastrophes) ; le plaidoyer (par exemple, les droits des femmes, les droits de la communauté LGBT) ; et bien plus encore – qui comblent souvent les lacunes de l'état ou de l'aide sociale, et participent aux processus de développement. En outre, de nombreux établissements sont également dotés de structures de leadership traditionnelles qui empiètent sur ces groupes. Il est essentiel que les ripostes contre le COVID-19 soient organisées au travers de ces groupes et de dirigeants qui connaissent le terrain et ont déjà des liens avec les résidents. Des groupes et réseaux de solidarité et de financement participatif apparaissent également en réponse au COVID-19.

Adaptations au COVID-19 : Tandis qu'un grand nombre de ces groupes sont compétents dans les domaines du développement communautaires et de l'aide aux victimes de catastrophes, y compris en raison d'actions de riposte menées contre de précédentes flambées épidémiques, des adaptations sont nécessaires en ce qui concerne le COVID-19. La flambée épidémique du virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest offre des précédents quant au pouvoir de l'organisation urbaine pour faire face à une menace infectieuse aiguë, lorsque des forces opérationnelles de quartier avaient été formées, des règlements avaient établi des restrictions de déplacement, des groupes locaux avaient procédé à des contrôles et une surveillance en « porte à porte », et, dans certains cas, avaient dispensé des soins à domicile. Toutefois, ces mesures ne sont pas entièrement adaptées au COVID-19 dans la mesure où elles sont susceptibles de favoriser la propagation. Les processus d'organisation communautaires qui se déroulent généralement en personne et avec la participation des aînés de la communauté peuvent s'avérer non sécuritaires dans la mesure où ils impliquent un contact avec des groupes à risque élevé. L'impératif de distanciation physique exige l'adaptation des méthodes établies. De nombreuses communautés disposent de groupes WhatsApp ou Facebook dynamiques (par exemple, basés sur le quartier, spécifiques à une identité ou à un sujet) qui peuvent faire office de canal de mobilisation. Les réseaux sociaux sont déjà utilisés pour plaider en faveur d'un soutien accru pour les résidents, y compris concernant l'approvisionnement de gel désinfectant pour les mains (par exemple, #sanitizersforslums sur Twitter) et de stations de lavage des mains.³³ La radio constitue également un outil de communication important. Il sera essentiel de gérer les fausses informations et les rumeurs qui suscitent la confusion, la méfiance et la panique.³⁴

Stratégies locales pour l'isolement et la distanciation physique : Lors de la flambée épidémique du virus Ébola en Afrique de l'Ouest, les quarantaines étaient répandues et, dans une certaine mesure, la distanciation sociale également. Toutefois, cela a été le cas sur une échelle beaucoup plus réduite que ce qui est susceptible d'être nécessaire pour le COVID-19 et, même à l'époque, cela s'est avéré un exploit logistique extrêmement complexe (veiller à répondre de manière adéquate aux besoins sanitaires, alimentaires, psychosociaux et en matière de sécurité des foyers placés en quarantaine afin de garantir qu'ils respectent la quarantaine). Les tentatives de placer des établissements entiers en quarantaine ont généré des violences et ont fini par être abandonnées car elles se sont avérées inefficaces. Au-delà des préoccupations d'ordre social, chaque établissement est doté de caractéristiques physiques qui rendent les mouvements de population (à l'intérieur et à l'extérieur) plus ou moins possibles (par exemple, le nombre de points d'entrée, les frontières physiques, les réseaux routiers, la densité d'habitations) et les actions devront être déterminées par les résidents locaux. Il peut y avoir des choix difficiles à faire entre des stratégies visant à un confinement strict ou des stratégies de restriction. Bien que des restrictions imposées de l'extérieur soient désormais courantes pour lutter contre le COVID-19 dans le monde entier, elles sont susceptibles de contribuer à réduire davantage la survie au sein des établissements informels et, par conséquent, de générer un risque de résistance et d'agitation à moins d'être élaborées avec la participation locale ou de permettre une adaptation locale. Les options potentielles, fondées sur les actions émergentes pour lutter contre le COVID-19 à l'échelle internationale et issues de précédentes épidémies incluent :

- **Équipes spéciales/comités locaux :** Composés de dirigeants locaux et de représentants communautaires afin d'établir des stratégies pour les soins à domicile, l'auto-isolement, les contrôles des mouvements (à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement), la fermeture des espaces public à risque élevé, le soutien aux personnes vulnérables et la communication.
- **Aménagement de l'espace et assistance :** Développer des stratégies et des recommandations locales pour l'isolement à domicile ou collectif des personnes malades ou vulnérables (pas au même endroit). Les groupes locaux pourraient développer des systèmes signalétiques simples pour les foyers en auto-isolement et/ou nécessitant une assistance (par exemple, une aide pour récupérer de l'eau, de la nourriture, etc.) qui contribueraient à réduire le contact physique et à garantir les services de base. Pour les groupes de personnes malades ou vulnérables, structures des installations existantes pourraient être réaménagées ou l'on pourrait construire des structures temporaires à faible coût (à l'instar des centres de soins communautaires pour traiter le virus Ébola, des centres d'accueil etc.) afin de séparer un plus grand nombre de personnes en toute sécurité et conformément aux considérations relatives à la sécurité alimentaire.

- **Communication** : Une bonne utilisation de la technologie de communication (à savoir, la radio et les réseaux sociaux), permettra de favoriser la distanciation physique. Elle doit inclure des opportunités de dialogue bidirectionnel, telles que des sessions de questions-réponses avec des experts. Des efforts spécifiques sont nécessaires pour communiquer avec les groupes les plus vulnérables, dont les personnes âgées et les handicapés qui sont susceptibles d'être moins connectés/en ligne. Faire la promotion (à la télévision, à la radio, sur les réseaux sociaux, dans la presse écrite, sur des prospectus) de différents canaux et groupes de communication et donner des informations quant à la manière de les rejoindre, de demander des conseils ou de solliciter de l'aide, y compris pour les groupes locaux, le gouvernement local, les agences humanitaires et les ONG. Envisager d'établir des centres de liaison pour l'identification et le signalement de cas, la protection sociale, les renseignements généraux etc.
- **Moyens de subsistance et protection** : Des recommandations spécifiques sont nécessaires pour les personnes qui ne peuvent pas cesser de travailler, et qui fournissent des services essentiels au reste de la ville (par exemple, les éboueurs). Il est nécessaire de fournir des équipements de protection à ces groupes. Les syndicats locaux (formels et informels) pourraient être influents à cet effet. Certaines associations et certains réseaux professionnels ont déjà commencé à réorienter leur activité pour soutenir la riposte contre le COVID-19 (par exemple, des ateliers de confection qui fabriquent des masques et des équipements de protection).
- **Adaptations spirituelles** : Encourager les chefs religieux à créer des alternatives aux rassemblements religieux, et à la fourniture sécurisée d'une aide spirituelle, afin de veiller à ce que les besoins religieux soient également pris en compte, par exemple, à la radio ou sur les réseaux sociaux.

Lassitude de la riposte et responsabilisation : Tandis que les résidents font face à des urgences, des crises et des chocs constants, ils peuvent être lassés par la nécessité d'être à nouveau auto-organisés et résilients. S'ils n'ont pas été impliqués de manière adéquate par les agences externes, ils sont également susceptibles de se méfier du gouvernement et des intervenants humanitaires, surtout des promesses rompues sur les bénéfices une fois la catastrophe terminée. La riposte doit accorder aux groupes locaux un réel sentiment de contrôle, et, le cas échéant, des ressources, dans le cas contraire, elle encourt le risque de nuire aux relations existantes et de démobiliser ou de compromettre les structures communautaires locales. Les domaines nécessitant un soutien comprennent :

- **L'élargissement des services de base** : Les gouvernements locaux, les services publics et les sociétés privées doivent être encouragés à augmenter rapidement l'approvisionnement en eau abordable et l'assainissement sécurisé au sein des établissements. Cela est déjà le cas dans certains endroits, par exemple à Kibera au Kenya³⁵, au Rwanda³⁶ et à Freetown, avec la fourniture de stations de lavage des mains.
- **Ressources financières** : Une aide financière est susceptible d'être requise pour permettre de consolider les réseaux informels, l'auto-organisation des communautés, ainsi que l'accès aux ressources et à l'information pendant la durée de la flambée épidémique. Les systèmes de transfert de fonds et l'utilisation de l'argent mobile offrent des systèmes potentiels pour rendre les ressources directement accessibles, de manière rapide et sécurisée.
- **Protection sociale** : Des interventions sont nécessaires afin d'aborder les moyens de subsistance informels et de protéger les travailleurs précaires mal rémunérés afin de leur permettre de conserver un emploi (sécurisé) et de financer une éventuelle hospitalisation lorsque cela s'avère nécessaire pour les groupes vulnérables, l'aide à l'enfance, et la distribution alimentaire.
- **Équipements de protection** : Fournir des équipements de protections tels que des masques et des gants aux travailleurs à risque, y compris aux agents sanitaires bénévoles communautaires et aux éboueurs.

Gestion des décès : Une étude s'impose d'urgence en ce qui concerne la gestion des personnes décédées, y compris les décès survenus au sein de la communauté et dans des hôpitaux susceptibles d'être éloignés du lieu de résidence de la famille. Le traitement des corps a constitué une source de tension majeure dans le cadre de la riposte contre le virus Ébola en Afrique de l'Ouest lorsque les cadavres n'étaient pas traités ni inhumés selon les traditions locales d'amour et de respect. Cela a suscité de la résistance parmi les populations locales et a contribué à motiver les populations à omettre de signaler les cas. Des plans doivent être élaborés avec les communautés locales quant à la manière de gérer une augmentation du nombre de décès afin de garantir une inhumation sécurisée locale (si l'espace le permet) ou la récupération respectueuse et opportune des corps au sein des communautés. Dans les deux cas, les populations locales doivent être consultées afin de concevoir des approches conférant l'opportunité de dire au revoir et permettant l'accomplissement de rites sociaux et spirituels (ou leurs adaptations sécurisées, par exemple, ne pas toucher le corps mais le voir). Dans le cas contraire, cela contribuera à augmenter le traumatisme individuel et collectif.³⁷

Identification des personnes vulnérables : La vulnérabilité est souvent engendrée par des structures d'assistance défaillantes, et les personnes les plus vulnérables sont celles qui en sont victimes. Tandis que la transmission est faible, des mesures doivent être prises afin de comprendre quels sont les institutions et réseaux sociaux de soutien existants, et de quelle manière ils peuvent être soumis à des contraintes. Ils peuvent varier considérablement selon les contextes et sont susceptibles de ne pas pouvoir être reproductibles au sein des établissements informels. Le fait de les identifier, ainsi que les représentants de groupes clés permettra de mieux comprendre la manière dont le COVID-19 est susceptible de les fragiliser, ou de renforcer leur pertinence/rôle. Ceci devrait éclairer quant à la manière de consacrer les ressources limitées. Des protocoles prédéfinis concernant la vulnérabilité peuvent se révéler inutiles dans la mesure où un choc est susceptible de modifier les priorités et les vulnérabilités.

Types de données nécessaires pour la planification des ripostes contre le COVID-19 au sein des établissements informels

- **Données démographiques de base** relatives aux nombres de personnes vivant au sein d'une région, (y compris la densité de l'établissement et le surpeuplement de foyers), ventilées par âge, sexe, et caractéristiques sociales. Ces informations sont utiles pour comprendre l'impact et la propagation de la maladie, et pour cibler les ripostes et les urgences.
- **État de santé des populations**, en particulier, la prévalence de facteurs de risque et de facteurs de risque potentiels de maladie non transmissible, par exemple, les maladies transmissibles telles que le VIH et la tuberculose, ou l'état nutritionnel.

Également, les taux de morbidité et de mortalité de l'ensemble de la population afin de détecter des augmentations inattendues de maladies, et planifier une capacité de déploiement rapide.

- **Données économiques** inhérentes aux moyens de subsistance (type et distance), aux plans d'épargne, aux chaînes d'approvisionnement, au coût de la vie et aux produits et services de première nécessité (y compris l'eau, l'assainissement, mais également le désinfectant pour les mains, le savon, etc.)
- **Services de santé et sociaux**, y compris l'existence, la distance, et l'utilisation de professionnels de la santé formels et informels, afin d'évaluer la capacité et également les pratiques inhérentes au recours aux soins de santé, les services d'éducation et de soins.
- **Données spatiales**, y compris données SIG inhérentes aux établissements et points d'intérêt, y compris les écoles, les points d'eau, l'assainissement, les marchés, les centres de transport, les édifices religieux, etc.
- **Données et connaissances sociales** analysant les réseaux sociaux, les comportements et la culture, y compris les liens familiaux, la mobilité, la disponibilité et l'utilisation de l'espace, les rôles et statuts sociaux et la manière dont ces facteurs sont susceptibles d'influencer la transmission ; également, l'« infrastructure sociale », par exemple, quels sont les types de structures sociales existantes, qui sont les personnes/canaux de confiance pour différents groupes de population, et de quelle manière les menaces ont été traitées dans le passé.
- **Données générées par la citoyenneté**. La couverture plus large des téléphones portables au sein de nombreuses zones urbaines, ainsi que les données électroniques et inhérentes aux réseaux sociaux peuvent faciliter les interventions communautaires. Des outils tels que Facebook et Twitter peuvent capter les alertes de crise en provenance des communautés et favoriser une intervention opportune dans les situations d'urgence.

Données et connaissances locales : Les données locales sont essentielles pour la riposte, en particulier si ces données peuvent être transformées en connaissances permettant d'élaborer des stratégies en temps quasi-réel. Bien que l'on dispose généralement de peu d'informations sur les établissements informels, du moins provenant de sources de données formelles, il existe des alternatives au niveau local. Les groupes d'épargne et communautaires connectés tels que SDI (Slum/Shack Dwellers International) ont collecté leurs propres données sociodémographiques relatives aux établissements (par exemple, nombre de foyers, résidents, revenus, accès aux services, infrastructure physique et espace, etc.) Ces réseaux ont l'avantage que ces groupes soient des résidents et, par conséquent, qu'ils disposent d'une connaissance sociale approfondie de leurs communautés. Il existe des outils librement accessibles qui permettent aux communautés de se recenser, complétés par une cartographie participative en ligne. De plus en plus de réseaux en ligne (par exemple, de cyclistes, de chauffeurs-livreurs, etc.) qui disposent de bonnes connaissances locales et qui génèrent des données basées sur les Smartphones. Les observatoires urbains nationaux et locaux, affiliés à l'Observatoire urbain mondial dirigé par ONU-Habitat constitue un autre réseau local et mondial de producteurs de données locales. Les Observatoires urbains disposent de spécialistes en matière de données urbaines qualifiés possédant un mandat et une connaissance des sources de données urbaines essentielles et de la manière de les canaliser et de les communiquer afin de soutenir la planification de la riposte.

Partenariats : Il est essentiel que les initiatives locales soient connectées et soutenues. Les approches mises en œuvre par SDI et les Observatoires urbains ont été utilisées afin d'encourager les structures communautaires locales, les dirigeants et les autorités à apporter leur aide dans les situations d'urgence. Dans certaines villes ou zones urbaines, ces relations sont désormais bien établies et les groupes ont un dialogue régulier avec les autorités municipales. Compte tenu de l'urgence de la situation du COVID-19, et un manque de temps pour collecter ou synthétiser les données, l'action ayant potentiellement le plus d'impact serait de collaborer avec ces groupes. Il existe plusieurs réseaux internationaux qui relient les gouvernements et les agences à des groupes communautaires locaux. Nombre d'entre eux, par exemple, WIEGO (Women in Informal Employment Globalizing and Organizing), The Huairou Commission, la Coalition asiatique pour les droits au logement (ACHR), Global Platform for Rights to the City (GPR2C), le Programme participatif d'amélioration des bidonvilles lancé par ONU-Habitat dans 40 pays et GWOPA (Global Water Operators Partnership Alliance) ont déjà commencé à organiser et à développer des messages et des solutions pour leurs circonscriptions (par exemple, ramasseurs de déchets, sociétés de distribution d'eau). Les liens vers ces ressources sont indiqués ci-dessous.

Gouvernement local : L'accès aux services de première nécessité et la mise en œuvre d'interventions en matière de santé publique dépendront de l'implication et de la capacité des autorités municipales et des municipalités. Il existe des différences concernant l'accès aux ressources selon les villes, et la mesure selon laquelle le pouvoir et le contrôle des ressources ont été décentralisés vers les villes. Néanmoins, les maires et le gouvernement local ont un rôle important à jouer dans l'adaptation de la riposte à leurs contextes urbains et dans la participation d'intervenants clés en s'appuyant sur l'expérience de la coproduction pour des questions de développement urbain telles que l'eau et l'assainissement, ainsi que la planification à l'échelle de la ville.

Coordination des interventions par secteur : Les intervenants urbains du secteur de la santé et non lié à la santé ne sont pas toujours bien connectés, et il existe un manque de coordination entre les autorités sanitaires et les secteurs liés à la terre, à l'administration locale, à l'environnement, à l'eau ou à l'assainissement. Les unités de riposte contre les épidémies (par exemple, les Centres d'opérations d'urgence et les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies qui ont été établis dans de nombreux pays africains suite aux flambées épidémiques du virus Ébola en Afrique de l'Ouest) ont renforcé leur expertise en matière de surveillance des maladies, de gestion des cas, et de communication des cas. Ces unités, ainsi que les structures de coordination à l'échelle nationale seront probablement les principaux intervenants dans les PRFM mais pourraient être moins utilisés pour la gouvernance et la complexité urbaine. Elles doivent être connectées aux maires et aux gouvernements locaux qui ont une bonne connaissance des contextes urbains, ont établi des relations avec les dirigeants communautaires, et disposent d'une expérience des processus participatifs et communautaires dirigés par des groupes tels que SDI, mentionnés ci-dessus.

Inégalité, gouvernance contestée et action collective : Les résidents d'établissements informels ont tendance à représenter les couches les plus pauvres et les plus vulnérables de la société, mais il existe des variations, y compris des enclaves de richesse et des enclaves plus profondes de marginalisation. Cela signifie qu'il existe des profils de vulnérabilité variés, et lorsque la richesse et la pauvreté se côtoient (au sein d'établissements informels, et entre l'établissement et le reste de la ville) les perceptions d'injustice peuvent être palpables et sont susceptibles d'entraver l'action collective mise en œuvre pour lutter contre une pandémie. Les structures de gouvernance au sein des établissements informels sont souvent cop traditionnelles contestées et multiples. Les structures de leadership traditionnelles côtoient (ou concurrencent) des organisations criminelles, des milices ou d'autres groupes. L'afflux de ressources en période de crise peut exacerber ces tensions. L'on peut assister à l'apparition de groupes semi-criminels qui

assurent la « sécurité » pendant la crise, en effet, durant la flambée épidémique d'Ébola, il est souvent arrivé que des gangs locaux prennent en charge les fouilles de quartier et le contrôle des mouvements, et cela a également été signalé dans le contexte du COVID-19.³⁸

Marginalisation historique et continue : Dans les contextes au sein desquels le rationnement et les services de santé mal équipés constituent la norme, les populations ne sont pas habituées à ce que leur santé soit considérée comme une priorité. Un intérêt soudain pour des maladies spécifiques ou des normes standards de santé publique peut éveiller les soupçons. Les ramasseurs de déchets en Inde, qui proviennent de la partie inférieure du système des castes indien, ont déjà fait remarquer de manière ironique que le fait qu'ils reçoivent désormais des équipements de protection était uniquement dû à ce que la menace sanitaire de leur activité s'étendait à d'autres membres de la population.³⁹ De nombreuses villes imposent des normes réglementaires exagérément élevées, en matière de santé publique, de normes de construction, d'échanges commerciaux, etc., auxquels les établissements informels (et d'autres parties de la ville) ne sont pas en mesure de se conformer. En pratique, ces règles sont ignorées et peuvent devenir l'objet de l'application sporadique et parfois répressive de la part des autorités. Si les réglementations en matière de contrôle du COVID-19 sont irréalistes et ne correspondent pas aux réalités des individus, elles risquent de contribuer à réitérer ces modèles de contournement et de répressions.

Ressources urbaines utiles (indiquées à titre d'exemple, et non exhaustives)

Plateformes urbaines et centres de recherche

- SDI "Know Your City" <https://knowyourcity.info/>
- Cités et gouvernements locaux unis <https://www.uclg-cisdg.org/en/committee/our-mission>
- African Centre for Cities <https://www.africancentreforcities.net/>
- African Population and Health Research Center (<https://aphrc.org/runit/urbanization-and-wellbeing-in-africa/>)
- Sierra Leone Urban Research Centre <https://www.slurc.org/>
- Coalition asiatique pour les droits au logement <http://www.achr.net/>
- IIED <https://www.iied.org/environment-urbanization-local-organisation-profiles>
- ONU-habitat (www.unhabitat.org)
- Cities for Global Health <https://www.citiesforglobalhealth.org>

Initiatives de cartographie :

- <https://www.globalmapaid.org/maps/>
- <https://www.openstreetmap.org/>
- « Urban Health Atlas », Centre International pour la Recherche contre les Maladies diarrhéiques, (Bangladesh) (<http://urbanhealthatlas.com/>)

Listes des ressources urbaines concernant le COVID-19

- GWOPA <https://gwopa.org/what-water-and-sanitation-operators-can-do-in-the-fight-against-covid-19/>
- WIEGO <https://www.wiego.org/waste-pickers-essential-service-providers-high-risk>
- <https://www.sanitationandwaterforall.org/about/about-us/water-sanitation-hygiene/covid-19-and-wash>
- ARISE hub : <http://www.ariseconsortium.org/>
- Ushahidi <https://www.ushahidi.com/covid>

Contact

Veillez nous contacter si vous avez une demande directe relative à la riposte contre le coronavirus COVID-19, ou concernant une note stratégique, des outils, une expertise technique ou une analyse à distance supplémentaire, ou si vous souhaitez rejoindre le réseau de conseillers, veuillez contacter la Plateforme Social Science in Humanitarian Action en envoyant un e-mail à Annie Wilkinson (a.wilkinson@ids.ac.uk), Olivia Tulloch (oliviattulloch@anthrologica.com) ou Santiago Ripoll (s.ripoll@ids.ac.uk). Les Centres de liaison clés Plateforme incluent : l'UNICEF (nnaqvi@unicef.org) ; l'OMS (falerom@who.int) ; la FICR (obretta.baggio@ifrc.org) ; et le Groupe de recherche des sciences sociales GOARN (nina.gobat@phc.ox.ac.uk).



The Social Science in Humanitarian Action is a partnership between the Institute of Development Studies, Anthrologica and the London School of Hygiene and Tropical Medicine. Funding to support the Platform's response to COVID-19 has been provided by the Wellcome Trust and DFID.

- ¹ Anthrologica pour la SSHAP (2020). Considérations clés : la quarantaine dans le contexte du COVID-19 <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15133/SSHAP%20COVID-19%20Key%20Considerations%20Quarantine.pdf?sequence=24&isAllowed=y>.
- Anthrologica pour la SSHAP (2020) Considérations clés : informations en ligne, fausses informations et désinformation dans le contexte du COVID-19 https://www.socialscienceinaction.org/wp-content/uploads/2020/03/SSHAP-Brief-Online-Information_COVID-19.pdf
- ² Satterthwaite, D., Archer, D., Colenbrander, S., Dodman, D., Hardoy, J., Mitlin, D., & Patel, S. (2020). Building Resilience to Climate Change in Informal Settlements. *One Earth*, 2(2), 143-156. <https://doi.org/10.1016/j.oneear.2020.02.002>
- ³ Campbell, L. (2017). *Learning from the Ebola Response in cities: Population movement*. ALNAP Working Paper. ALNAP/ODI. <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/alnap-urban-2017-ebola-population-movement.pdf>
- ⁴ Dahab, M., van Zandvoort, K., Flasche, S., Warsame, A., Spiegel, P.B., Waldman, R.J., & Checchi, F. (2020). COVID-19 control in low-income settings and displaced populations: what can realistically be done? *Health in Humanitarian Crises Centre*. <https://www.lshnm.ac.uk/research/centres/health-humanitarian-crises-centre/news/102976>
- ⁵ Napier, A. D. (2014). *The Rapid Assessment of Vulnerable Populations - a 'barefoot' manual*. University College London
- ⁶ Lloyd-Sherlock, P., Ebrahim, S., Geffen, L., & McKee, M (2020). Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1052>
- ⁷ Beam Dowd, J., Rotondi, V., Andriano, L., Brazel, D.M., Block, P., Ding, X., Liu, Y., & Mills, M.C. (2020). Demographic science aids in understanding the spread and fatality rates of COVID-19. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.15.20036293>
- ⁸ DESA (2017). *Changing population age structures and sustainable development: A Concise Report*. UN Department of Economic and Social Affairs Population Division. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/ConciseReport2017/English.pdf>
- ⁹ Ezeh, A. et al (2017). The history, geography and sociology of slums and the health problems of people who live in them *The Lancet* 389: 547–58
- ¹⁰ World Health Organisation (2011). Global status report on non-communicable diseases 2010. https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
- ¹¹ Unpublished data, ongoing research in Sierra Leone 'Shock Tactics: urban health futures in the wake of Ebola', A. Wilkinson (PI)
- ¹² Checkley, W., Pollard, S.L., Siddharthan, T., Babu, G.R., Thakur, M., Miele, C.H., Van Schayck, O.C.P. (2016) Managing threats to respiratory health in urban slums. *The Lancet*, 4(11), 852-854. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(16\)30245-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(16)30245-4)
- ¹³ Tacoli, C. (2017). Food (in) security in rapidly urbanising, low-income contexts. *International journal of environmental research and public health*, 14(12), 1554.
- ¹⁴ ASSAf (2020). ASSAf Statement on the Implications of Novel Coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19) in South Africa. <https://www.assaf.org.za/files/2020/ASSAf%20Statement%20Corona%20Virus%202%20March%202020%20web.pdf>
- ¹⁵ : Chen J, Chu S, Chungbaek Y, et al. Effect of modelling slum populations on influenza spread in Delhi. *BMJ Open* 2016;6:e011699. doi:10.1136/bmjopen-2016-011699
- ¹⁶ Tacoli, C., & Mabalara, R. (2010). Exploring mobility and migration in the context of rural-urban linkages: why gender and generation matter. *Environment and Urbanization*, 22(2), 389-395. <https://doi.org/10.1177/0956247810379935>
- ¹⁷ Campbell, L. (2017). *Learning from the Ebola Response in cities: Population movement*. ALNAP Working Paper. ALNAP/ODI. <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/alnap-urban-2017-ebola-population-movement.pdf>
- ¹⁸ Mitlin, D. & Walnycky, A. (2019) Informality as Experimentation: 'Water Utilities' Strategies for Cost Recovery and their Consequences for Universal Access, *The Journal of Development Studies*
- ¹⁹ Sverdluk, A. (2011). Ill-health and poverty: a literature review on health in informal settlements. *Environment and Urbanization*, 23(1), 123–155. <https://doi.org/10.1177/0956247811398604>
- ²⁰ Macarthy, J.M., Conteh, A., Sellu, S.A., Heinrich, L., 2018. 'Health Impacts of the Living Conditions of People Residing in Informal Settlements in Freetown'. SLURC Publication.
- ²¹ Van der Heijden, J., Gray, N., Stringer, B., Rahman, A., Akhter, S., Kalon, S., Dada, M., & Biswas, A. (2019). 'Working to stay healthy', health-seeking behaviour in Bangladesh's urban slums: a qualitative study. *BMC Public Health*, 19, 600. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6750-0>
- ²² Denyer Willis, L., & Chandler, C. (2019). Quick fix for care, productivity, hygiene and inequality: reframing the entrenched problem of antibiotic overuse. *BMJ Global Health*, 4(4). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001590>
- ²³ Unpublished data, ongoing research in Sierra Leone 'Shock Tactics: urban health futures in the wake of Ebola', A. Wilkinson (PI)
- ²⁴ Gopichandran, V., Subramaniam, S., & Krishnamoorthy, V.H. (2020, March 15). Social distancing.....you must be kidding me. *Storytellers*. <http://eschhumanitiesclub.blogspot.com/2020/03/social-distancingyou-must-be-kidding-me.html>
- ²⁵ Campbell, L. (2017). *Learning from the Ebola Response in cities: Population movement*. ALNAP Working Paper. ALNAP/ODI. <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/alnap-urban-2017-ebola-population-movement.pdf>
- ²⁶ Adelekan, I.O. (2018). *Urban Dynamics and Everyday Hazards and Disaster Risks in Ibadan, Nigeria*. Urban Africa Risk Knowledge Working Paper. Urban ARK. <https://www.urbanark.org/sites/default/files/resources/URBAN%20ARK%20Working%20Paper.%20Adelekan%202018.pdf>
- ²⁷ Asia-Pacific Gender in Humanitarian Action Working Group (2020). The COVID-19 Outbreak and Gender: Key Advocacy Points from Asia and the Pacific. <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20eseasia/docs/publications/2020/03/ap-giha-wg-advocacy.pdf?la=en&vs=2145>
- ²⁸ Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- ²⁹ Satterthwaite, D. (2017). *The possibilities and limitations of community-based disaster risk reduction and climate change adaptation; findings across the city studies*. Urban ARK Briefing No. 8. Urban ARK. https://www.urbanark.org/sites/default/files/resources/UrbanArk_briefing_8_web.pdf
- ³⁰ Macarthy, J.M., Frediani, A.A., Kamara, S.F., & Morgado, M. (2017) *Exploring the role of empowerment in urban humanitarian responses in Freetown*. IIED Working Paper. IIED. <https://pubs.iied.org/pdfs/10845IIED.pdf>
- ³¹ Richards, P. (2016). *Ebola: how a people's science helped end an epidemic*. Zed Books Ltd.
- ³² Kuo, L. (2020, February 1). Paranoia and frustration as China places itself under house arrest. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/feb/01/across-china-cities-turn-into-ghost-towns-as-coronavirus-infected-more-than-10000>
- ³³ Kejitan, V. (2020, March 17). Kenyans online ask government to provide sanitisers in slums. *UReport*. <https://www.standardmedia.co.ke/ureport/article/2001364601/kenyans-online-ask-government-to-provide-sanitisers-in-slums>
- ³⁴ Anthrologica pour la SSHAP (2020) Considérations clés : informations en ligne, fausses informations et désinformation dans le contexte du COVID-19 https://www.socialscienceinaction.org/wp-content/uploads/2020/03/SSHAP-Brief-Online-Information_COVID-19.pdf
- ³⁵ GlobalGiving (2020). *Reduce the spread of Covid19 in Kibra slum*. <https://www.globalgiving.org/microprojects/reduce-the-spread-of-covid19-in-kibra-slum/> [Accessed 26 March 2020]
- ³⁶ YouTube (2020). *Le Rwanda installe des stations de lavage des mains à Kigali en réponse à la flambée épidémique imminente du Coronavirus*. <https://www.youtube.com/watch?v=Ws0Jf8P6vGc> [Consulté le 26 mars 2020]
- ³⁷ Une note stratégique de la SSHAP sur les pratiques funéraires dans le contexte du COVID-19 sera publiée début avril 2020.
- ³⁸ Schipani, A. & Harris, B. (2020, March 27). Drug gangs in Brazil's favelas enforce coronavirus lockdown. <https://www.ft.com/content/aaef1591-2fc5-4e6f-ab84-0e83b5a146ca>
- ³⁹ Johari, A. (2020, March 17). Coronavirus: They cannot work from home. Or follow social distancing. Here is why. *Scroll.in*. <https://scroll.in/article/956385/coronavirus-they-cannot-work-from-home-or-follow-social-distancing-here-is-why>