

## **LES IMPACTS DES RESTRICTIONS COVID DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE : UNE DÉCLARATION COLLABORATIF SUR LES IMPACTS ET LES ACTIONS**

Du 25 au 27 avril 2023, un groupe de 30 universitaires, militants sociaux et experts dans le domaine du développement et de la santé mondiale se sont réunis au King's College de Londres (KCL) pour discuter des impacts des restrictions de la Covid dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). Ils venaient d'Angola, d'Argentine, de Bolivie, du Cap-Vert, de Colombie, du Ghana, de Guinée-Bissau, d'Inde, du Kenya, du Mozambique, du Nicaragua, du Nigeria, de Turquie et du Vietnam.

Les discussions sur les thèmes de la santé, de l'éducation, des impacts économiques, des impacts spécifiques, de l'autoritarisme politique, des dynamiques rurales et urbaines et des leçons pour l'avenir ont eu lieu pendant les deux premiers jours. Au dernier jour, les participants se sont divisés en 4 groupes de travail pour examiner les thèmes suivants :

- 1 -- Les impacts des restrictions : confinements et droits de l'homme
- 2 — Les institutions mondiales, la santé communautaire et l'éducation
- 3 -- L'autoritarisme politique et l'opinion publique/le discours public pendant la pandémie de la Covid
- 4 – La préparation à une pandémie : plans et alternatives

Dans les semaines qui ont suivi la conférence, chaque groupe a préparé un énoncé de déclarations succinctes résumant leur conclusions. Les participants à la conférence partagent maintenant ces résultats, dans l'espoir qu'ils pourraient contribuer activement aux discussions politiques sur les mesures appropriées en réponse aux futures urgences de santé publique.

## **1. Impacts des restrictions : confinements et droits de l'homme**

Ce groupe de travail comprenait des collègues d'Argentine, du Mozambique, du Nigeria et du Vietnam pour examiner les impacts des restrictions sur les soins de santé, la vie économique et culturelle, et les droits de l'homme. L'une des principales préoccupations était que l'application des mesures de confinement n'a pas respecté les conventions garantissant les droits de l'homme, et que le travail des enfants, dans certains cas, a été furtivement promu quand des enfants étaient recrutés pour gagner la vie pour leur familles. Les souvenirs de l'autoritarisme dans des pays autrefois notoires étaient réveillés avec une grande peur conduisant aux manifestations pour sauvegarder les libertés fondamentales.

La pandémie de Covid-19 s'est accompagnée de plusieurs interventions dans deux grandes catégories, pharmaceutiques et non-pharmaceutiques, les deux comprenant des restrictions universellement appliquées bien qu'elles fussent disproportionnées par rapport aux risques connus de la maladie. Nous avons examiné les restrictions du point de vue des confinements, des droits de l'homme, des effets sur les jeunes et les adultes des pays à revenu faible et modéré (PRFI).

Nous avons trouvé que:

- 1, Il y avait un risque initial de propagation d'un nouveau virus pour lequel aucun remède n'était immédiatement disponible; cependant,
- 2, La mise en œuvre universelle des confinements dans les PRFI s'est déroulée en dehors du contexte de l'épidémiologie de la maladie, des systèmes de santé socio-économiques, culturels et particuliers locaux et des contextes uniques de chaque pays. Donc,
- 3, Les confinements tels qu'appliqués ont entraîné d'énormes dommages collatéraux, et un réexamen des processus de mise en œuvre et d'application est essentiel dans la gestion de pandémies futures.

En ce qui concerne les impacts socio-économiques immédiats des confinements, nous avons conclu que :

- 1, Les confinements ont entraîné d'immenses privations économiques dans la plupart des PFRI aux économies fragiles et où l'énorme secteur informel qui fait tourner l'économie a été perturbé: le bilan dû à la perte de revenus et son effet sur les personnes à charge n'ont pas pu être amortis.
- 2, La perte économique était irréparable compte tenu de la nature unique de ces entreprises, dépendantes des activités quotidiennes et des revenus.
- 3, En outre, les chaînes d'approvisionnement des produits de santé vitaux fabriqués à l'échelle internationale ont été perturbées par une pénurie concomitante et une augmentation du coût des produits disponibles.

En ce qui concerne l'impact socioculturel et éducatif des confinements, nous avons constaté que :

- 1, Les restrictions ont grossièrement exacerbé les divisions de classes existantes entre les nantis, les démunis et les non-soutenus.
- 2, Les enfants ne pouvaient pas interagir socialement avec leurs pairs quand les activités ludiques/sportives essentielles pour leur développement étaient arrêtées. Cela fut une activité manquante dans leur développement pendant les périodes de restrictions même lorsqu'un nouveau mode d'éducation utilisant des cours en ligne leur était introduit, car ils étaient dépourvus des

interactions personnelles et des activités de groupe fournissant une concurrence saine et un environnement d'apprentissage percutant pour leur développement intellectuel.

3, La cohésion familiale, y compris les mariages, était également affectée suite à l'absence de filets de sécurité pour soutenir les moyens de subsistance des foyers. En plus, l'interdiction non-contextuelle faite aux enfants d'interagir avec leurs grands-parents a affecté les relations entre générations.

4, C'était un traumatisme psychologique indescriptible à supporter. Y était liés l'impact sur la santé mentale, l'oisiveté qui en résulte, la peur de la durée des confinements sur les revenus, les emplois perdus, les entreprises en faillite, etc..

En ce qui concerne les impacts des confinements sur les soins de santé, nous avons constaté que:

1, Les établissements de santé ont été fermés en raison de l'absence d'équipements de protection individuelle (EPI), les prestataires de soins de santé n'ont pas pu accéder à leurs installations en raison des restrictions de mouvements, en particulier dans les contextes où les transports du secteur privé ne pouvaient pas fonctionner, les produits de santé étaient en pénurie, etc.

2, Les inégalités en matière de santé ont massivement augmenté, avec une forte focalisation sur la Covid et la négligence d'autres maladies telles que le paludisme, le choléra, le VIH/SIDA, la tuberculose, etc. Les patients atteints de maladies chroniques préexistantes telles que l'hypertension et le diabète souffraient à cause de l'impossibilité de renouvellements périodiques de médicaments, alors que les consultations cliniques régulières et les interventions chirurgicales réservées ne pouvaient pas être effectuées.

3, Les soins de santé se sont détériorés dans les PRFI où le secteur manufacturier des produits de base est faible et fortement dépendant de la fabrication à l'étranger. Cela était également évident dans la fabrication de produits médicaux pour leur secteur de santé tels que les tests rapides de paludisme, où la capacité de production mondiale a été réorientée vers des tests Covid plus lucratifs et très demandés. Les produits de santé reproductive, dans un autre cas parmi tant d'autres (masques nasaux, gants en latex, pansements, médicaments, etc.) n'étaient pas accessibles, entraînant une nette augmentation des grossesses non désirées et sa conséquence d'une explosion démographique fulgurante et non planifiée.

Les leçons tirées des restrictions avec des confinements imposés dans les PRFI comprennent, entre autres:

- a) La contextualisation du confinement en fonction de la géographie, des risques de maladie, des contextes et des particularités de chaque pays devrait être prise en compte auparavant.
- b) Une approche ascendante avec l'engagement communautaire est essentielle pour évaluer l'ampleur du confinement ou de tout type de restrictions à imposer.
- c) La communication d'informations et de messages exacts et honnêtes concernant les raisons de toute restriction est impérative; des options plus acceptables avec moins de dommages collatéraux doivent toujours être envisagées et appliquées dans la mesure du possible, et les messages devraient promouvoir la confiance du public.
- d) Un engagement public ouvert et inclusif et des débats incluant les personnes défavorisées devraient être organisés avant que toute restriction ne soit proposée à l'avenir. Les parents/tuteurs seraient en mesure d'exprimer leurs craintes, par exemple sur les options et/ou l'effet d'un nouveau mode d'apprentissage qui serait le mieux pour leurs pupilles.

e) Le respect des droits individuels/humains

f) Les PRFI devraient développer leur capacité manufacturière pour fabriquer eux-mêmes les produits et équipements essentiels dans les services de santé. L'industrialisation soutenue par l'État s'avérerait bénéfique pour les entreprises à moderniser pour générer les produits nécessaires.

## 2. Institutions mondiales, santé communautaire et éducation

Ce groupe de travail s'est appuyé sur l'expérience de la pandémie en Angola, au Cap-Vert, en Inde et en Turquie. Il a examiné le rôle des organisations internationales dans la réponse à la pandémie et les leçons qui peuvent en être tirées - en particulier en ce qui concerne l'interaction avec les gouvernements.

Sa principale conclusion était que la réponse à la pandémie ne peut être considérée isolément en termes nationaux ou historiques. Il doit être compris de manière holistique comme un événement mondial, au cours duquel la dynamique de travail des organisations internationales a été mise à rude épreuve – et a largement échoué. Cela nécessite de repenser l'organisation et le financement des soins de santé et de l'éducation dans le monde.

Le groupe de travail a formulé 5 recommandations principales :

1 – Les organisations internationales devraient intégrer une compréhension des différents contextes dans l'élaboration des politiques. Pendant la pandémie de Covid-19, elles ont formulé le même ensemble de recommandations pour tous les pays. Cependant, une série de recommandations est plus appropriée, offrant plus de liberté aux pays pour décider ce qu'ils doivent faire. Il est important de garder à l'esprit que les pays les plus pauvres ont une toute autre palette de problèmes par rapport aux pays plus riches, en ayant moins de ressources et moyens à leur disposition, tout en subissant davantage les séquelles de l'endettement et de la crise de l'augmentation du coût de vie. Plusieurs défis graves en ont résulté, notamment le détournement des ressources et du personnel des programmes de santé existants, tels que la surveillance de la tuberculose et du VIH, la vaccination des enfants, etc.

2 – Les conditionnalités de l'aide peuvent être préjudiciables à la formulation de réponses à une crise. Elles ont joué un rôle dans la façon dont certains pays se sont sentis contraints de prendre des décisions politiques provoquant des impacts sanitaires et socio-économiques négatifs pour leurs populations. Cela signifiait souvent que les décideurs nationaux estimaient qu'ils ne pouvaient pas résister aux recommandations supranationales dans l'intérêt de leurs propres populations les plus marginalisées.

3 – La représentation des PRFI et leur voix dans les forums internationaux et les institutions mondiales comme l'OMS et la Banque mondiale sont essentielles. Les bureaux régionaux de l'OMS devraient être mobilisés pour permettre un processus décisionnel plus subsidiaire. Les agences internationales devraient se concentrer sur les dommages interdépendants; par exemple, l'impact sur les chaînes d'approvisionnement mondiales de médicaments par l'imposition par un pays de restrictions commerciales ou de voyage doit être pris en compte dans la prise de décision. Cela serait mieux réalisé lorsque les PRFI auront une voix résonante dans ces forums. Les sanctions économiques au moment du confinement ont également causé des dommages supplémentaires aux personnes les plus marginalisées dans les pays sanctionnés.

4 – Chaque État-Nation devrait élaborer et mettre en œuvre des plans adaptés à sa propre situation en s'appuyant sur son expérience. Au sein des États-Nations, à la fois dans les PRFI et les pays à revenu élevé (PRE), les processus représentatifs n'étaient souvent pas utilisés, ayant conduit à une

prise de décision erronée. Par exemple, en Angola, au Cap-Vert et en Inde, les communautés n'ont pas été consultées et les responsables de la santé publique dotés d'une expérience passée d'épidémies plus graves telles que le choléra et la dengue ont été marginalisés. Des relations autonomes avec des institutions supranationales sont essentielles pour garantir que les gouvernements nationaux puissent prendre des décisions en toute connaissance de cause.

5 – L'expérience sociale et la santé mentale des jeunes et des enfants doivent être prises en compte dans toute urgence médicale. Dans le domaine de l'éducation, se pose le problème des circonstances, des défis et des capacités très variables. Dans les PRFI, l'accès aux appareils et aux données est faible, signifiant que des centaines de millions de jeunes et d'enfants ont définitivement perdu l'éducation. Ainsi, les fermetures d'écoles sont largement reconnues comme ayant été désastreuses. Les décideurs politiques devaient tenir davantage compte des questions d'équilibre entre le risque de maladie, l'expérience sociale et la santé mentale - ainsi que les risques associés de fermeture d'écoles dans les PRFI tels que le mariage forcé et le travail des enfants. Les écoles ne concernent pas seulement des résultats d'apprentissage spécifiques, mais aussi l'expérience sociale globale pour laquelle l'apprentissage numérique ne peut remplacer. Les enfants, en particulier ceux issus de familles à faible revenu, doivent avoir accès à cet espace physique et social et à ces infrastructures afin de bénéficier de manière globale de la scolarisation.

### 3. Autoritarisme politique et opinion publique/discours public pendant la pandémie de Covid

La pandémie de Covid a accéléré la tendance mondiale préexistante à l'autoritarisme par le biais de mécanismes étroitement liés. Les décideurs politiques l'ont vue comme une opportunité pour soit introduire une nouvelle législation, soit utiliser les lois existantes pour accorder des pouvoirs d'urgence à l'État et à son système de sécurité, mais aussi manipuler l'opinion publique pour leur soutien des mesures autoritaires en exploitant leur peur.

Cette tendance avait ses racines dans le repoussement de la démocratie libérale et l'État-Providence par l'élite et des couches les plus privilégiées de la société, parallèlement au pouvoir croissant du capital des entreprises sur les gouvernements nationaux ainsi que les institutions mondiales dans l'ère du néo-libéralisme. Pour la plupart, les dirigeants élus de ces régimes autocratiques ont réussi à lier l'insatisfaction sociétale résultant de la détérioration des conditions de vie sous la mondialisation néolibérale aux différences religieuses ou ethniques ou à un autre ennemi monté pour consolider leur contrôle. Pour eux, la pandémie s'est avérée être une opportunité de faire adopter des mesures favorables aux entreprises qui restreignent à la fois les droits des travailleurs et les libertés, en particulier des travailleurs, des migrants et de toutes les couches marginalisées de la société. Pendant ce temps, les démocraties libérales ont également été témoins des restrictions généralisées des libertés, des augmentations significatives de l'inégalité des richesses, et de la sécurisation de la réponse à la Covid.

Dans de nombreux pays, pour renforcer un pouvoir central écrasant, a été invoquée une loi draconienne préexistante pour la gestion des catastrophes ou l'état d'urgence. Dans d'autres, les nouvelles lois accordant des pouvoirs étendus à l'exécutif de l'État et aux forces de l'ordre ont été rapidement adoptées et les tribunaux y ont souvent consenti.

a) Cependant, il est également vrai qu'il y avait un soutien populaire considérable de toutes les couches de la société, et bien plus encore des couches supérieures pour ces mesures draconiennes. Une telle opinion publique est née en raison de la mise en lumière des actions du gouvernement et des perceptions de l'élite par les médias. Ces groupes craignaient pour leur sécurité et attribuaient rapidement la maladie à « l'autre » et percevaient que la plus grande menace émanait des pauvres et des marginalisés.

b) La science était projetée comme source d'autorité et de légitimité pour les actions répressives de l'État, de sorte que toute remise en cause des mesures gouvernementales était dépeinte comme une remise en question de la « science » elle-même. Dans ce contexte, l'autorité scientifique a acquis une qualité religieuse, en ce qu'elle n'était pas sujette à caution et requérait la foi. Ceci, bien sûr, a conduit à la contestation de ceux qui pouvaient parler au nom de la science et quelle autorité était valide. Une telle réification de la science et son utilisation pour légitimer les pratiques autoritaires et les violations des droits de l'homme deviennent un problème plus majeur, lorsque les avis scientifiques changent à mesure que de nouvelles preuves émergent et que de meilleures études améliorent notre compréhension. Loin de voir de tels changements comme faisant partie de la nature réflexive, autocorrective et ad hoc des connaissances scientifiques, surtout quand il y a tant d'incertitude et d'ambiguïté dans ce qui représente la science, cela provoque une méfiance croissante, voire un rejet complet de la science. Ce rejet lui-même conduit à une polarisation qui

peut évincer le terrain d'entente. L'autoritarisme de droite et de gauche pourrait s'aligner sur l'un ou l'autre extrême.

c) L'étouffement des opinions non dominantes. La pensée alternative autour des restrictions de Covid a été présentée comme une aberration et rapidement caricaturée. Dans certains endroits d'Afrique, par exemple, le rejet de mesures telles que le confinement et l'expérimentation de plantes médicinales a été qualifié de dangereux. Les pays du Sud, plus généralement, se sont vus refuser l'agence pour répondre à la pandémie à leur manière malgré leur succès relatif dans la gestion de pandémies similaires dans le passé.

d) Mauvaise qualité des conseils de santé publique.

a. Les experts n'ont pas réalisé que bon nombre de ces restrictions étaient presque impossibles à mettre en œuvre et affectaient beaucoup plus négativement les couches sociales pauvres et marginalisées.

b. Les coûts sociaux, économiques et de santé publique des restrictions n'ont pas été mis en balance avec leurs bénéfices. Au lieu de limiter les interactions à haut risque de transmission, de nombreux pays se sont efforcés d'éliminer toute possibilité de transmission. Le niveau élevé d'incertitude et la réticence des personnes au pouvoir à l'avouer ont conduit à un sens excessif de la précaution. Les gouvernements ont mis en place certaines restrictions telles que les couvre-feux nocturnes qui n'ont clairement eu aucun impact sur la réduction de la transmission car ils s'inscrivaient dans des schémas préétablis de politiques de sécurité qui avaient été élaborés en réponse à des troubles politiques pour faire face à une crise de santé publique.

c. La communication de santé publique a été très mal réalisée.

i. Une grande partie des messages a pris la forme d'un théâtre de l'hygiène, en dramatisant et exagérant les mesures d'hygiène impertinentes et inefficaces.

ii. Les quelques mesures efficaces se perdaient souvent dans la longue liste des mesures de sécurité individuelle, dont la plupart ne pouvaient être mises en œuvre par la majorité de la population.

iii. Peu d'attention a été faite à l'identification de la combinaison appropriée de message, de soutien et de communication pour chaque segment d'audience. Le blâme des victimes était généralisé, par lequel le gouvernement et les élites rejetaient la responsabilité de la maladie et de la mort sur les individus. Il n'y avait pas non plus d'accent mis sur l'explication de la justification de chaque méthode non-pharmacologique et de restriction sociale. En effet, certaines mesures comme les couvre-feux nocturnes n'en avaient pas.

iv. Une importance excessive a été accordée à l'application de la loi par le biais d'amendes et de peines, conduisant à la stigmatisation et au déni.

Recommandations :

1. La prise de décision concernant toutes les restrictions sociales proposées devrait s'améliorer. Chaque restriction devrait être indépendamment justifiée et expliquée, et ceux qui en supporteraient les coûts de manière disproportionnée devraient être soutenus et compensés.

2. La communication publique devrait fournir des directives claires sur les libertés civiles et les droits légaux dans le contexte des restrictions généralisées, et les voies devraient être ouvertes au public quant à l'expression et la réparation des souffrances.

3. Les pays du Sud Global devraient être engagés et inclus dans l'élaboration de réponses internationales à la pandémie sensibles à leurs contextes géographiques.

4. Sont cruciales les mises à jour régulières sur des preuves à jour ainsi qu'une expression claire de l'incertitude et de l'ambiguïté concernant ce qui est connu et la manière dont le gouvernement gère cette ambiguïté.
5. La communication sur les risques estimés devrait se faire de manière appropriée aux différents groupes sociaux, et les conseils sur les mesures de protection devraient être également fondés sur des preuves, adaptés aux groupes sociaux présentant différents niveaux de vulnérabilité.
6. Construire une compréhension publique plus démystifiée, critique et appréciative de la science - en tant que méthode avec ses limites.
7. Un rôle beaucoup plus important pour l'application décentralisée des restrictions et assouplissements sociaux partout où ils sont nécessaires, par des institutions communautaires qui sont informées à la fois par les preuves sur la transmission ainsi que par l'équilibre local des risques de la maladie quant à la perturbation de la vie normale.
8. Un rôle actif des institutions mondiales, notamment de l'OMS et des autres organes concernés de l'ONU (UNHRC, PNUD, UNICEF, etc.), pour dénoncer des restrictions qui n'ont guère de sens en matière de santé publique mais qui ne sont là que par réflexes autoritaires.
9. Le soulignement de l'application des Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations.

#### 4. La préparation à une pandémie : plans et alternatives

Ce groupe de travail a examiné les preuves de 8 pays africains, 4 pays d'Amérique latine, l'Inde, la Turquie et le Vietnam. Nous avons également consulté l'ancien chef adjoint de la section des urgences de Médecins Sans Frontières (Espagne) pour arriver aux recommandations claires suivantes, basées sur l'expérience de la pandémie de Covid-19.

Nous avons principalement conclu que la meilleure approche de la préparation à une pandémie future implique un investissement public cohérent dans les soins de santé et la protection sociale. Dans le domaine de la santé, l'accent devrait être mis sur le renforcement des soins primaires et des ressources humaines. Cela devrait être contrebalancé par des investissements dans les soins secondaires et tertiaires qui peuvent donner à la population et au gouvernement la confiance nécessaire pour éviter les restrictions inutiles et irréalisables à la circulation, aux libertés et à l'économie. Cette approche peut garantir que les systèmes de santé n'ont pas besoin d'être restreints en temps de crise, ce qui signifie que les impacts négatifs des délais dans les soins médicaux de routine ne créent pas d'urgences sanitaires même après la fin de toute pandémie. La protection sociale est essentielle pour atténuer les conséquences d'une pandémie et de toute restriction affectant l'économie et les moyens de subsistance des individus. Les systèmes de protection sociale doivent être solides et conçus ou repensés pour permettre une plus grande flexibilité en termes de couverture et de profondeur en cas de crise.

Cette constatation fondamentale implique les 4 recommandations politiques suivantes :

1 – Les systèmes de santé nécessitent des redondances intégrées pour faire face aux urgences. Les politiques néolibérales des dernières décennies ont trop mis l'accent sur l'efficacité et ont évité tout excès ou surplus de soins de santé en termes de ressources (lits d'hôpitaux, équipements, personnel, etc.) et de services. Néanmoins, la pandémie nous a rappelé que les systèmes de santé ont besoin d'un certain degré de redondance pour être résistants et absorber les chocs. Cela peut garantir qu'ils ne s'effondrent pas pendant la crise, entraînant l'annulation des soins de santé routiniers - avec des résultats négatifs pour la santé publique en général. Il est peu probable que cette capacité excédentaire soit satisfaite par des systèmes privés fondés sur le marché et nécessite donc un investissement public soutenu pendant de nombreuses années.

2 – Des investissements publics prolongés et soutenus dans la protection sociale conduisent aux meilleurs résultats en matière de santé. Les urgences médicales entraînent des changements dans le comportement humain, qu'ils soient imposés par le gouvernement ou par des réponses individuelles aux risques perçus. Cela entraîne une forte pression sur les systèmes de la vie économique et sociale qui ne sera probablement pas atténuée par l'imposition soudaine de nouveaux systèmes de protection sociale d'urgence, qui souvent ne parviennent pas à atteindre le point de besoin. Au lieu de cela, un investissement public soutenu dans l'expansion des systèmes de protection sociale sur de nombreuses années est nécessaire - ce système peut ensuite s'étendre pour répondre aux besoins supplémentaires en période de crise sanitaire.

3 - Lors des urgences sanitaires, il doit y avoir un équilibre entre l'utilisation de la capacité de décision et des ressources des autorités centrales (nationales) d'une part, et l'organisation et l'expertise de terrain des autorités locales d'autre part. Sur la base du principe de subsidiarité, ceux

qui sont sur le terrain devraient être habilités par les gouvernements nationaux à porter les jugements difficiles requis dans leurs contextes locaux. Les autorités sanitaires régionales et locales et les établissements de santé connexes dépendent du gouvernement pour obtenir des informations et des conseils précis; dans le même temps, ce sont les équipes de santé communautaire et les autorités locales qui ont la meilleure vue d'ensemble du contexte, notamment de la situation géographique, démographique, épidémiologique, politique, sociale et économique de leur localité, ainsi que des risques et priorités concurrents pour les populations sous leur soins.

4 – Les plans en cas de pandémie et la préparation sanitaire générale doivent permettre la désagrégation des risques. Les organisations mondiales et les ministères nationaux de la santé doivent reconnaître que les niveaux de risque et les priorités quotidiennes varient en fonction des conditions socio-économiques, du fardeau des maladies infectieuses et non infectieuses, du profil démographique et d'autres facteurs entre les pays et au sein des pays - et que l'efficacité des politiques varient également en fonction de ces facteurs. C'est pourquoi la subsidiarité est vitale pour une élaboration des politiques efficaces. Ce qu'est une crise pour un secteur de la population dans les pays à revenu élevé peut sembler moins important pour les personnes des PRFI ayant d'autres priorités, traitant des impacts d'une série de problèmes, notamment une charge de morbidité élevée, des crises environnementales, des conflits internes, la pollution chronique et précarité socio-économique.

## CONCLUSION

De nombreux thèmes se chevauchaient. Il y avait des points de désaccord entre les participants, mais les conclusions générales des groupes de travail étaient claires.

Les thèmes communs clairs, essentiels pour atténuer toute urgence sanitaire, sont :

:- La centralité de l'investissement public dans les soins de santé - en particulier les soins de santé primaires et les infrastructures - et dans la protection sociale, à développer en cas de besoin.

:- La proportionnalité et la désagrégation des risques.

:- La centralité des connaissances et de l'expérience des droits de l'homme et des acteurs locaux - nécessitant la participation fondamentale de la société civile et des acteurs civiques dans les PRFI.

:- L'importance d'un flux d'informations ouvertes et précises à la fois des autorités centrales vers les zones régionales et des régions vers le centre.

:- La participation aux facteurs socio-économiques et aux déterminants sociaux de la maladie.

:- La sensibilisation à la complexité des chaînes d'approvisionnement et aux impacts que les perturbations peuvent avoir sur l'accès aux soins de santé.

:- La sensibilisation à la manière dont les politiques qui aggravent les inégalités exacerberont la mauvaise santé.

Nous partageons les fruits collectifs de nos discussions et expériences de la pandémie de Covid-19, dans l'espoir que les réponses aux futures urgences sanitaires ne conduiront pas à des résultats aussi inégaux dans lesquels très peu de dommages sociaux et économiques pour les personnes les plus pauvres ont été atténués avec succès.

### ***Les participants à la conférence:***

Samuel Adu-Gyamfi, Kwame Nkrumah University of Science and Technology, Kumasi, Ghana

Kevin Bardosh, University of Washington, USA

Aleida Mendes Borges, King's College London, UK

Pedrito Cambrão, UniZambeze, Beira, Mozambique

Carlos Cardoso, Centro de Estudos Sociais Amílcar Cabral, Bissau, Guinée-Bissau

Tomris Cesuroglu, VU Amsterdam, Netherlands

Maddalena Cevese, Independent Scholar, Italy

Phil Clark, SOAS, UK

Thi Thuy Van Dinh, Independent Scholar, USA

Alejandra Gonzales, Universidad Católica Boliviana, La Paz, Bolivia

Toby Green, King's College London, UK

Sunetra Gupta, University of Oxford, UK

Aysuda Kölemen, Bard College Berlin, Germany

Coleen Littlejohn, Independent Scholar, Managua, Nicaragua

Nicolau Nkawiete Manuel, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola

Jignesh Mistry, OP Jindal Global University, New Delhi, India

Deepanshu Mohan, OP Jindal Global University, New Delhi, India

Llanos Ortíz Montero, Independent Scholar, Spain

George Ogola, University of Nottingham, UK

Wellington Oyibo, University of Lagos Medical School, Lagos, Nigeria

Gül Pamukçu Günaydın, Ankara Yıldırım Beyazıt University, Ankara, Turkey

Airlín Pérez Carrascal, University Tecnológica de Bolivar in Cartagena, Cartagena, Colombia

Elsa Sequeira Rodrigues, Instituto Superior de Ciências de Educação, Benguela, Angola

Andrew Shepherd, Institute of Development Studies, Sussex, UK

Thiagarajan Sundaraman, JIPMER, Puducherry, India

Redy Wilson Lima, Instituto Superior de Ciências Sociais e Direito, Praia, Cape Verde

Reva Yunus, University of York, UK

## **REMERCIEMENTS**

La conférence a été financée conjointement par Collateral Global et par des fonds levés par le professeur Toby Green (KCL) du Philip Leverhulme Trust et du King's College de Londres, et par Green et le Dr Aleida Mendes Borges (KCL) du réseau de recherche RESAL (<https://resal.website>). L'événement a été organisé par Michael Jackson de Collateral Global, Green et Mendes Borges.