

REVUE :

CONSIDÉRATIONS CONCERNANT LES SOINS À DOMICILE ET COMMUNAUTAIRES POUR LA COVID-19

SYNTHÈSE

Considérations générales

- De nombreux protocoles en provenance des pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) reconnaissent la nécessité de favoriser les soins à domicile et communautaires pour la COVID-19 (tel que jugé approprié sur le plan clinique, habituellement recommandés uniquement pour les maladies « bénignes ») pour protéger les capacités d'accueil des établissements de santé et réduire le risque de transmission de l'infection dans les lieux de soins.
- Tout le monde ne sera pas en mesure d'accéder aux services en raison de facteurs liés au coût ou à la disponibilité et, dans ces circonstances, les populations dépendront fortement d'une gamme élargie de services proposés par des soignants informels ou des vendeurs de médicaments. L'offre du système de santé local et ses ressources limitées devront être prises en considération pour garantir la pertinence par rapport au contexte, de combler les lacunes et de fournir un soutien dans la mesure du possible. Les actions de riposte contre la COVID-19 ne doivent pas compromettre les soins de santé prodigués pour traiter d'autres pathologies courantes.
- Certaines personnes peuvent préférer les soins à domicile pour diverses raisons, y compris la méfiance à l'égard des services de santé officiels engendrée par des exclusions antérieures et de mauvaises expériences. Il est essentiel de prendre des mesures afin de créer un dialogue avec les populations au sein des environnements locale et d'instaurer la confiance.
- Les orientations en matière de soins à domicile doivent éviter les présupposés concernant les ressources, les capacités et les préférences des populations et tenir compte de la diversité des contextes sociaux, économiques et des systèmes de santé. Des orientations pratiques adaptées au contexte ainsi que des soutiens facilement accessibles sont nécessaires de toute urgence.

Informations et communications relatives aux soins à domicile dans le cadre de la riposte contre la COVID-19

- Des informations relatives aux mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) sont fortement mises en avant dans les supports de communication publics concernant la COVID-19, mais les

orientations et conseils spécifiques concernant les soins à domicile ne sont pas aussi visibles ni facilement accessibles. Une série de supports de communication axés sur les soins à domicile, sous format numérique et non numérique et en plusieurs langues, est nécessaire.

- Une communication et un dialogue bilatéraux au niveau local sont essentiels afin de s'assurer que les messages, le soutien et la mobilisation des ressources reflètent les connaissances, les préférences et les besoins des populations locales. Les risques d'infection rendent difficiles la mise en œuvre sécurisée de stratégies d'engagement communautaire en personne et, par conséquent, d'autres stratégies favorisant le dialogue sont nécessaires.
- Des efforts spécifiques doivent être déployés pour atteindre les groupes marginalisés, tels que les femmes, les personnes en situation de handicap et les personnes analphabètes et leur fournir des informations appropriées et utiles concernant les soins à domicile.
- Les informations et orientations doivent refléter les compréhensions locales de la maladie, des symptômes et des recours aux soins de santé, et intégrer des pratiques et approches autochtones utiles en matière de prévention et contrôle des maladies.

Conditions de logement, équipement de protection individuelle (EPI) et autres ressources inhérentes aux mesures de PCI

- La plupart des orientations en matière de soins à domicile pour la COVID-19 négligent différents types de logements, tels que les dortoirs et les foyers, ainsi que les conditions telles que le partage de l'espace limité du foyer, l'absence d'eau courante ou de salles de bains. Des orientations relatives aux soins et mesures de PCI dans ces contextes ainsi que la mise en œuvre de mesures visant à remédier au manque d'assainissement, sont absolument nécessaires.
- Les foyers fluides, multigénérationnels ou composés d'une seule personne sont également négligés dans le cadre des orientations. Il convient de considérer des options incluant le « blindage^a » au sein du foyer, de la famille élargie ou chez des voisins afin de protéger les personnes âgées et les autres personnes exposées au risque de maladie grave, ou des modèles de soins « partagés » pour les foyers individuels.
- De manière générale, les orientations en matière de soins à domicile stipulent que les aidants utilisent un EPI médical, y compris des masques et des gants jetables ainsi que des vêtements de protection, et partent du principe que le savon, le désinfectant et les services de gestion des déchets sont disponibles, mais omettent de fournir des conseils quant aux solutions alternatives. Il est nécessaire de faciliter des

^a Le blindage est un concept émergent et il n'y a pas de consensus sur la terminologie la plus appropriée en français. La notion de protection des personnes qui ont un risque élevé d'atteinte grave par la COVID-19 est qualifiée de 'shielding' en anglais. Dans cette note nous avons utilisé le terme 'blindage' pour transmettre cette notion, mais nous reconnaissons qu'il a des connotations qui ne sont pas conformes au concept.

solutions alternatives sécurisées, efficaces et d'origine locale aux EPI médicaux et aux désinfectants dans le cadre des mesures de PCI, ainsi que des orientations en matière de gestion des déchets dans les environnements au sein desquels les services ne sont pas adéquats.

Favoriser les soins à domicile pour la COVID-19

- La communication entre les aidants à domicile et les professionnels de la santé est essentielle afin de surveiller la santé des patients ayant contracté la COVID-19, fournir des conseils, et transférer les patients en soins intensifs si nécessaire. Lorsque les populations disposent d'un accès limité aux technologies des communications ou lorsque les lignes d'assistance téléphoniques ne fonctionnent pas de manière optimale, des options alternatives, telles que les téléphones partagés, et/ou les visites régulières d'agents de santé communautaires (ASC) (en respectant les mesures de PCI, comme par exemple rester à l'extérieur du foyer, à une distance de sécurité et porter un EPI adéquat) doivent être considérées.
- Des orientations plus détaillées sont nécessaires quant à la manière de reconnaître les signes de détérioration de l'état de santé liés à la COVID-19, au moment et à la manière de demander de l'aide, et à la manière de traiter les patients gravement malades à domicile (en dernier recours), y compris la gestion des symptômes et les soins palliatifs. Des équipes de soins palliatifs locales disposant d'une expertise en matière de santé et de spiritualité ainsi que d'une protection adéquate devraient idéalement être sur place pour assister les aidants. Les proches et les chefs spirituels devraient être facilités à rendre visite aux personnes en fin de vie en toute sécurité, en personne ou virtuellement.
- Les agents sanitaires ou ASC, ainsi que d'autres professionnels de santé locaux nécessiteront une formation afin d'assister des soins à domicile, en particulier si cela s'avère nécessaire pour les affections modérées et graves associées à la COVID-19. Les agents sanitaires peuvent jouer un rôle crucial, non seulement en prodiguant des conseils, mais également en fournissant et en administrant de l'oxygène thérapeutique à domicile lorsque l'admission à l'hôpital n'est pas possible et les services locaux sont en mesure de fournir ces soins. Par ailleurs, les agents de santé peuvent être assistés en toute sécurité afin de les aider à identifier les signes de détérioration, par exemple en mesurant les taux de saturation d'oxygène des patients à l'aide de sphygmo-oxymètres afin de détecter les symptômes d'« hypoxie silencieuse » difficiles à reconnaître.
- Les aidants, les patients et les autres membres du foyer peuvent nécessiter une aide alimentaire et concernant d'autres articles de première nécessité, tels que des médicaments de base. Des mécanismes locaux appropriés doivent être établis afin de fournir ces articles de première nécessité.

Soins prodigués au sein de centres communautaires réaménagés et temporaires

- Les centres de soins communautaires dans lesquels les personnes ayant contracté la COVID-19 sont isolées pour être traitées au sein d'espaces existants ou réaménagés doivent être considérés lorsque les conditions locales rendent difficile pour les populations de recevoir des soins à domicile de manière sécurisée. Dans les contextes où le nombre de cas de COVID-19 est faible et le dépistage est disponible, il peut être considéré comme « meilleure pratique » d'isoler les personnes atteintes de COVID-19 et de leur fournir des soins en établissement.
- Les individus peuvent éviter ou « fuir » les centres dans les contextes au sein desquels la confiance dans les services de santé formels ou dans le gouvernement est faible, et lorsque ces sites sont mal gérés et insalubres. La coercition doit être évitée et des efforts doivent être déployés pour collaborer avec des formes d'autorité publique dignes de confiance au niveau local.
- Les sites doivent opérer de manière transparente, au sein de bâtiments acceptables, maintenir une propreté impeccable, et fournir aux patients de la nourriture, des soins, une sécurité et une confidentialité de qualité, ainsi que des opportunités de communiquer avec des proches.

Collaboration avec des intervenants locaux et des institutions communautaires dignes de confiance

- L'implication, la formation et l'autonomisation des intervenants locaux sont essentielles à la prise en charge communautaire pour faciliter et fournir des soins sécurisés. Ceux-ci varient selon les environnements mais peuvent inclure des ASC, des guérisseurs informels et traditionnels, des réseaux religieux, des ONG et d'autres groupes communautaires.
- Les intervenants locaux qui « connaissent » leur environnement peuvent aider à développer et à adapter des orientations de manière à ce qu'elles reflètent la culture, les conditions et les capacités locales, ainsi que les ressources disponibles, et veiller à ce que les informations soient diffusées par le biais de canaux et de réseaux formels ou informels fiables et influents.
- Les populations locales peuvent aider à identifier les besoins et fournir les ressources nécessaires pour les soins à domicile tels que des EPI, des ressources en eau et en assainissement, ainsi que des téléphones portables aux communautés et aux foyers qui en ont le plus besoin, et aider à établir des dispositions en matière de « blindage », à sélectionner, établir et gérer des centres communautaires, et à soutenir la riposte formelle d'autres manières, s'ils reçoivent un accompagnement et une formation.

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	1
CONSIDERATIONS GÉNÉRALES.....	1
INFORMATIONS ET COMMUNICATIONS RELATIVES AUX SOINS À DOMICILE DANS LE CADRE DE LA RIPOSTE CONTRE LA COVID-19	1
CONDITIONS DE LOGEMENT, ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI) ET AUTRES RESSOURCES INHÉRENTES AUX MESURES DE PCI	2
FAVORISER LES SOINS À DOMICILE POUR LA COVID-19.....	3
SOINS PRODIGUES AU SEIN DE CENTRES COMMUNAUTAIRES REAMENAGES ET TEMPORAIRES	4
COLLABORATION AVEC DES INTERVENANTS LOCAUX ET DES INSTITUTIONS COMMUNAUTAIRES DIGNES DE CONFIANCE	4
INTRODUCTION	8
POURQUOI LES SOINS À DOMICILE ET COMMUNAUTAIRES SONT-ILS IMPORTANTS ?.....	10
EXAMEN DES ORIENTATIONS EXISTANTES CONCERNANT LES SOINS À DOMICILE ET COMMUNAUTAIRES DANS LE CADRE DE LA RIPOSTE CONTRE LA COVID-19 DANS DIFFÉRENTS CONTEXTES	12
RESUME DES PROTOCOLES EXISTANTS EN MATIÈRE DE SOINS À DOMICILE DANS LE CADRE DE LA RIPOSTE CONTRE LA COVID-19	12
COMMUNIQUER DES ORIENTATIONS ET DES CONSEILS	17
VISITES À DOMICILE D'AGENTS SANITAIRES ET D'AGENTS SANITAIRES COMMUNAUTAIRES.....	18
PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DANS DES CENTRES REAMENAGES OU CONSTRUITS DE FAÇON PROVISOIRE	19
QUESTIONS CLÉS ET RECOMMANDATIONS POUR COMBLER LES LACUNES EN MATIÈRE DE SOINS À DOMICILE ET COMMUNAUTAIRES.....	20
1. ACCESSIBILITÉ ET COMMUNICATION DES ORIENTATIONS EN MATIÈRE DE SOINS À DOMICILE.....	20
1.1 PRISE EN CONSIDÉRATION DES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX ORIENTATIONS ET À L'ASSISTANCE.....	20
1.2 PRISE EN CONSIDÉRATION DES LIMITES DE LA TÉLÉPHONE MOBILE ET DES TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION ET LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS.....	22
1.3 COMBLER LE MANQUE DE SUPPORTS DE COMMUNICATION ACCESSIBLES AU PUBLIC INHÉRENTS AUX ASPECTS PRATIQUES DES SOINS À DOMICILE	24
1.4 FACILITER LE DIALOGUE POUR DES FLUX D'INFORMATIONS DYNAMIQUES ET UNE ADAPTATION APPROPRIÉE CONCERNANT LES SOINS À DOMICILE	25
2. QUESTIONS PRATIQUES RELATIVES À DIFFÉRENTES CONDITIONS SOCIALES ET MATÉRIELLES ET AUX MESURES DE PCI AU SEIN DE FOYERS ET D'ENVIRONNEMENTS À FAIBLES RESSOURCES.....	26
2.1 IDENTIFICATION DES ENVIRONNEMENTS DIFFICILES EN TERMES DE LOGEMENT ET D'ASSAINISSEMENT ET ADAPTATION DES MESURES DE PCI EN CONSÉQUENCE.....	27

2.2 ADAPTATION DES ORIENTATIONS AUX DIFFÉRENTES FORMES DE COMPOSITION DE FOYERS ET DE STRUCTURES SOCIALES	28
2.3 ÉVALUATION DE L'ACCES AUX EPI DANS LES ENVIRONNEMENTS A FAIBLES RESSOURCES ET COMBLER LES LACUNES AUTANT QUE POSSIBLE	30
2.4 TRAITEMENT DE L'ELIMINATION DES DECHETS POUR GARANTIR LES MESURES DE PCI DANS LES ENVIRONNEMENTS A FAIBLES RESSOURCES.....	32
3. PRISE EN CONSIDÉRATION DES RÉALITÉS ET RESSOURCES INHÉRENTES AU SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL ET CONSIDÉRATION DU RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ LOCAUX	33
3.1 IMPLICATION DES DIFFÉRENTS ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ LOCAUX, Y COMPRIS LES AGENTS SANITAIRES COMMUNAUTAIRES, LES VENDEURS DE MÉDICAMENTS, LES GUÉRISSEURS INFORMELS ET LES CHEFS RELIGIEUX ET ADAPTATION DES ORIENTATIONS ET MISE EN ŒUVRE EN TENANT COMPTE DES SERVICES DE SANTÉ DISPONIBLES AU NIVEAU LOCAL	33
3.2 RECONNAISSANCE DES MODELES AUTOCHTONES ET HYBRIDES DES MALADES ET DU RECOURS AUX SERVICES DE SANTE	35
4. ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS ET ÉLARGISSEMENT DE LA PORTÉE DES CONSEILS ET DU SOUTIEN	36
4.1 FOURNIR DES SYSTÈMES RÉALISTES ET APPROPRIÉS AU CONTEXTE POUR COMMUNIQUER AVEC LES AIDANTS À DOMICILE ET LES ACCOMPAGNER.....	37
4.2 FOURNITURE D'ORIENTATIONS ET D'UNE ASSISTANCE EN MATIÈRE DE SOINS À DOMICILE NON SEULEMENT POUR LES MALADIES BÉNIGNES MAIS ÉGALEMENT POUR LES MALADIES MODÉRÉES ET GRAVES, AINSI QUE POUR LES SOINS PALLIATIFS, ÉTANT DONNÉ QUE DANS CERTAINES CIRCONSTANCES, LES AIDANTS SONT SUSCEPTIBLES D'EN AVOIR BESOIN	38
4.3 FOURNITURE D'UNE ORIENTATION ET D'UNE ASSISTANCE RECONNAISSANT QUE LES SOINS À DOMICILE PEUVENT S'APPLIQUER À D'AUTRES PATHOLOGIES QUE LA COVID-19	40
4.4 FOURNITURE D'ÉCLAIRCISSEMENT CONCERNANT LES SOINS AUTO-ADMINISTRÉS ET UNE ASSISTANCE SOLIDE AUX PERSONNES QUI LES ENTREPRENNENT	41
4.5 RÉPONSE AUX BESOINS DES AIDANTS, FOYERS ET PATIENTS EN MATIÈRE D'ACCÈS À LA NOURRITURE ET À D'AUTRES PRODUITS, AINSI QU'À LEURS BESOINS PSYCHOLOGIQUES.....	43
4.6 RECONNAITRE QUE LES AIDANTS, EN PARTICULIER LES FEMMES, PEUVENT NECESSITER UN SOUTIEN MULTIDIMENSIONNEL.....	44
5. QUALITÉ ET CONFIANCE DANS LES SOINS COMMUNAUTAIRES AU SEIN DES CENTRES RÉAMÉNAGÉS ET TEMPORAIRES	46
AUTRES RESSOURCES UTILES	49
ORIENTATIONS IMPORTANTES ETABLIES PAR L'OMS	49
ORIENTATIONS EN MATIERE DE SOINS A DOMICILE ACCESSIBLES AU PUBLIC.....	49
RESSOURCES POUR LES AGENTS SANITAIRES.....	49
<u>BREVES RECOMMANDATIONS INHERENTES A LA COVID-19 : GESTION DES SYMPTOMES (Y COMPRIS EN FIN DE VIE) AU SEIN DE LA COMMUNAUTE.....</u>	49

AUTRES DOCUMENTS PERTINENTS	49
ANNEXE	51
REMERCIEMENTS	52
CONTACT	53
RÉFÉRENCES	54

INTRODUCTION

Cette revue énonce les considérations inhérentes aux soins et aux mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) pour la COVID-19 au sein d'environnements de soins à domicile et communautaires. Les soins communautaires font référence aux soins prodigués hors de milieux hospitaliers, comme par exemple dans des résidences privées ou des établissements de soins en résidence^a. Lors d'une flambée épidémique, cela peut également inclure les soins prodigués au sein de petites structures temporaires ou de bâtiments réaménagés, comme par exemple des hôtels. Selon les ressources du système de santé disponibles, il est probable que les soins communautaires soient prodigués ou facilités par des personnes du secteur public ou privé, et par différents agents sanitaires professionnels, informels, rémunérés et bénévoles ayant au moins une formation dans le domaine de la santé.¹ Il peut s'agir d'infirmières, de médecins, d'auxiliaires médicaux, d'agents sanitaires communautaires, ou autres. Dans cette revue, les soins à domicile font spécifiquement référence aux soins prodigués au domicile d'une personne constituant un cas probable ou avéré de COVID-19, directement par un aidant qui ne dispose pas nécessairement d'une formation formelle dans le domaine de la santé, mais qui peut être assisté par des personnes formées. Il peut s'agir d'un époux, d'un autre membre du foyer, d'un ami ou d'un collègue du patient. Dans certains cas, les individus peuvent être seuls chez eux. Les aidants et les personnes qui s'auto-administrent des soins peuvent disposer de différents niveaux d'assistance formelle. Les soins à domicile peuvent également s'avérer essentiels lors d'une flambée épidémique pour les personnes ayant des besoins médicaux préexistants ou les personnes ayant des conditions en raison d'une situation de handicap, ou des affections sous-jacentes qui les exposent à un risque plus important de contracter une infection au coronavirus SARS-COV-2 et de contracter une maladie plus grave. Cette revue examine uniquement les soins à domicile, et dans une moindre mesure, les soins communautaires dans des centres temporaires ou réaménagés pour les cas probables ou confirmés de COVID-19.^b Dans les contextes au sein desquels le dépistage de la COVID-19 est limité, il sera inévitablement difficile de faire la distinction entre la COVID-19 et d'autres pathologies présentant des symptômes similaires susceptibles d'être courants.

Nous expliquons la raison pour laquelle les soins à domicile sont essentiels et donnons un aperçu des orientations et modèles existants concernant les soins à domicile et communautaires dans le cadre de la riposte contre la COVID-19, en mettant l'accent sur les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). Les orientations examinées comprennent des documents de gouvernements, des sites web et des notes stratégiques ainsi que des informations accessibles au public fournies par des ONG et des organisations communautaires.^c Nous procédons ensuite à l'évaluation des lacunes dans cette orientation et suggérons des manières de les aborder, y compris en mettant en évidence des exemples innovants et en exploitant les connaissances de précédentes flambées épidémiques de maladies. Les recommandations s'adressent aux gouvernements, aux ONG et aux organisations communautaires qui se mobilisent pour fournir des orientations et une assistance pour les soins à domicile.

Cette revue a été élaborée pour la Plateforme Social Science in Humanitarian Action (SSHAP) par Hayley MacGregor et Tabitha Hrynich à l'Institute of Development Studies (IDS). Elle vise à fournir des considérations pratiques à l'intention des gouvernements et partenaires de la riposte qui collaborent à la riposte contre la COVID-19 dans le contexte des PRFI et la responsabilité inhérente à cette revue revient à la SSHAP.

POURQUOI LES SOINS À DOMICILE ET COMMUNAUTAIRES SONT-ILS IMPORTANTS ?

Les orientations actuelles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concernant les soins à domicile reconnaissent que les soins hospitaliers ou l'isolement et les soins prodigués au sein d'un établissement réaménagé sont susceptibles de ne pas être possibles dans tous les cas et autorisent les soins à domicile pour les personnes présentant des symptômes légers de COVID-19 sans facteurs de risque de maladie grave.³ Il existe plusieurs raisons pour lesquelles les modèles de soins à domicile et communautaires sont de plus en plus considérés comme étant importants, notamment dans la mesure où des niveaux élevés de transmission du virus SARS-CoV-2 apparaissent au sein de la communauté dans de nombreux contextes nationaux et que les nombres de cas augmentent.

MALADIE BÉNIGNE

Une étude épidémiologique a confirmé que la plupart des individus infectés par la COVID-19 étaient susceptibles d'être atteints uniquement d'une forme bénigne de la maladie.⁴ Dans la majorité des situations, une maladie bénigne ne nécessite pas d'équipement ni de soins spécialisés, et peut être traitée à domicile en toute sécurité à condition que les individus disposent des ressources et de l'assistance nécessaires, y compris les EPI appropriés pour protéger les aidants.

CAPACITÉ LIMITÉE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Tous les pays sont préoccupés par la possibilité selon laquelle la COVID-19 pourrait saturer les systèmes de santé avec des nombres élevés de patients nécessitant des soins au même moment. La capacité des hôpitaux en matière de soins intensifs dans les pays riches en ressources tels que la Chine, l'Italie⁵ et les États-Unis a été mise à rude épreuve par les nombres élevés de patients infectés par la COVID-19, tandis que les systèmes de santé des PRFI tels que l'Iran,⁶ l'Indonésie,⁷ le Brésil,⁸ l'Inde et d'autres sont actuellement sous pression. Accorder la priorité aux maladies modérées et graves concernant les soins hospitaliers tout en favorisant les modèles de soins à domicile et communautaires peut permettre de soulager cette pression.

PRÉVENTION DE L'INFECTION

Les soins à domicile appropriés, comme par exemple pour les personnes souffrant d'une maladie bénigne, peuvent permettre d'atténuer l'infection potentielle de la santé, les interventions d'urgence et d'autres agents sanitaires et patients au sein des établissements de santé, notamment dans des situations où l'installation de services d'isolement spécifiques à la COVID-19 ou des centres d'isolement dédiés est difficile à réaliser ou lorsqu'il y a des difficultés de triage à l'entrée des établissements de santé ou avec la fourniture d'EPI destinés aux agents sanitaires. Une étude menée en Chine a révélé que 44 % des patients ayant contracté la COVID-19 avaient été infectés dans des établissements de santé.¹⁰ Plus d'un cinquième des médecins généralistes sont tombés malades à Bergame, en Italie,¹¹ et l'on estime que 90 000 agents

sanitaires ont été infectés dans le monde entier.¹² Des soins bien gérés dans des centres réaménagés ou temporaires pour les cas potentiels ou confirmés au sein de la communauté peut également contribuer à minimiser le risque de propagation de l'infection parmi les communautés et les foyers, notamment dans le cas où les conditions de logement ne permettent pas aux individus de pratiquer l'isolement, la distanciation physique et d'autres mesures de prévention de l'infection. Dans certains contextes, ces centres doivent être priorités par rapport aux soins à domicile.

MANQUE D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

Dans certains PRFI, l'accès aux services de santé formels peut être limité en temps normal, notamment pour les populations marginalisées ou pour les individus qui n'ont pas les moyens d'avoir recours à des soins dans des pays ne disposant pas d'une couverture de santé universelle. Ces services sont susceptibles de ne pas atteindre certains groupes, même dans le contexte de ripostes transposées à plus grande échelle contre la COVID-19. Dans certains cas, l'accès peut être encore plus restreint du fait de la fermeture d'établissements de santé en raison d'une incapacité à opérer de manière sécurisée, ou de la contrainte de refuser des patients faute d'espace et de capacité.¹³ Les ripostes nationales contre la COVID-19, telles que les confinements, les couvre-feux et les restrictions de transport peuvent également limiter davantage l'accès dans la mesure où les individus ne sont pas autorisés à voyager pour chercher de l'aide. Les restrictions imposées sur les taxis motos en Ouganda par exemple, impliquent le fait que les personnes qui dépendent de ce moyen de transport pour se rendre dans les établissements de santé (membres du personnel et patients), ne sont pas en mesure de les atteindre.⁴ Sans cet accès, les individus n'auront pas d'autre choix que d'entreprendre des soins à domicile. Des anthropologues ont documenté la manière dont les communautés confrontées à la crise du virus Ébola en Afrique de l'Ouest avaient développé leurs propres protocoles pour dépister la maladie parmi les membres et entreprendre des soins à domicile. Cela incluait l'isolement des personnes malades, et la fourniture d'aliments nutritifs.^{15,16}

PRÉFÉRENCES POUR LES SOINS À DOMICILE

Les expériences de négligence du système de santé, aggravées par d'autres formes d'exclusion économique et politique, peuvent influencer les niveaux de confiance des populations dans les ripostes officielles contre la flambée épidémique et les soins connexes, et les inciter à décider de *pas* avoir recours aux soins de santé, même lorsqu'ils sont disponibles. Les ripostes mal conçues et mal mises en œuvre peuvent contribuer à exacerber cette méfiance, et à renforcer la détermination des individus à éviter les soins formels. Lors des flambées épidémiques du virus Ébola survenues en Afrique de l'Est et en Afrique de l'Ouest, l'incapacité des intervenants officiels de traiter les morts avec respect, voire même d'informer les familles des décès de leurs proches dans certains cas, a très naturellement contribué à dissuader le recours aux services de santé par les voies officielles.¹⁶⁻¹⁸ Dans au moins une communauté sierra-léonaise, le taux de survie des patients pris en charge à domicile est susceptible d'avoir été plus élevé que celui des patients qui avaient été admis au Centre de traitement d'Ébola le plus proche.¹⁶ L'éthique locale des soins peut amener les communautés et les familles à décider de s'occuper de leurs proches d'une manière perçue comme offrant les meilleures chances

de survie. Les préoccupations relatives à la stigmatisation et à l'isolement social est également susceptible de dissuader ou d'empêcher les individus d'avoir recours à des services de santé formels, comme cela a été le cas dans certains contextes concernant des maladies telles que le VIH et la tuberculose.^{19,20} On ignore actuellement dans quelle mesure et de quelle manière la stigmatisation associée à la COVID-19 au sein de différents contextes est susceptible d'être liée au recours aux services de santé au sein d'établissements. Il a été signalé que certaines communautés avaient refusé l'inhumation de personnes décédées de la COVID-19 dans les limites du village.²¹

EXAMEN DES ORIENTATIONS EXISTANTES CONCERNANT LES SOINS À DOMICILE ET COMMUNAUTAIRES DANS LE CADRE DE LA RIPOSTE CONTRE LA COVID-19 DANS DIFFÉRENTS CONTEXTES

Plusieurs pays ont établi des protocoles officiels concernant la prise en charge à domicile des personnes infectées par la COVID-19, ou ont intégré des éléments de principes et d'orientations en matière de soins à domicile dans les supports de communication publics, ou dans d'autres documents relatifs à la riposte contre la COVID-19. Nombre d'entre eux ont également intégré l'utilisation de centres réaménagés ou temporaires pour l'isolement et le traitement dans leurs protocoles de gestion des cas. Cette section offre une description synthétisée des approches dominantes en matière de soins à domicile dans les orientations officielles existantes auxquelles nous avons eu accès et que nous avons pu examiner, et met en évidence certaines des différences entre ces approches. Des exemples et des initiatives au-delà des orientations officielles, le cas échéant, sont également indiqués. Quelques informations relatives aux approches spécifiques de certains pays sont également indiquées dans l'Annexe.

Résumé des protocoles existants en matière de soins à domicile dans le cadre de la riposte contre la COVID-19

La plupart des orientations officielles semblent s'aligner sur les protocoles en matière de soins à domicile établis à l'origine par l'OMS (adaptés du coronavirus MERS).³ Ces protocoles, considérés comme représentant les « meilleures pratiques », stipulent que tous les cas confirmés soient isolés et traités dans des établissements de santé, bien qu'ils reconnaissent également que cela ne soit pas toujours possible. Par conséquent, les directives reconnaissent le fait que les individus atteints de maladies bénignes puissent être pris en charge à domicile ou dans un centre réaménagé hors de leur domicile.^d Aux États-Unis, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) ont également établi des orientations en matière de soins à domicile,^{22,23} qui ont été mentionnées dans d'autres protocoles nationaux (par exemple au Kenya et au Bangladesh). Bien qu'il existe des différences de degré de précision entre les protocoles nationaux, les recommandations sur l'éligibilité aux soins à domicile, et ce que cela implique, les recommandations sont relativement cohérentes.

LES SOINS À DOMICILE SONT DESTINÉS AUX CAS BÉNINS

L'OMS et plusieurs pays qui recommandent les soins à domicile en tant qu'option indiquent qu'ils sont adaptés aux cas bénins de COVID-19 qui ne sont pas des personnes âgées et ne présentent pas de problèmes de santé aggravants, comme par exemple une maladie pulmonaire ou cardiaque, une insuffisance rénale, ou des affections immunodéficientes. Les exceptions incluent le Bangladesh qui établit de manière spécifique que les personnes atteintes de maladie « bénigne » (définie comme une pneumonie simple sans besoin d'oxygène),²⁴ et le Brésil qui suggère que les personnes âgées et les personnes souffrant d'affections concomitantes (avec maladie bénigne) peuvent également être prises en charge à domicile, à condition qu'elles soient en contact quotidien avec des professionnels de la santé.²⁵ À titre d'exemple inhérent à la manière dont les décisions sont prises en ce qui concerne les individus éligibles aux soins à domicile, au Royaume-Uni, une permanence téléphonique du National Health Service (NHS) pour la COVID-19 aide à évaluer la gravité des symptômes et fournit des conseils en conséquence. Les médecins généralistes et les services d'urgence jugent également la gravité et le bien-fondé de l'admission en fonction de protocole visant à maintenir les individus hors des hôpitaux à moins qu'ils ne présentent des symptômes plus graves.²⁶

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS (PCI)

Les protocoles en matière de soins à domicile mettent l'accent sur les mesures de PCI à domicile. Les dispositions les plus fréquemment invoquées parmi différentes séries de protocoles stipulent que les patients infectés devraient idéalement rester dans leur propre chambre bien aérée, et rester éloignés des autres membres du foyer. Lorsque cela n'est pas possible, il est conseillé de maintenir une distance d'au moins un mètre de la personne malade, de s'abstenir de dormir dans le même lit ainsi que de partager des ustensiles pour manger et boire, des serviettes, du linge de lit et d'autres effets personnels. Certains protocoles recommandent également que les patients utilisent une salle de bain indépendante le cas échéant, et si cela n'est pas possible, de veiller à sa désinfection fréquente par un aidant (au Brésil, il est recommandé que les patients nettoient la salle de bains, et fasse leur propre lessive). Les orientations sud-africaines suggèrent que les individus qui vivent dans un logement partagé, comme par exemple des résidences universitaires, sortent de leur chambre uniquement lorsque cela est nécessaire, et portent un masque chirurgical lorsque cela est le cas.²⁷ Une désinfection régulière des surfaces fréquemment utilisées avec du chlore, de l'eau de javel, de l'alcool ou d'autres désinfectants « courants » est recommandée, et les déchets constitués de mouchoirs, de masques et de gants usagés doivent être conservés dans une poubelle couverte lorsqu'elle est à l'intérieur du foyer. Les protocoles de l'OMS précisent que ces déchets doivent ensuite être ramassés par les autorités sanitaires locales. Les pays plus spécifiques en matière de déchets comprennent le Kenya, qui suggère que les déchets soient collectés par des agents sanitaires communautaires bénévoles et transportés au centre médical le plus proche afin d'être éliminés en toute sécurité,²⁸ et le Bangladesh, ainsi que l'Inde qui suggèrent que les déchets devraient être brûlés ou enfouis profondément.^{29,30}

ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)

Pour contenir les sécrétions, il est recommandé aux patients de porter des masques médicaux autant que possible, ou d'adopter une « hygiène respiratoire rigoureuse » à l'aide de mouchoirs jetables ou lavables. Certains pays, tels que Bangladesh et l'Ouganda, suggèrent que les patients peuvent utiliser des masques en tissu lavés régulièrement ou un « morceau de coton propre ». ^{29,31} En réalité, certains pays, tels que l'Afrique du Sud, encouragent fortement l'utilisation de masques en tissu parmi le public à des fins générales de prévention des infections, ³² mais il est quasiment universellement recommandé aux aidants d'utiliser des masques médicaux jetables pour exercer leurs activités de soins à domicile. De manière plus spécifique, l'Inde recommande aux aidants d'utiliser des « masques médicaux à trois couches » ³⁰ et le Kenya recommande des masques N95. ²⁸ Même lorsque le port de « masques simples » est recommandé, comme c'est le cas au Pérou, ³³ ces masques, à l'instar des masques précédemment mentionnés, doivent être mis au rebut et remplacés fréquemment. Il est également recommandé aux aidants d'utiliser des gants jetables (ou des gants utilitaires régulièrement désinfectés) en cas de contact avec le patient et les articles qu'il a touchés, et de porter des « vêtements de protection » comme par exemple des blouses jetables ou des tabliers en plastique lavables, notamment lors de la manipulation du linge ou des déchets du patient. À l'exception des mouchoirs lavables et des masques en tissu destinés aux patients, aucune des orientations que nous avons évaluées n'offre de conseils inhérents à des alternatives à l'EPI médical pour les aidants dans le scénario le plus probable selon lequel ces articles ne seraient pas disponibles. L'Afrique du Sud suggère que les patients à domicile reçoivent un « pack soins », mais ce que cela implique n'est pas clair. ³⁴

ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT DOMESTIQUE ET DES RISQUES POUR LE RESTE DU FOYER

Dans la mesure du possible, les protocoles de l'OMS indiquent que les environnements domestiques au sein desquels les patients doivent être traités devraient être évalués par un agent sanitaire qualifié afin de s'assurer qu'il est propice aux soins à domicile. Plusieurs pays ont établi des critères de base à cet effet, y compris que l'espace nécessaire (capacité d'isolement et maintien de la distance par rapport aux autres), EPI, nourriture et autres produits de première nécessité soient disponibles, et que les mesures de PCI nécessaires puissent être suivies par tous les membres du foyer, dont aucun ne devrait présenter un risque accru de complications liées à la COVID-19 s'ils étaient infectés. De nombreux protocoles stipulent également qu'un aidant désigné devrait être disponible, tandis qu'un nombre plus limité laisse entendre que des soins auto-administrés peuvent être entrepris (par exemple, en Écosse). ³⁵ Cette évaluation peut être réalisée à l'aide d'une liste de contrôle afin de veiller à ce que les foyers présentent la capacité de respecter ces dispositions. On ne sait pas toujours si les évaluations doivent être réalisées en personne ou par téléphone, ni qui doit les réaliser ; dans certains cas, comme par exemple en Afrique du Sud, un appel ou une visite à domicile sont spécifiés. ³⁶ Dans le cas où les patients ne disposent pas d'un environnement domestique adéquat, les protocoles laissent entendre qu'ils devraient être logés au sein d'établissements formels, dans la mesure du possible.

LIEN AVEC LES SERVICES DE SANTÉ OFFICIELS

Les protocoles de l'OMS suggèrent également, « dans la mesure du possible », qu'une liaison entre le foyer au sein duquel un patient est traité et un professionnel de la santé doit être maintenu tout au long de la période de soins. Dans de nombreux protocoles nationaux, ceci est également présenté en tant que condition aux soins à domicile, et le contact doit avoir lieu aussi souvent qu'une fois par jour (comme c'est le cas aux Philippines, ou au Brésil pour les patients plus âgés).^{37,38} Cette communication est considérée comme essentielle pour surveiller la santé des patients, et pour fournir des conseils continus aux aidants et aux autres membres du foyer sur les aspects de la PCI. En Afrique du Sud, l'accent n'est pas nécessairement mis sur le contact régulier, mais sur la fourniture d'informations au patient ou à l'aidant concernant la personne à appeler en cas de besoin, et le fait que le patient peut se rendre dans un établissement de santé si nécessaire.²⁷

SOINS CLINIQUES

Les orientations inhérentes aux soins à domicile qui incluent des recommandations thérapeutiques ou cliniques mettent en évidence des mesures non pharmacologiques, y compris le fait que les patients atteints de symptômes légers doivent se reposer, consommer beaucoup de liquides et manger des aliments nutritifs. Certaines d'entre elles stipulent que les patients à domicile peuvent également être traités avec du paracétamol ou d'autres médicaments en vente libre contre la fièvre et la douleur. Les protocoles du Bangladesh suggèrent également l'inhalation de vapeur et des gargouillis d'eau tiède.²⁴ En Inde, un dialogueur avec lequel les populations peuvent interagir sur différentes plateformes numériques, telles que WhatsApp, propose la recette d'une formulation à base de plantes traditionnelle stimulant le système immunitaire. Certaines orientations donnent une indication de symptômes qui devraient inquiéter les aidants, comme par exemple des troubles respiratoires, une perte de repères, des convulsions etc. De manière générale, les patients et/ou les aidants ont pour instructions de contacter le médecin du patient, les lignes d'assistance téléphonique de la riposte contre la COVID-19, ou d'autres membres du personnel médical désignés en cas d'apparition de ces symptômes. Aucune des orientations examinées (qui s'adressent aux aidants) n'aborderent le problème de la distinction entre les causes potentielles de symptômes qui s'apparentent à la COVID, telles que la fièvre ou la toux dans le cas où le dépistage du SARS-COV-2 n'est pas disponible. Aucun conseil quant à la manière de traiter des symptômes plus graves à domicile ne sont indiqués dans les orientations gouvernementales officielles inhérentes aux soins à domicile, bien que des documents aient été produits par des intervenants non étatiques. Au Royaume-Uni, par exemple, un guide inhérent aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie liés à la COVID-19 destiné directement aux aidants a été élaboré par des professionnels de la santé.³⁹ Un guide pour aider les personnes à gérer les difficultés respiratoires à domicile durant la pandémie de COVID-19 a également été développé au Royaume-Uni, mais n'est pas nécessairement lié à la COVID-19 (il est conseillé aux individus d'appeler le NHS s'ils pensent avoir contracté la COVID-19) (voir **Figure 1**).⁴⁰

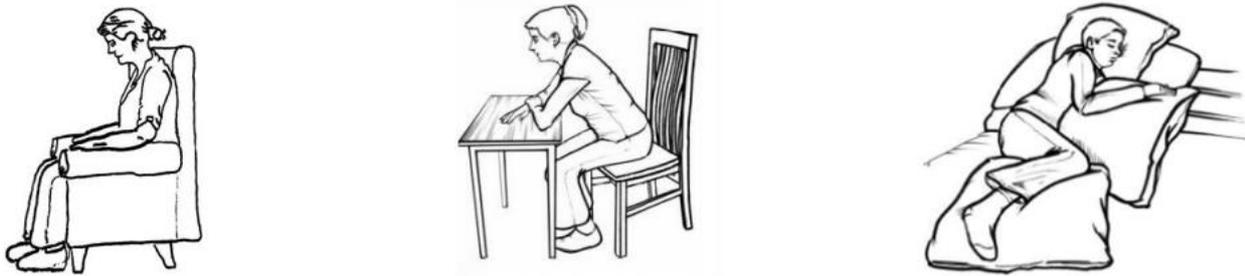


Figure 1 Les images représentent des positions corporelles que les individus souffrant de difficultés respiratoires peuvent adopter afin d'atténuer leurs symptômes, extraites du guide *Gestion des difficultés respiratoires*. Source : Higginson et al., 2020 <https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/khp-gp-breathlessness-resource.pdf>

FIN DES SOINS À DOMICILE

Pour permettre aux individus d'être « libérés » des soins à domicile, les protocoles de l'OMS stipulent que les personnes dont l'infection à la COVID-19 a été confirmée en laboratoire doivent subir deux tests négatifs au moyen d'un test PCR, ou qu'ils restent en isolement pendant 14 jours après la disparition des symptômes. La plupart des orientations nationales suggèrent également que les individus restent chez eux pendant 14 jours après la disparition des symptômes, bien que certaines stipulent 14 jours à compter de l'apparition des symptômes. Le Royaume-Uni stipule seulement sept jours à compter de l'apparition des symptômes.⁴¹ Les protocoles indiens indiquent que l'isolement à domicile peut se terminer dans un délai de 17 jours à compter de l'apparition des symptômes.⁴²

CONSEILS AUX AUTRES MEMBRES DU FOYERS, AUX VISITEURS ET AUX CONTACTS DU PATIENT

La majorité des orientations stipulent que les personnes extérieures au foyer ne doivent pas se rendre chez un patient tant que celui-ci reçoit des soins à domicile et est en isolement. En ce qui concerne les membres du foyer et les autres contacts d'un patient (y compris les agents sanitaires), les protocoles de l'OMS indiquent qu'ils doivent surveiller leur état de santé pendant 14 jours à compter de la date du dernier contact, et avoir recours aux services de santé s'ils développent des symptômes. Aucune obligation d'isolement de ces personnes n'est explicitement énoncée dans les orientations de l'OMS sur les soins à domicile. Par opposition, certains protocoles nationaux, comme par exemple aux Philippines, au Brésil, en Afrique du Sud et au Royaume-Uni, stipulent que les contacts et les membres du foyer d'une personne recevant des soins à domicile doivent également s'isoler chez eux.^{38,41,43,44} Les orientations du Royaume-Uni stipulent en outre que si un membre du foyer du patient est exposé à un risque de maladie plus grave en cas d'infection à la COVID-19, il doit être hébergé ailleurs pendant 14 jours si cela est possible.⁴¹

Communiquer des orientations et des conseils

Les protocoles détaillés concernant les soins à domicile dans certains pays semblent être uniquement intégrés dans des documents de riposte plus généraux tels que des manuels de prise en charge clinique, et, par conséquent, s'adressent aux responsables et professionnels de la santé plutôt qu'aux aides à domicile elles-mêmes (par exemple, en Ouganda, aux Philippines). Certaines orientations existent en tant que documents de référence à part entière, généralement sur les sites web des gouvernements, et sont accessibles, mais encore une fois, ne s'adressent pas nécessairement au public (par exemple au Kenya).²⁸ Bien que les détails et l'accessibilité varient, certains pays tels que l'Afrique du Sud et le Pérou publient des orientations plus adaptées à un public sur des pages web dédiées.³⁴ Les principaux médias nationaux ont également publié des versions accessibles

d'orientations dans certains pays, tels que le Brésil et le Mexique.^{45,46} Dans les autres pays, les éléments inhérents aux soins à domicile sont représentés dans des supports de communication publics, y compris des affiches et « cartes » et publiées sur les réseaux sociaux qu'il est possible de partager. Toutefois, la plupart de ces documents ont tendance à être axés sur les mesures de PCI de base au sein du foyer et de la communauté, et sont relativement basiques. La **Figure 2** de l'OMS offre un exemple plus complet, explicitement axé sur les soins à domicile. L'OMS a également produit une vidéo animée illustrant ses conseils en matière de soins à domicile,⁴⁷ à l'instar du gouvernement indien.³⁰ Une association caritative basée au Royaume-Uni, Doctors of the World, a publié des vidéos (et des orientations écrites) communiquant des informations relatives à la COVID-19, y compris les orientations britanniques en matière d'isolement à l'intention des personnes présentant des symptômes dans 12 langues différentes.⁴⁸ Des orientations simples en matière de soins à domicile et d'isolement sous forme d'infographies ont également été produites en 12 langues par un groupe de la société civile indonésien.⁴⁹

ACCOMPAGNEMENT À DISTANCE POUR LES AIDANTS ET LES PATIENTS

Plusieurs pays mettent l'accent sur le fait que les aidants et/ou les patients doivent être en contact régulier avec des professionnels de la santé pour réaliser des suivis par téléphone. Parallèlement à cela, il y a eu des tentatives pour établir des plateformes de télémedecine plus ambitieuses et sophistiquées ou d'autres formes de communication sanitaire numérique. Dans les pays plus riches, tels que les États-Unis ou le

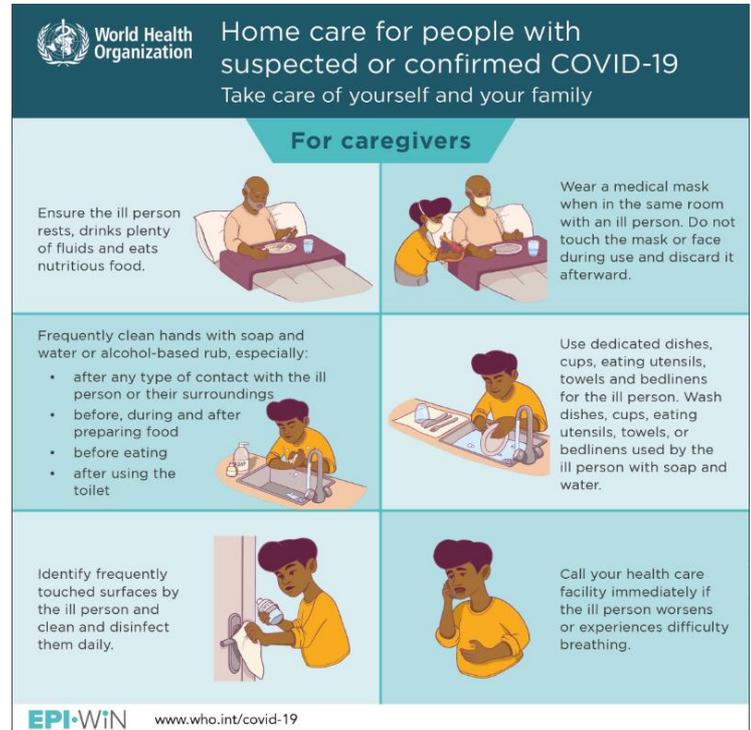


Figure 2 Affiche soins à domicile conçue par l'OMS. Source : OMS, 2020 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

Royaume-Uni, les plateformes existantes ont été renforcées ou activées pour intégrer la télémédecine avec fonction vidéo pour traiter les infections à la COVID-19 à domicile, ainsi que d'autres affections médicales afin de limiter les contacts interpersonnels.⁵⁰ Le BMJ a publié un guide des « meilleures pratiques » pour les consultations à distance,⁵¹ y compris pour les soins de santé primaires.⁵² Une société privée en Inde a développé une application qui fournit des conseils pour les soins à domicile prodigués pour traiter l'infection à la COVID-19 et connecter les individus gratuitement à des équipes de professionnels de la santé. La société s'est associée avec plusieurs hôpitaux et quatre gouvernements et recherche des approbations supplémentaires.^{53,54} Le gouvernement algérien a lancé une plateforme en partenariat avec une société privée par le biais de laquelle les individus peuvent accéder à des consultations gratuites et à l'assistance d'agents sanitaires,⁵⁵ tandis qu'un groupe de médecins en Égypte ont utilisé Facebook pour accompagner des patients infectés à la COVID-19 à domicile.⁵⁶ Plusieurs dialogueurs automatisés destinés au public qui opèrent par SMS, WhatsApp, Facebook et d'autres plateformes ont également été mises en place, y compris par l'OMS, et certains gouvernements nationaux tels que l'Inde, le Bangladesh, l'Afrique du Sud et d'autres,⁵⁷ par l'intermédiaire desquelles les utilisateurs peuvent obtenir des informations de base sur la COVID-19 et sa prévention. Tandis que ces plateformes ne semblent pas fournir de conseils inhérents aux soins à domicile, elles peuvent orienter les utilisateurs vers des lignes d'assistance téléphoniques ou des sites web sur lesquels ces informations sont susceptibles d'être accessibles.

Visites à domicile d'agents sanitaires et d'agents sanitaires communautaires

Certains protocoles nationaux stipulent que les agents sanitaires peuvent rendre visite aux patients à domicile. Les orientations brésiliennes, par exemple, indiquent que si cela est nécessaire, les agents sanitaires doivent « offrir une assistance en personne, idéalement à domicile ». ³⁷ Les orientations du Bangladesh stipulent également que les patients peuvent recevoir des visites d'agents sanitaires à domicile. ²⁹ Il existe des preuves d'autres types de visites à domicile qui ne sont pas nécessairement précisées dans les protocoles. En Italie du Nord, où les services de santé sont saturés par le nombre de patients infectés à la COVID-19 qui nécessitent des soins intensifs, des secouristes et des médecins ont fourni de l'oxygène et des soins à des patients à domicile, ce qui suggère que les soins à domicile ont également été approuvés pour les cas les plus graves dans ce contexte. ⁵⁸⁻⁶⁰ Les ONG AMREF Health Africa et Avert ont reconnu la valeur des ASC, qui ont joué des rôles essentiels dans l'assistance sanitaire à la population dans les PRFI, souvent en faisant du porte-à-porte. Ces organisations ont développé des supports de formation à la COVID-19 à leur intention, accessibles à travers des applications pouvant être exécutées en ligne et hors ligne. De manière plus spécifique, AMREF a ajouté le contenu conforme de l'OMS à sa plateforme Leap, qui est même accessible sur des téléphones simples par l'intermédiaire d'une plateforme SMS. Cette formation a déjà été suivie par 54 mille ASC au Kenya, et est également active en Éthiopie. ^{61,62} Des plans sont en cours pour présenter la plateforme AMREF aux ASC au Malawi et en Afrique du Sud. Actuellement, les applications aident les ASC à fournir des informations de base relatives à la COVID-19, y compris des conseils en matière de prévention de l'infection ainsi que la personne à contacter en cas de symptômes, mais représentent des opportunités par

le biais desquelles des conseils plus spécifiques et appropriés en matière de soins à domicile, adaptés au contexte et aux conditions locales, sont susceptibles d'être fournis.

Prise en charge communautaire dans des centres réaménagés ou construits de façon provisoire

Il existe une série de modèles destinés à la prise en charge communautaire autre que les soins à domicile pour les patients COVID-19 soupçonnés ou confirmés. Certains pays, tels que la Chine, le Vietnam, la Malaisie,⁶³ l'Égypte⁶⁴ et le Nigeria⁶⁵ semblent insinuer que les personnes présentant des infections potentielles et/ou confirmées à la COVID-19, y compris des infections bénignes, doivent être prises en charge au sein d'établissements de santé formels le cas échéant. Ces établissements peuvent inclure des espaces communautaires réaménagés ou temporaires, allant des grands « hôpitaux-refuges Fancang » rapidement construits par l'état chinois,⁶⁶ aux plus petits espaces locaux réaménagés tels que des hôtels, des écoles, des églises voire même des voitures de chemin de fer,⁶⁷ et des abris construits temporairement. Dans les pays où les soins à domicile sont autorisés pour les cas bénins, un hébergement au sein de ces centres de soins communautaires est également susceptible d'être offert s'il est difficile pour les patients et les membres de leur foyer de respecter toutes les mesures nécessaires à domicile. Le Royaume-Uni a également utilisé des hôtels afin d'héberger temporairement ainsi que prendre en charge les personnes sans abri présentant des infections potentielles à la COVID-19.⁶⁸ Les centres communautaires peuvent être pourvus en agents sanitaires, ainsi qu'en bénévoles qualifiés et en personnel de sécurité et de logistique qui jouent différents rôles. L'Ouganda indique que pour chaque 100 patients, une infirmière et une aide-soignante doivent être disponibles.³¹ En Inde, les centres de soins COVID-19 sont pourvus en médecins enregistrés au ministère de l'Ayurveda, du yoga et de la naturopathie, de l'Unani, du Siddha et de l'homéopathie (AYUSH), sous la supervision de médecins allopathes.⁶⁹ Aux Philippines, les membres du personnel du Centre de Soins COVID incluent des bénévoles de la santé communautaire, et sont supervisés par un médecin en personne, ou par télémédecine.³⁸ Les protocoles ougandais stipulent que ces centres doivent être situés « à proximité » d'un établissement de santé formel et être dotés d'un transport d'urgence adéquat pour déplacer les patients. Les patients doivent recevoir un accès à l'eau courante, à des toilettes et des salles de bains, à la nourriture, à la sécurité et à un soutien psychosociale.³¹ Les protocoles de Malaisie et des Philippines stipulent qu'idéalement, les patients doivent disposer de leurs propres chambres et toilettes privées, mais lorsque cela n'est pas possible, les lits doivent être situés à un minimum d'un (Malaisie) ou de deux mètres l'un de l'autre, et dans le cas des Philippines, ils doivent être dotés au minimum d'une vitre ou d'un rideau pour préserver l'intimité.^{38,63}

QUESTIONS CLÉS ET RECOMMANDATIONS POUR COMBLER LES LACUNES EN MATIÈRE DE SOINS À DOMICILE ET COMMUNAUTAIRES

Un certain nombre d'hypothèses sont formulées dans les orientations en matière de soins à domicile. Bien que de nombreux protocoles en matière de soins à domicile contiennent des mises en garde quant au fait de savoir si un patient dispose de sa propre chambre ou salle de bains, il y a encore une attention insuffisante aux réalités matérielles et sociopolitiques de beaucoup de personnes, notamment dans les PRFI et les environnements à faibles ressources, mais également dans les pays à revenu élevé. Ces lacunes dans les orientations peuvent nuire à la capacité des individus de s'occuper de leurs proches de manière sécurisée et efficace, et de limiter la propagation de la COVID-19 au sein de leurs foyers, de leurs communautés et au-delà. À travers cinq thèmes, cette section décrit certaines des lacunes et questions à prendre en considération, et fournit des recommandations pour les aborder. Le cas échéant, des expériences spécifiques tirées de précédentes flambées épidémiques de maladies et de la pandémie de COVID-19 actuelle sont également présentées.

1. ACCESSIBILITÉ ET COMMUNICATION DES ORIENTATIONS EN MATIÈRE DE SOINS À DOMICILE

Il existe un certain nombre de lacunes et d'hypothèses parmi les modèles et approches actuels pour communiquer les orientations en matière de soins à domicile. Savoir quoi faire est essentiel pour les aides à domicile. Des conseils et une assistance doivent être disponibles et accessibles.

1.1 Prise en considération des obstacles à l'accès aux orientations et à l'assistance

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Il y a une **pénurie de supports de communication publics axés sur les soins à domicile, en ligne et hors ligne**. Dans certains pays, des orientations détaillées en matière de soins à domicile figurent uniquement dans les protocoles de gestion clinique ou dans d'autres documents publiés sur les sites web des gouvernements qui ne sont pas nécessairement adressés à une audience publique. Cela suppose que les personnes présentant une infection potentielle à la COVID-19 prendront contact avec les intervenants de la riposte formels qui sont en mesure de leur fournir les informations nécessaires concernant les soins à domicile. En réalité, les protocoles établis par certains pays, conformément aux orientations de l'OMS, stipulent que les individus devraient être évalués afin de déterminer s'ils sont éligibles (ou non) aux soins à domicile. Cela signifie que si les soins à domicile sont jugés appropriés par un professionnel de la santé, ce n'est que par la suite qu'ils recevront des orientations plus détaillées et seront « liés » à une assistance continue dans certains contextes. Les personnes qui ne sont pas en mesure de ou qui ne sont pas disposées à communiquer avec des

intervenants formels, pour diverses raisons, ne seront pas en mesure d'accéder aux orientations et à l'assistance.

Il existe des obstacles à l'accès supplémentaires pour certains groupes d'individus. La conception d'un support de communication approprié et accessible peut s'avérer particulièrement difficile dans des contextes au sein desquels les niveaux d'analphabétisme sont élevés et où les populations sont diversifiées sur le plan linguistique. Les groupes marginalisés tels que les femmes, les migrants, les minorités ethniques et les personnes en situation de handicap sont particulièrement à risque d'être négligées par les messages.⁷⁰⁻⁷²

EXPÉRIENCE

Les expériences tirées de la crise du virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest ont indiqué que les appels des populations aux lignes d'assistance téléphonique de riposte étaient souvent restés sans réponse, ou avaient des temps d'attente très longs.^{73,74} Certains éléments de preuve en provenance du Bangladesh et du Nigeria indiquent que les populations ont déjà du mal à joindre les lignes d'assistance téléphonique dédiées à la COVID-19, ou qu'elles n'obtiennent pas l'aide nécessaire lorsqu'elles y parviennent.^{75,76} Les mesures mises en œuvre par les organisations communautaires telles que Muungano au Kenya permettent d'identifier les personnes vulnérables et difficiles à atteindre au sein de communautés déjà marginalisées, et utilisent cette cartographie pour cibler les messages et les ressources.⁷⁷ Les mesures communautaires telles que celle-ci peuvent également permettre de fournir des informations et une assistance pour les soins à domicile, et d'identifier les foyers au sein desquels les soins à domicile ne seraient pas possibles. Les personnes vulnérables peuvent inclure les individus souffrant d'autres pathologies qui doivent être traitées.

Des mesures visant à produire et fournir des supports de communication et des informations inhérents à la COVID-19 qui reflètent la diversité linguistique ont été mises en œuvre dans certains contextes. Au Royaume-Uni et en Indonésie, par exemple, cela inclut des vidéos et des orientations traduites comportant des conseils de bases en matière de soins à domicile,^{48,49} tandis qu'en Thaïlande, une ligne d'information dédiée à la COVID-19 a été établie pour les communautés de migrants linguistiquement diversifiées.⁷⁸ Des supports en braille ont également été produits par des groupes communautaires au Malawi.⁷⁹ On ignore dans quelle mesure les conseils en matière de soins à domicile sont fournis sur ces supports en braille ou par l'intermédiaire de la ligne d'assistance téléphonique, mais ces approches représentent des voies potentielles par le biais desquelles ces conseils sont susceptibles d'atteindre des groupes souvent exclus des messages.

Des manières créatives de communiquer avec les groupes difficiles à atteindre et non connectés pendant les situations d'urgence ont également été mises en œuvre dans le passé avec des intervenants mettant en avant la radio, et utilisant des mégaphones et des annonces par haut-parleur au sein d'espaces publics tels que des marchés et depuis des vélos ou des voitures. Dans ses actions de communication inhérentes à la COVID-19 au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, l'UNICEF a adopté certaines de ces stratégies, ainsi qu'elle

a mis l'accent sur la distribution de documents dans les pharmacies et les zones commerciales dans le cadre de l'aide humanitaire.⁸⁰

RECOMMANDATIONS :

- **Recommandation :** Veiller à ce que les conseils et l'assistance en matière de soins à domicile soient accessibles dans une grande variété de formes et d'espaces, et ne soient pas uniquement accessibles aux populations lorsqu'elles communiquent avec les services de santé officiels.
- **Recommandation :** Collaborer avec les intervenants et organisations locaux afin de réaliser des exercices de cartographie communautaire permettant de fournir un aperçu des conditions locales afin d'anticiper les besoins, et de cibler l'assistance pour les personnes susceptibles de ne pas être en mesure d'établir un contact avec les agences de riposte officielles.
- **Recommandation :** Développer des supports de communication, sur papier et numériques, axés sur les soins à domicile, notamment sous formats visuels, d'images, audio et vidéo, et les mettre à disposition dans différentes langues locales et indigènes, y compris dans des dialectes. Utiliser des affiches, des panneaux d'affichage, des peintures murales, la télévision et les réseaux sociaux. Les publier et les diffuser par le biais de canaux locaux fiables et accessibles, en collaboration avec des intervenants locaux et des réseaux communautaires.
- **Recommandation :** La radio est un moyen clé d'atteindre les populations lorsque l'accès à d'autres dispositifs est limité,⁸¹ tandis que les annonces par haut-parleur et mégaphone depuis les églises, les mosquées ou par des personnes dans des voitures, à vélo ou à pied peuvent également contribuer à fournir des informations aux individus ayant un accès limité.
- **Recommandation :** Produire des supports de communication sous des formats accessibles aux personnes en situation de handicap, y compris des vidéos en langue des signes, et des documents en braille.

1.2 Prise en considération des limites de la téléphone mobile et des technologies de communication et lutte contre les exclusions

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Un autre obstacle à l'accès des populations aux informations et à l'assistance continue en matière de soins à domicile est l'accès limité aux technologies de communication. Cela est toujours le cas au sein de nombreuses communautés marginalisées et démunies, voire même au sein de foyers. **Les femmes, qui sont davantage susceptibles de prodiguer des soins à leurs proches et amis malades, sont également moins susceptibles d'avoir accès aux technologies de communication.** De nos jours, en Inde, seulement 33 % des femmes possèdent leur propre téléphone portable contre 67 % des hommes.⁸² L'accès limité se manifeste non seulement par un **manque de téléphones, mais également par un manque de crédit de réseau, de données et d'accès Wifi.** Moins de la moitié des foyers au sein des PRFI disposent d'une connexion Internet,

et un gigaoctet de données coûte 40 % du revenu mensuel moyen en Afrique subsaharienne.⁸³ En raison de ces exclusions, de nombreuses personnes sont susceptibles de ne pas être en mesure de passer des appels initiaux aux services de santé ou aux lignes d'assistance téléphonique, d'accéder aux informations en ligne relatives aux soins à domicile, et de communiquer régulièrement avec des professionnels de la santé afin d'obtenir un accompagnement. Bien que les lignes d'assistance téléphonique et le téléchargement des applications soient susceptibles d'être gratuits, les fournisseurs de services de téléphonie mobile sont susceptibles de facturer l'utilisation des réseaux mobiles et à haut débit. Tandis que les fournisseurs dans certains pays tels que l'Inde et le Nigeria ont accordé à leurs clients un accès gratuit aux sites web vérifiés contenant des informations relatives à la COVID-19, ainsi que des SMS et des données gratuits, on ignore dans quelle mesure cela est répandu.^{84,85}

EXPÉRIENCE

Une étude récente a révélé que les femmes plus âgées dans les camps de Rohingyas au Bangladesh, qui n'ont pas accès aux téléphones ni aux radios, en savaient moins au sujet de la COVID-19 que leurs homologues masculins.⁸⁶ Des disparités similaires entre les sexes en matière d'accès à l'information lors de flambées épidémiques de maladies ont été documentées, y compris lors de flambées épidémiques du virus Ébola et du VIH/SIDA.⁸⁷ Toutefois, les femmes peuvent être d'importantes sources d'information les unes pour les autres. Lors de la crise du virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest, les femmes échangeaient des informations et des connaissances en matière de soins dans des groupes de femmes.¹⁵

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation :** Dans le cas où la communication directe par téléphone ou numérique avec un foyer n'est pas possible, il peut être nécessaire que les agents sanitaires tels que les ASC se rendent régulièrement dans les foyers au sein desquels des soins sont prodigués.
- **Recommandation :** Des efforts spécifiques doivent être déployés pour atteindre les femmes et d'autres individus susceptibles d'être exclus des communications contenant des informations cruciales relatives aux soins à domicile. Les lieux fréquentés par les femmes tels que les marchés et les points d'eau pourraient être ciblés avec des messages concernant les soins à domicile et les lignes d'assistance à appeler. Les groupes et réseaux de femmes sont également susceptibles de constituer des points d'entrées propices à la transmission de l'information. Les responsables des groupes de femmes doivent être intégrées aux équipes spéciales de santé locales dans la mesure où elles sont susceptibles d'avoir un moyen de communiquer avec les femmes au sein de leurs communautés.
- **Recommandation :** Développer les supports de communication publics sous formats visuels non numériques afin de réduire les exclusions liées à la technologie et à l'alphabétisation.

1.3 Comblent le manque de supports de communication accessibles au public inhérents aux aspects pratiques des soins à domicile

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Les supports de communication liés à la COVID-19 ont tendance à mettre en avant les mesures de PCI de base mises en œuvre au sein de la communauté et des foyers pour limiter la propagation du virus (comme par exemple, utiliser des masques, se couvrir le nez et la bouche lorsque l'on tousse, maintenir une distance physique et se laver fréquemment les mains), et demander aux individus de contacter les autorités pertinentes s'ils développent des symptômes. Tandis que les mesures de PCI constituent des aspects essentiels de la prise en charge à domicile et, par conséquent, qu'elles doivent être largement diffusées, l'incapacité à communiquer d'autres informations utiles et plus détaillées quant à la manière de prodiguer des soins à domicile (y compris le soulagement des symptômes et les signes de détérioration – voir **section 4**) risque de laisser les individus sans outils essentiels pour réconforter et soigner leurs proches. Une évolution rapide de la compréhension scientifique de la COVID-19 présente également un défi pour les messages en termes de cohérence.

EXPÉRIENCE

Lors de la crise du virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest, les communautés urbaines de Libéria étaient frustrées par les messages excessivement centrés sur ce qu'était le virus Ébola et la manière dont il se propageait, et avaient désespérément besoin d'informations plus pratiques et cohérentes quant à la manière de traiter, d'isoler et de transporter les personnes malades, de se protéger et de nettoyer leurs foyers avec les produits disponibles. De nombreuses personnes trouvaient également que les messages stipulant s'il convenait de toucher les individus infectés par le virus Ébola, et comment les toucher, prêtaient à confusion.⁷³

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation :** Veiller à produire un large éventail d'orientations inhérentes aux soins à domicile incluant les dimensions pratiques du soutien, y compris concernant les mesures de PCI, le soulagement des symptômes, les signes de détérioration, et les voies locales pour obtenir une aide supplémentaire. Ceci peut inclure, par exemple, des conseils pour aider les personnes vulnérables à manger et se déplacer au lit, et pour utiliser les toilettes (comme par exemple en mettant une chaise à leur disposition). Les conseils doivent également inclure des orientations inhérentes au moment auquel les individus ne sont plus considérés comme infectieux avec coronavirus SAR-COV-2 ainsi que toute stipulation nationale relative aux périodes d'isolement pour les patients et les autres membres du foyer ou les contacts.
- **Recommandation :** Veiller à ce que les messages inhérents aux soins à domicile soient précis et cohérents dans la mesure du possible au sein d'un environnement de connaissances scientifiques

relatives à la COVID-19 en rapide évolution, et que les changements apportés aux conseils ainsi que leur justification soient clairement communiqués.

1.4 Faciliter le dialogue pour des flux d'informations dynamiques et une adaptation appropriée concernant les soins à domicile

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Tandis que les supports de communication sous format écrit, visuel et audio contenant des orientations inhérentes aux soins à domicile sont essentiels, ces systèmes plus traditionnels de communication de conseils sont pourtant susceptibles de ne pas refléter la diversité des réalités, circonstances, ressources et priorités des individus. Des modes de participation communautaire plus dynamiques et moins hiérarchisés qui facilitent les flux d'informations bidirectionnels ont été reconnus comme étant essentiels pour une riposte efficace contre une flambée épidémique de maladie, y compris pour la COVID-19.⁸⁸ Cela fournit des opportunités pour les populations non seulement de poser des questions, mais également d'exprimer leurs propres besoins et priorités, et de remettre en question les conseils lorsqu'ils ne sont pas pratiques pour eux. En outre, les populations locales sont susceptibles d'avoir des expériences ou des conseils utiles à partager avec les autres, et peuvent proposer collectivement des solutions locales si elles disposent d'une plateforme pour interagir. En réalité, on devrait leur demander de manière proactive de quels types de solutions et de stratégies elles disposent déjà et leur type de communication préféré (y compris dans quelle langue), de quelle ressources elles disposent, et l'aide qu'elles souhaiteraient recevoir.⁸⁹ De cette manière, les populations locales peuvent contribuer à façonner les connaissances et les pratiques en matière de soins à domicile d'une manière plus réaliste et plus appropriée pour elles au niveau local, et permettre aux intervenants de la riposte d'adapter davantage les messages, de cibler les ressources et de soutenir les interventions communautaires de manière plus efficace. Dans la mesure où les risques d'infection associés à la COVID-19 rendent difficiles les stratégies de participation en personne, des stratégies alternatives, anciennes et nouvelles, devront passer au premier plan.

EXPÉRIENCE

La diffusion radiophonique s'est avérée un moyen essentiel non seulement de fournir des informations, mais également d'établir des liens avec les populations locales, en particulier dans les régions disposant d'un accès limité aux autres formes de technologies de la communication.⁸¹ Lors des flambées épidémiques du virus Ébola, les émissions radiophoniques, par exemple, se sont avérées une source précieuse d'informations et d'interaction avec les populations locales.⁹⁰ La radio est également importante dans le contexte de la COVID-19. Une association de journalistes au Burkina Faso diffuse régulièrement des émissions sur les aspects inhérents à la COVID-19, et invitent les auditeurs à appeler pour poser des questions et exprimer leurs points de vue.⁹¹

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation :** Inciter les stations de radio locales à organiser des sessions de questions-réponses et des discussions à ligne ouverte sur les soins à domicile entre et parmi les populations locales, les membres influents de la communauté et les intervenants de la riposte en plusieurs langues et dialectes locaux.
- **Recommandation :** Les réseaux sociaux peuvent être un espace sur lesquels des sessions de questions-réponses et des discussions dynamiques peuvent également être organisées. Bien que tous les individus ne soient pas connectés, ceux qui le sont peuvent être eux-mêmes influents au niveau local. Les dialogueurs existants ont tendance à fournir des informations. Il convient d'envisager des plateformes plus dynamiques sur Whatsapp, Facebook ou d'autres réseaux sociaux pour introduire les informations et les discussions relatives aux soins à domicile. Participer de façon proactive à l'information inutile qui est publiée dans ces espaces.
- **Recommandation :** Selon les circonstances et le contexte, mobiliser les ASC et autres intervenants dignes de confiance au niveau local pour effectuer des visites en porte-à-porte, en maintenant une distance à l'extérieur du foyer, et protégés par les EPI adéquats (y compris des alternatives sécurisées aux EPI médicaux, voir **section 2.3**), afin de fournir des informations et, tout aussi important, d'engager la conversation au sujet de la COVID-19, y compris au sujet des soins à domicile. Une communication bidirectionnelle entre les populations et les ASC peut éclairer la riposte nationale et locale quant aux connaissances, aux préférences, aux besoins et aux stratégies des populations locales autant qu'elle peut leur fournir des informations.
- **Recommandation :** Impliquer les intervenants locaux, y compris les personnes en situation de handicap, afin de s'assurer que les messages correspondent aux réalités matérielles et sociales des individus, et utilisent des mots et des concepts qu'ils comprennent. Les symptômes ou la gravité de la maladie, par exemple, peuvent être compris et décrits différemment par les populations locales, et les messages doivent être adaptés en conséquence.

2. QUESTIONS PRATIQUES RELATIVES À DIFFÉRENTES CONDITIONS SOCIALES ET MATÉRIELLES ET AUX MESURES DE PCI AU SEIN DE FOYERS ET D'ENVIRONNEMENTS À FAIBLES RESSOURCES

Plusieurs protocoles nationaux comprennent la mise en garde selon laquelle les soins à domicile doivent uniquement être prodigués dans le cas où les patients ont été évalués comme disposant d'environnements domestiques adéquats. Dans le cas contraire, il est stipulé qu'ils doivent être pris en charge au sein d'établissements formels. Dans le scénario probable selon lequel les systèmes de santé sont saturés par des patients nécessitant des soins urgents, l'espace au sein des hôpitaux, cliniques et centres communautaires est susceptible de ne pas être disponible, quel que soit l'environnement domestique des patients. C'est la raison pour laquelle il est essentiel de fournir des conseils et une aide supplémentaire aux personnes dont

les foyers et les capacités ne répondent pas aux critères officiels établis en ce qui concerne les soins à domicile. Cela inclut les conseils quant à la manière de garantir des mesures de PCI dans des circonstances loin d'être idéales.

2.1 Identification des environnements difficiles en termes de logement et d'assainissement et adaptation des mesures de PCI en conséquence

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Dans les environnements à faibles ressources, les logements sont susceptibles de contenir **uniquement une ou deux pièces mal aérées** partagées par plusieurs membres de la famille, ce qui rend extrêmement difficile le maintien de la distance physique requise entre un patient, un aidant et les autres membres du foyer. Le logement est **susceptible de ne pas disposer de toilettes**, et des installations peuvent être partagées par de nombreuses personnes au sein de la communauté. Cela rend extrêmement difficile la désinfection régulière des toilettes tel qu'il est stipulé dans les orientations inhérentes aux soins à domicile (sans parler du fait de fournir des toilettes individuelles à un individu infecté tel qu'il est souvent recommandé), et la pratique d'un isolement domestique strict. Les logements sont également susceptibles de **ne pas disposer d'approvisionnement en eau**, ce qui rend difficile le lavage fréquent et abondant des mains, de la vaisselle ainsi que la lessive, qui sont nécessaires au contrôle des infections au sein des foyers. La nécessité d'acheter ou de collecter de l'eau à l'extérieur du foyer peut également rendre difficile la conformité aux mesures de PCI domestiques, en raison de la nécessité de rationner, et/ou de quitter le foyer.

D'autres types de logements largement ignorés dans les orientations en matière de soins à domicile examinées incluent **les auberges et les dortoirs**, auxquels ont souvent recours les migrants, les étudiants, ou les personnes sans domicile fixe. À nouveau, les toilettes et les espaces pour faire la cuisine et prendre les repas partagés, ainsi que les contacts fréquents entre les résidents sont susceptibles de rendre extrêmement difficile le maintien de la distanciation physique et la sécurité des soins. Des conseils plus détaillés et réalisables concernant les mesures de PCI au sein de ces environnements s'imposent de toute urgence. Les critères universels inhérents aux conditions de logement dans les évaluations pour les soins à domicile ne seront pas utiles, notamment en l'absence d'alternatives aux soins à domicile.

EXPÉRIENCE

Les organisations communautaires jouent un rôle dans le soutien des mesures de PCI communautaires et dans l'identification des options alternatives inhérentes aux soins à domicile pour les personnes vivant dans des conditions de logement difficiles. Par exemple, Muungano, la fédération kenyane des habitants de bidonvilles, a collaboré avec des communautés d'établissements informels à Nairobi et Kisumu pour développer des cartes indiquant les endroits où pourraient être localement établis des centres de soins alternatifs.⁹² Au Bangladesh, le BRAC a installé des stations de lavage des mains dans les espaces publics,⁹³ tandis qu'en Inde, des groupes d'entraide féminine se sont organisés pour produire 100 000 litres de

désinfectant et environ 50 000 litres de savon liquide.⁹⁴ La nature décentralisée de la production a signifié qu'elle était accessible aux personnes qui en avaient besoin plus rapidement que les chaînes de distribution et d'approvisionnement descendantes.

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation :** Surtout lorsque les environnements de soins à domicile sont difficiles, envisager des options de prise en charge communautaire dans des centres réaménagés ou construits de façon temporaire dans le cas où ces approches n'existent pas déjà (voir recommandations à la **section 5** ci-dessous) et si une mise en œuvre sécurisée et acceptable est possible.
- **Recommandation :** Collaborer avec les intervenants locaux pour développer ou adapter des orientations en matière de soins à domicile afin d'aborder les diverses conditions de logement qui vont au-delà de la mise en garde selon laquelle les individus qui partagent des chambres doivent maintenir une distance. Des possibilités de logements alternatifs au sein des familles élargies, des rues ou des quartiers peuvent être envisagés afin de « confiner » les personnes vulnérables, et/ou d'isoler les individus contaminés et leurs aidants des autres peuvent être étudiées.^{95,96}
- **Recommandation :** Avec les intervenants locaux, établir des procédures d'évaluation et des listes de contrôle connexes afin de déterminer qui est éligible aux soins à domicile conformément aux orientations adaptées à différents types de logements et autres conditions locales, y compris la disponibilité d'alternatives sécurisées en matière de soins communautaires.
- **Recommandation :** Fournir des services d'assainissement, de l'eau potable et du savon (ou des cendres) aux communautés et aux foyers ayant un accès limité.^{97,98,99} Cela peut inclure la fourniture de stations de lavage des mains, la livraison d'eau aux foyers, et la construction ou la fourniture de latrines supplémentaires ou d'autres dispositions appropriées en matière de gestion de l'assainissement. Veiller à ce que les services soient gratuits ou abordables et collaborer avec les intervenants locaux afin de s'assurer que ces ressources atteignent ceux qui en ont le plus besoin.
- **Recommandation :** Si possible, fournir et distribuer des solutions nettoyantes et du désinfectant pour les mains disponibles localement, notamment dans le cas où l'accès à l'eau potable est limité. Bien que les désinfectants pour les mains fabriqués avec des produits locaux tels que des spiritueux ne soient pas dotés d'une teneur en alcool adéquate pour être entièrement efficaces contre le virus,¹⁰⁰ ils peuvent être mieux que rien.

2.2 Adaptation des orientations aux différentes formes de composition de foyers et de structures sociales

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

En mettant l'accent sur le fait que tous les membres d'un foyer doivent s'isoler à domicile afin d'éviter la propagation du virus au sein de la communauté, certaines orientations supposent que les foyers sont des

unités statiques dont l'appartenance est définissable. Dans certains environnements, **la composition du foyer est plus fluide avec différentes personnes se déplaçant entre plusieurs logements** pour dormir ou manger. En outre, plusieurs protocoles mettent en évidence le fait que la prise en charge d'une personne infectée ne devrait pas avoir lieu à domicile dans le cas où d'autres membres du foyer présentent un risque accru de complications. La **prévalence des foyers multigénérationnels** dans de nombreux contextes, avec des personnes âgées vivant aux côtés de et s'occupant souvent de membres de la famille plus jeunes, y compris des enfants en bas âge, présente des risques évidents.¹⁰¹ Et pourtant, dans le cas où des établissements de santé appropriés pour le patient sont indisponibles, non sécurisés ou non fiables (ou qu'il est impossible de mettre en œuvre des dispositions alternatives en matière d'« isolement » pour les personnes présentant un risque accru), les soins devront être prodigués, ou il sera néanmoins préférable de prodiguer les soins à domicile. Dans certains cas, les centres réaménagés peuvent être envisagés de manière urgente. **Les « foyers » individuels** sont également ignorés dans les orientations, et de nombreux protocoles suggèrent ou stipulent de manière directe que les soins à domicile ne doivent pas être prodigués dans le cas où un aidant n'est pas disponible. L'afflux important de travailleurs migrants vers les zones urbaines dans de nombreux pays au cours de la dernière décennie a contribué à augmenter le nombre d'individus vivant dans des auberges, des dortoirs et d'autres formes de logement partagé, souvent avec plusieurs occupants dans une chambre.¹⁰² Outre les obstacles que ce type de logement présente pour la distanciation physique, les individus vivant dans ces environnements peuvent également manquer de relations sociales avec leurs concitoyens, qui favorisent le sentiment d'obligation de fournir des soins aux autres membres de la communauté. Ils sont également susceptibles d'être exposés à un risque accru de stigmatisation.

EXPÉRIENCE

L'on estime que 200 000 travailleurs migrants vivent dans 43 dortoirs à Singapour, avec entre 12 et 20 personnes occupant une pièce. La majorité des cas confirmés de COVID-19 à Singapour sont survenus parmi ces travailleurs, malgré les mesures de dépistage généralisé et de recherche de contacts mis en œuvre par le gouvernement. Pour aborder ce « point faible » dans le cadre de sa riposte, de nouvelles stratégies ont été adoptées, y compris le déplacement de travailleurs migrants dans des logements sociaux vides afin d'atténuer la pression et d'intensifier les dépistages au sein de ces communautés.^{103,104} Tandis que Singapour continue de relever ce défi, les PRFI, tels que la Malaisie, située à proximité, sont susceptibles d'avoir encore plus de mal à gérer des flambées épidémiques similaires,¹⁰⁵ dans la mesure où ils ont moins de possibilités de reloger les occupants, et disposent d'une capacité plus limitée en termes de dépistage et de système sanitaire.

RECOMMANDATIONS

Recommandation : Envisager des options pour « isoler » les personnes âgées et les autres membres du foyer vulnérables, en particulier dans les contextes au sein desquels les soins à domicile constituent un éventuel recours à des soins, et la distanciation physique est difficile à maintenir. Cela peut impliquer l'établissement de « zones vertes » au sein des logements dotés de plusieurs chambres, ou des dispositions d'hébergement

alternatives organisées au niveau local au sein de la famille élargie ou chez des voisins.⁹⁶ Cela peut s'avérer plus facile lorsque des foyers plus « fluides » et des dispositions sociales sont déjà en place. Mobiliser les intervenants communautaires pour soutenir l'organisation de ces dispositions de manière sécurisée et appropriée au niveau local.

Recommandation : Dans le cas où des établissements de santé ne sont pas accessibles aux personnes résidant dans des auberges, des dortoirs ou autres logements partagés, considérer le fait d'encourager les modèles de « prise en charge par des pairs » dans le cadre desquels les personnes seules, sans liens familiaux peuvent être prises en charge par un pair cohabitant qui, idéalement, a déjà guéri de la COVID-19. Impliquer les directeurs des établissements pour procéder aux adaptations nécessaires.¹⁰⁶ Ceci peut inclure la désignation de parties d'un bâtiment, comme par exemple des toilettes et des zones de préparation des aliments spécifiques marquées en tant que zones « rouges » ou « vertes », et/ou l'établissement d'heures de la journée spécifiques au cours desquelles certaines installations doivent être utilisées par différents groupes.

2.3 Évaluation de l'accès aux EPI dans les environnements à faibles ressources et combler les lacunes autant que possible

QUESTIONNEMENT À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Outre les infrastructures et les ressources essentielles telles que l'eau, la plupart des orientations actuelles supposent que les personnes qui prodiguent des soins à domicile ont accès à des formes conventionnelles d'EPI telles que des masques médicaux jetables (ou des masques N95 dans le cas du Kenya), des gants jetables ou utilitaires, des tabliers en plastique, du savon et du désinfectant. Même dans les pays à revenu élevé, il a été difficile pour les personnes non issues de milieux médicaux d'accéder à ces ressources, et des orientations relatives à l'utilisation et au rationnement adaptés des EPI tels que les masques médicaux ont été publiées par l'OMS.^{107,108} Les individus prodiguant des soins à domicile à des proches ou des pairs malades doivent être en mesure de disposer de ces ressources ou d'alternatives convenables dans le cas où il leur est impossible de se les procurer, ou doivent recevoir des conseils ou une assistance pour fabriquer leur propre EPI efficace avec les matériaux disponibles dans le cas où des EPI médicaux n'étaient pas disponibles. Tandis que les EPI artisanaux sont susceptibles de ne pas offrir la meilleure protection, il existe un impératif d'ordre moral de veiller à ce que les populations soient au moins en mesure d'accéder à une protection de base.

EXPÉRIENCE

L'accès aux EPI au sein des communautés locales était extrêmement limité lors de la crise du virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest. Ceci est en partie dû à l'hésitation de la part des décideurs d'autoriser les soins à domicile par crainte de dissuader les populations de se faire soigner dans des établissements formels, et de ne pas être en mesure de fournir la formation et les ressources adéquates aux individus pour prodiguer des soins sécurisés et efficaces.¹⁰⁹ En l'absence de supports matériels et d'orientations, des histoires d'agents sanitaires et de populations locales fabriquant leur propre EPI ont été documentées (voir **Figure 3**). Fatu Kekula, une élève infirmière, a réussi à soigner plusieurs membres de sa famille ayant contracté le virus Ébola en se protégeant avec des sacs en plastique, un imperméable, des bottes en caoutchouc, des gants et un masque médical standard.¹¹⁰ L'UNICEF a commencé à former d'autres personnes selon sa méthode « sac poubelle », et d'autres individus, ayant eu vent de son histoire, ont également adopté ses méthodes.^{73,110}

Après avoir reconnu que les soins à domicile se poursuivraient lors de la crise du virus Ébola, les intervenants en Sierra Leone ont fini par autoriser ce qu'ils ont qualifié d'assistance aux soins à domicile « en attendant ».¹⁰⁹ Cette reconnaissance a engendré la distribution

ultérieure, mais tardive, de kits contenant des seaux, du désinfectant, des EPI de base ainsi que des instructions concernant les soins à domicile en Sierra Leone et au Libéria.¹¹⁴ L'occasion d'anticiper des besoins similaires en supports matériels et en matière d'orientations dans le contexte de la COVID-19 ne doit pas être manquée. Des exemples d'initiatives existantes incluent une campagne menée par l'ONG Islamic Relief pour fournir des « kits d'hygiène » aux familles vulnérables et, en Afrique du Sud, bien que l'on ignore ce qu'ils contiennent, des « packs de soin » ont été distribués à la population recevant des soins à domicile.^{34,115} Plusieurs centaines de vidéos montrant la manière de fabriquer des EPI artisanaux tels que des masques, des visières de protection, des gants et des blouses à partir de matériaux de base comme par exemple du tissu, des bouteilles en plastique, des sacs et des bâches ont également été téléchargées sur YouTube au cours des derniers mois par des laïcs et des agents sanitaires.^{111–113}



Figure 3 Un membre de l'équipe chargée des inhumations d'un village en Sierra Leone vêtu d'un EPI artisanal. Source : Parker et al., 2019

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation :** Si possible, fournir aux aidants des kits de soins à domicile contenant des seaux, des vaporisateurs, de l'eau de javel, du savon, des gants, des masques, des blouses, des tabliers et des sacs en plastique pour l'élimination des déchets¹¹⁴ ou au moins des matériaux à partir desquels des EPI peuvent être fabriqués à domicile, avec des orientations et une assistance. Collaborer avec les

intervenants locaux pour la fabrication et la distribution. Les bénévoles et agents sanitaires communautaires peuvent jouer un rôle essentiel pour former les populations à fabriquer et à utiliser les EPI de manière sécurisée par téléphone ou par le biais de visites à domicile, en suivant des protocoles de distanciation physique.

- **Recommandation :** Dans le cas où la distribution systématique de kits et de ressources matérielles n'est pas possible, encourager l'innovation locale et mettre en avant des exemples d'EPI sécurisés conçus avec les matériaux disponibles au niveau local dans les médias et sur les réseaux sociaux.
- **Recommandation :** Envisager un moyen de rationner les EPI disponibles si nécessaire, et fournir des orientations à cet égard aux aidants et aux autres personnes impliquées dans l'assistance aux soins à domicile et communautaires tels que les ASC et d'autres. Dans le cas où seulement quelques masques médicaux sont disponibles, par exemple, il peut être plus logique de les fournir aux patients afin de minimiser le risque d'infection par des gouttelettes émises par le patient.

2.4 Traitement de l'élimination des déchets pour garantir les mesures de PCI dans les environnements à faibles ressources

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

La gestion des déchets est un élément essentiel de la PCI. Les protocoles en matière de soins à domicile ont tendance à aborder cet élément en ce sens qu'ils stipulent que les déchets, tels que les mouchoirs, les masques et les gants doivent être placés dans des poubelles à couvercle à l'intérieur du logement. Tandis que certaines orientations stipulent également que les déchets doivent être collectés par des agents sanitaires communautaires bénévoles et déposés au centre médical le plus proche, brûlés ou enfouis à l'extérieur, de nombreux protocoles et supports de communication omettent de mentionner cette étape ultérieure. Des protocoles de l'OMS inhérents à la gestion et au traitement des déchets dans le contexte de la COVID-19 sont actuellement adressés aux établissements de santé formels et aux services municipaux de traitement des ordures ménagères.⁹⁹ Les déchets mal éliminés peuvent présenter des risques d'infection pour les autres personnes, y compris aux ramasseurs de déchets formels et informels.¹¹⁶ Dans de nombreux environnements de PRFI, les services de collecte des déchets sont susceptibles d'être inadéquats en temps normal. En outre, des chercheurs ont détecté le virus causant la COVID-19 dans des échantillons de matière fécale humaine jusqu'à 33 jours après que les patients aient été testés négatifs par prélèvements respiratoires.¹¹⁷ Bien qu'il n'y ait pas encore de preuve d'infection humaine par voie fécale-orale, cela pose un risque éventuel, notamment dans les environnements qui manquent d'installations sanitaires adéquates.¹¹⁸ Des symptômes intestinaux, y compris la diarrhée, sont de plus en plus considérés comme étant associés à l'infection à la COVID-19.¹¹⁹ Des conseils plus généraux sur la façon de gérer tous les types de déchets humains sont nécessaires.

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation :** Fournir des orientations supplémentaires concernant le traitement des déchets solides à domicile dans les cas où des poubelles à couvercle et des sacs en plastique ne sont pas disponibles. Des protocoles clairs concernant une collecte des déchets ne mettant pas en danger les travailleurs ou d'autres membres de la communauté doivent être établis.
- **Recommandation :** Des orientations et une assistance supplémentaires concernant le traitement des déchets humains, en particulier dans les environnements domestiques au sein desquels les toilettes ne sont pas disponibles, ou dans les cas où des patients ne sont pas en mesure de s'y rendre, sont essentielles. Elles doivent inclure la fourniture ou la facilitation d'un accès à des couches et à des bassins de lit ou à des alternatives, ainsi que des orientations quant à la manière de les éliminer et de les utiliser.

3. PRISE EN CONSIDÉRATION DES RÉALITÉS ET RESSOURCES INHÉRENTES AU SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL ET CONSIDÉRATION DU RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ LOCAUX

3.1 Implication des différents acteurs du système de santé locaux, y compris les agents sanitaires communautaires, les vendeurs de médicaments, les guérisseurs informels et les chefs religieux et adaptation des orientations et mise en œuvre en tenant compte des services de santé disponibles au niveau local

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Les systèmes de santé des PRFI sont souvent des mosaïques de services publics et privés, formels et informels, à but lucratif et non lucratif, ainsi que des guérisseurs allopathiques et autochtones, qui peuvent tous contribuer à la riposte contre la flambée épidémique et à l'assistance aux soins à domicile et communautaires. La plupart des orientations stipulent que les aidants et les patients doivent communiquer avec des professionnels de la santé formels pour obtenir des conseils et des informations. Toutefois, les rôles que les autres professionnels de la santé sont susceptibles de jouer dans la riposte sont non reconnus ou du moins sous-estimés.¹²⁰ **Les ASC, les vendeurs de médicaments et les guérisseurs informels, par exemple, peuvent être très appréciés et beaucoup plus accessibles, au sein des systèmes de santé locaux, que les services allopathiques formels,**^{121,122} et pourraient être impliqués et formés pour fournir des informations et une assistance à la prise en charge communautaire des patients infectés à la COVID-19. Lorsque la technologie existe, ils peuvent fournir une assistance pour les soins à domicile par des moyens à distance, tels que les téléphones. S'ils reçoivent des informations et des équipements de protection adéquats pour que cela soit sécurisé, les ASC et autres peuvent également se rendre au domicile des patients afin de fournir des conseils et une assistance, de permettre de mettre en contact les familles avec des services de santé spécialisés et d'urgence le cas échéant, et/ou d'aider le personnel à gérer les centres communautaires réaménagés ou temporaires au sein desquels les soins sont prodigués. Les organisations et institutions

communautaires fiables telles que les ONG, les réseaux religieux et les groupes informels peuvent jouer des rôles similaires, en encourageant la cohésion communautaire et le développement de solutions et d'innovations locales.

EXPÉRIENCE

Les agents sanitaires communautaires (ASC) constituent depuis longtemps des intervenants de première ligne qui soutiennent la santé publique dans les PRFI car ils sont en mesure d'atteindre des populations exclues des systèmes de santé. Faisant souvent du porte-à-porte parmi les communautés au sein desquelles ils vivent, ils ont contribué à fournir des services de santé de base, y compris lors de flambées épidémiques de maladies.¹²³ Outre la surveillance, ils peuvent fournir des informations relatives à la prévention des infections et aux traitements contre la COVID-19.¹²⁴ Toutefois, les ASC ne sont pas les seuls acteurs de la santé locaux essentiels. Lors de la flambée épidémique du virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest, les pratiques de certains guérisseurs autochtones ont été initialement considérées comme ayant exacerbé la flambée épidémique et ont été en grande partie diabolisées par la riposte.^{122,125} Toutefois, au sein de nombreuses communautés dans la région, ces guérisseurs constituent le premier recours des populations, et souvent la seule option pour bénéficier de soins de santé. Avec une implication et une reconnaissance plus significatifs, les guérisseurs autochtones peuvent jouer, et ont joué des rôles essentiels en fournissant aux populations des informations cruciales, et en les encourageant à avoir recours à des soins biomédicaux lors des flambées épidémiques.¹²⁶ Dans les pays ayant l'expérience de la riposte contre le VIH, les réseaux d'individus vivant avec le VIH et les organisations communautaires disposent des compétences nécessaires pour fournir soins à domicile, ainsi qu'une aide psychosociale et un accompagnement. Grâce à une formation appropriée à la COVID-19, leur expérience de base pourrait également être mise à profit dans le cadre de cette flambée épidémique.

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation** : Renforcer les liens entre les ASC, les prestataires informels, les chefs religieux, les acteurs du système de santé formels, et les structures de riposte contre la flambée épidémique. Fournir une formation et des équipements, établir des canaux de communication, et intégrer les prestataires locaux de confiance dans tous les aspects de la riposte locale, y compris l'assistance aux soins à domicile.
- **Recommandation** : Les prestataires de soins de santé locaux et les communautés religieuses peuvent jouer un rôle essentiel en permettant d'adapter et de communiquer les orientations en matière de soins à domicile, de garder le contact avec des patients et des familles ayant recours à des soins à domicile, d'identifier les besoins et de faciliter la distribution des ressources. Ils peuvent également assister les centres de soins communautaires réaménagés de différentes manières.
- **Recommandation** : Encourager le maintien des services de soins de santé primaires en ce qui concerne l'immunisation, la fourniture de traitements chroniques et les autres problèmes de santé, et

encourager les populations à continuer à avoir recours aux services médicaux pour d'autres pathologies que la COVID-19. Les organisations locales pourraient aider à réfléchir à d'autres manières d'assurer la continuité des soins médicaux, en tenant compte des réalités inhérentes au système de santé local.

3.2 Reconnaissance des modèles autochtones et hybrides des malades et du recours aux services de santé

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Des compréhensions diverses et localisées de COVID-19 qui ne correspondent pas aux modèles biomédicaux circulent dans de nombreuses régions du monde. Elles sont influencées par de précédentes expériences avec les maladies respiratoires, l'un des types de maladie infectieuse le plus commun à travers le monde, et des maladies fébriles de manière générale, ainsi que des notions culturelles inhérentes à la santé et à la maladie, souvent accompagnées de bases religieuses, spirituelles et autochtones. Les perceptions de la gravité d'une maladie et des symptômes ainsi que les idées relatives au moment auquel il convient d'avoir recours à des soins plus spécialisés sont également susceptibles de varier. Bien que le recours aux services de santé et le traitement des malades respiratoires varient selon le contexte, il en est de même pour les traitements contre le symptôme de fièvre, des approches en matière de soins associant des traitements biomédicaux, traditionnels voire même spirituels, peuvent être courantes. Certaines de ces idées peuvent provenir de la désinformation tandis que d'autres sont susceptibles d'être utiles. Dans tous les cas, elles doivent être prises en considération dans le cadre de la communication d'orientations en matière de soins à domicile. Des orientations qui ne tiennent pas compte des modèles établis par les individus pour comprendre et traiter une maladie, ou pire, qui les dénigrent ou les rejettent carrément sans tenir compte des idées des individus de manière respectueuse, sont susceptibles d'éloigner les aidants, et de leur faire perdre confiance dans la riposte et les conseils formels.

EXPÉRIENCE

Dans certains environnements, des protocoles locaux extrêmement utiles de riposte contre les flambées épidémiques de maladies sont susceptibles d'avoir déjà été établis. Dans le nord de l'Ouganda, qui a connu une importante flambée épidémique du virus Ébola en 2000-2001, les Acholi avaient établi des protocoles pour isoler les patients malades, en désignant des aidants, en fournissant de la nourriture, et en encourageant la coopération communautaire et l'harmonie des foyers.^{17,127} Non sans controverse évidente, certains pays, tels que la Chine, et plus récemment Madagascar et la Tanzanie, ont autorisé l'utilisation de traitements à base de plante contre la COVID-19, bien que leur efficacité n'ait pas été prouvée.^{128,129}

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation :** Former les agents sanitaires et autres à encourager les aidants et les patients à ne pas mépriser les croyances, perceptions et pratiques qui ne correspondent pas aux compréhensions

en matière de santé publique, mais identifier des synergies entre les croyances et pratiques locales et les priorités en matière de santé publique, et à établir des liens entre elles.

- **Recommandation :** Collaborer avec les intervenants locaux pour développer des messages inhérents aux soins à domicile qui intègrent des pratiques autochtones avérées comme étant utiles au contrôle et aux traitements contre les maladies, comme par exemple l'isolement, mais également des impératifs sociaux tels que l'harmonie et la coopération.
- **Recommandation :** Ne pas empêcher les traitements à base de plantes ou autres traitements traditionnels s'ils sont peu susceptibles de nuire, mais être clair quant au fait que ces produits, comme c'est le cas avec les médicaments allopathiques actuels, ne guérissent pas de la COVID-19. Les acteurs de santé formels peuvent également participer à l'évaluation de l'utilité et de l'efficacité des traitements préconisés, y compris en collaborant avec des formes d'autorités locales formelles et informelles de confiance afin d'aborder de manière productive les affirmations, rumeurs et inquiétudes inutiles, en particulier sur Internet.¹³⁰
- **Recommandation :** Conseiller fortement aux individus ayant recours à des soins complémentaires à base de plantes médicinales ou issus de la médecine traditionnelle de ne pas abandonner les mesures de PCI recommandées et autres. Encore une fois, les messages seront plus efficaces s'ils proviennent de sources au niveau local.

4. ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS ET ÉLARGISSEMENT DE LA PORTÉE DES CONSEILS ET DU SOUTIEN

Les orientations les plus récentes en matière de soins à domicile pour traiter la COVID-19 omettent de fournir des conseils aux aidants au-delà des soins de base et des mesures de PCI. Par ailleurs, elles sont également susceptibles de ne pas stipuler la manière dont les foyers prodiguant des soins à domicile peuvent recevoir des ressources non médicales essentielles (comme de la nourriture) et l'assistance nécessaire, afin de permettre des soins efficaces. Elles ne tiennent pas compte non plus des situations où les personnes atteintes de formes plus sévères de COVID-19 sont susceptibles de ne pas être en mesure d'être hospitalisées et, par conséquent, finiront par nécessiter des soins à domicile. Dans les environnements au sein desquels le dépistage n'est pas généralisé, il convient de considérer le fait que les individus qui reçoivent des soins à domicile pour traiter la COVID-19 sont susceptibles de souffrir de maladies aiguës courantes présentant des symptômes similaires, comme par exemple une infection respiratoire bactérienne ou le paludisme.

4.1 Fournir des systèmes réalistes et appropriés au contexte pour communiquer avec les aidants à domicile et les accompagner

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Dès le début des soins à domicile, les aidants nécessitent une communication continue avec les professionnels de la santé afin d'obtenir des conseils et une assistance, et, le cas échéant, des soins plus intensifs s'ils sont disponibles. De nombreux protocoles en matière de soins à domicile stipulent que les foyers doivent disposer de la capacité à maintenir ce lien de communication pour être éligibles à prodiguer des soins à domicile. Il s'agit souvent d'un accompagnement téléphonique à distance avec un professionnel de la santé. Toutefois, tel qu'il a été mentionné à la **section 1**, de nombreuses personnes n'ont pas accès aux téléphones ou à d'autres technologies de communication, et ne seront pas non plus en mesure d'avoir recours aux services de santé au sein d'établissements formels, ou préféreront ne pas le faire. L'assistance téléphonique peut également être inadéquate, ou difficile à obtenir, même lorsque les aidants ont accès aux téléphones. Ces obstacles et préférences ne sont pas pris en considération dans les orientations en matière de soins à domicile au-delà du fait de déclarer les individus inéligibles aux soins à domicile, et aucune forme alternative d'assistance à distance ou en personne susceptible d'être plus appropriée dans de telles circonstances n'est stipulée. Tandis que certaines orientations indiquent que les visites en personne d'agents sanitaires sont susceptibles de ne pas être appropriées, ce que cela implique exactement en termes de la manière dont ces visites pourraient être organisées, du type d'assistance pouvant être fournie, des individus susceptibles de procéder à ces visites et de la manière dont ces individus peuvent être protégés, y compris dans des cas où les EPI médicaux ne sont pas disponibles, n'est pas précisé.

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation** : Les modèles d'assistance aux soins à domicile, par le biais des technologies ou des visites en personne, doivent être conformes aux ressources disponibles du système de santé, et aux capacités des populations locales. L'assistance téléphonique fournie par des agents sanitaires locaux à travers des lignes d'assistance nationales constitue un moyen de fournir une assistance à distance lorsque les individus n'ont pas accès aux téléphones.
- **Recommandation** : Les mesures visant à établir des canaux de communication avec les aidants doivent être renforcées dans les régions au sein desquelles l'accès aux téléphones et aux autres technologies de la communication est limité. Ceci peut être effectué en collaboration avec des intervenants locaux qui « connaissent » leurs régions, et les lieux au sein desquels une assistance supplémentaire est nécessaire. Cela peut être réalisé par le biais de lots de téléphones portables gérés par des groupes communautaires fournis temporairement aux foyers au besoin, ou par le biais de « téléphones itinérants » emmenés de foyers en foyers par des agents sanitaires communautaires (ASC) ou des bénévoles formés aux mesures de PCI.

- **Recommandation :** Dans le cas où la communication directe par téléphone ou numérique avec un foyer n'est pas possible, il peut s'avérer nécessaire que des membres du personnel de santé, tels que des ASC, se rendent régulièrement dans les foyers au sein desquels des soins à domicile sont prodigués (notamment pour les personnes atteintes de maladies plus graves) afin de fournir des conseils, de surveiller l'état de santé des patients, et de solliciter une aide plus spécialisée si nécessaire.
- **Recommandation :** Veiller à ce que les individus se rendant dans les foyers au sein desquels des soins à domicile sont prodigués soient en mesure de le faire de manière à minimiser le risque de propager l'infection. Les conseils et ressources destinés aux agents sanitaires pour se protéger lors des visites à domicile, y compris avec des EPI non médicaux, sont essentiels.

4.2 Fourniture d'orientations et d'une assistance en matière de soins à domicile non seulement pour les maladies bénignes mais également pour les maladies modérées et graves, ainsi que pour les soins palliatifs, étant donné que dans certaines circonstances, les aidants sont susceptibles d'en avoir besoin

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Tandis qu'il est idéal que tous les patients à risque de développer ou atteints d'une forme grave de COVID-19 reçoivent des soins spécialisés au sein d'établissements bien équipés dotés de personnel médical qualifié, il est extrêmement peu probable que cela soit possible au sein de tous les environnements. La nature de la COVID-19 engendre des scénarios selon lesquels le nombre de personnes atteintes de maladie suffisamment grave pour nécessiter un traitement à l'oxygène et/ou une assistance respiratoire dépasse les ressources disponibles, ou ces ressources font totalement défaut. Bien que le besoin en matière de soins palliatifs au sein d'environnements communautaires lors d'événements sanitaires catastrophiques ait été reconnu,^{131,132} y compris dans le contexte de la COVID-19,¹³³ il n'est pas actuellement stipulé dans les orientations actuelles en matière de soins à domicile. L'apparition de symptômes graves et le déclin de la santé de patients atteints d'infection apparemment légère à la COVID-19 peuvent également survenir rapidement, même après une période d'amélioration, et ont même pris les agents sanitaires de court.¹³⁴ Certains symptômes, comme par exemple l'« hypoxie silencieuse », qui impliquent que les patients présentent des taux d'oxygène dangereusement bas mais sont lucides et n'ont pas de mal à respirer, sont difficile à observer.¹³⁵ Les aidants doivent recevoir des informations et pourraient même avoir accès à des équipements (comme par exemple un oxymètre de pouls pour mesurer la saturation en oxygène du sang) afin d'identifier et de soulager divers symptômes, en association avec l'assistance à distance et en personne fournie par les agents sanitaires. Ils doivent également recevoir des informations précises quant à la personne à contacter en cas de nécessité et de disponibilité de soins d'urgence ou spécialisés. Dans le cas où ce contact ne peut être établi rapidement, **les aidants sont susceptibles de ne pas savoir quoi faire, et les patients peuvent subir des souffrances physiques, émotionnelles et spirituelles inutiles.** Les orientations en matière de soins à domicile stipulent également qu'aucune visite n'ait lieu au domicile d'un patient, à l'exception des visites effectuées par les agents sanitaires. En cas de maladie grave susceptible d'entraîner la mort, l'incapacité d'être assisté par des proches ou des chefs religieux peut causer de graves dommages sociaux, culturels et psychologiques.¹³⁶ Des

formes de contact à distance ou des visites sécurisées avec des EPI peuvent être envisagées. L'occasion de fournir des orientations et une assistance aux aidants et aux membres du personnel de santé communautaire qui traitent des cas graves de COVID-19 ne peut désormais pas être manquée. Dans les cas où des soins sont nécessaires, **il est conseillé d'être transparent sur les réalités locales et de fournir, dans la mesure du possible, des dispositions ainsi qu'une orientation en matière d'assistance appropriés.**

EXPÉRIENCE

Un obstacle potentiel à la production et à la diffusion de recommandations en matière de prise en charge communautaire de patients gravement malades est le fait qu'elles soient perçues comme comportant des risques politiques dans la mesure où elles peuvent être interprétées comme un aveu d'échec de la part des responsables, voire même d'un manquement à l'éthique. Lors de l'épidémie de virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest, les décideurs de la riposte ont hésité à autoriser des modèles de prise en charge plus décentralisés, y compris les soins à domicile, par crainte de produire un système à deux niveaux dans le cadre duquel les individus en mesure d'accéder aux Unités de Traitement d'Ébola (UTE) recevaient des soins de meilleure qualité que ceux qui avaient uniquement accès à des centres de « niveau inférieur », voire à aucun centre. Finalement, les prises de conscience selon lesquelles les individus n'avaient pas accès aux UTE, voire même les évitaient activement, et selon lesquelles les soins à domicile allaient avoir lieu de toute façon, ont engendré l'approbation des Centres de Soins Communautaires. Ces centres, pourvus par des professionnels de la santé et des personnes laïques issues de la communauté, en mesure de fournir des soins palliatifs, se sont confirmés populaires.¹⁰⁹ Ils permettaient également aux familles de rendre visite à leurs proches en maintenant une distance de sécurité, contribuant à atténuer la détresse sociale et émotionnelle.¹³⁷

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation :** Les aidants prenant en charge des patients atteints de formes graves de la maladie, ou qui sont davantage susceptibles de développer une maladie grave, doivent être considérés comme prioritaires en termes de liens de communication avec des professionnels de la santé. Ils doivent être habilités à reconnaître les signes critiques de détérioration ou de complications plus graves et, dans la mesure du possible, à fournir des soins sécurisés, y compris des soins palliatifs, pour les aggravations, dans le cas où les soins d'urgence ne sont pas accessibles. Les acteurs de la santé locaux qui facilitent les soins à domicile, tels que les ASC, nécessiteront une formation similaire.
- **Recommandation :** Des supports de communication publique simples et accessibles sont nécessaires de toute urgence pour assister les aidants qui s'occupent de personnes atteintes d'infections graves à la COVID-19 à domicile. Le guide de gestion des difficultés respiratoires développé au Royaume-Uni (voir **Figure 1**) est un exemple de point de départ à partir duquel élaborer des supports plus appropriés au niveau local pour les cas modérés.⁴⁰ Des informations relatives aux soins palliatifs qui abordent les symptômes graves et la mort sont également nécessaires.

- **Recommandation :** Dans la mesure du possible, envisager la fourniture d'oxygène ou de médicaments gratuits ou abordables aux foyers ou aux autres centres communautaires au sein desquels les individus sont susceptibles de présenter des difficultés respiratoires, ou d'être en fin de vie. Des dispositifs de surveillance de la saturation en oxygène tels que des oxymètres de pouls peuvent également être distribués aux foyers, ou être transportés par les ASC lors des visites à domicile, et être utilisés pour surveiller l'état de santé des patients et mesurer la gravité de la maladie à intervalles réguliers.
- **Recommandation :** S'ils n'ont pas encore été mis en œuvre, les autorités doivent élaborer des plans sanitaires au sein des centres communautaires qui soient en mesure de fournir une assistance plus spécialisée aux individus dont les états de santé se détériorent à domicile, et qui ne sont pas en mesure d'avoir accès à un hôpital.
- **Recommandation :** Les équipes de soins palliatifs dotées de compétences cliniques, psychologiques et spirituelles devraient, dans des circonstances idéales, être préparées à intervenir au sein des foyers et des centres communautaires en cas de besoin, de communiquer avec les aidants par le biais de moyens technologiques, ou de fournir une assistance en personne.

4.3 Fourniture d'une orientation et d'une assistance reconnaissant que les soins à domicile peuvent s'appliquer à d'autres pathologies que la COVID-19

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Bien que ne supposant pas nécessairement que tous les patients auront la capacité de se faire tester, la plupart des protocoles ont tendance à partir du principe que les patients et leurs aidants seront en mesure de savoir qu'ils souffrent d'une infection à la COVID-19. Dans des environnements au sein desquels l'accès au dépistage de la COVID-19, ou du moins à des tests diagnostiques plus généraux, est limité, il peut être impossible de le savoir avec certitude. Il serait conseillé d'envisager d'autres pathologies courantes présentant des symptômes similaires à la COVID-19, tels que la toux, des températures élevées et un mal-être général. Il est concevable qu'une proportion de maladie susceptible d'être attribuée à la COVID-19 puisse être une infection bactérienne des voies respiratoires ou le paludisme, par exemple. Les difficultés respiratoires peuvent également être causées par une série de pathologies, y compris des maladies chroniques telles que les maladies cardiaques. Les protocoles pourraient inclure des conseils inhérents à la différenciation entre les pathologies présentant des symptômes similaires à la COVID-19 et encourager les individus et les aidants à rester vigilants quant à la possibilité qu'ils souffrent d'une autre maladie que la COVID-19. Ils doivent être encouragés à demander conseil à des agents sanitaires et à obtenir une confirmation diagnostique, si disponible, et également un traitement pertinent, comme par exemple des antibiotiques. Par conséquent, les orientations ne doivent pas porter uniquement sur la COVID-19 mais viser à réduire la mortalité et les souffrances, et encourager le recours aux services de santé en général. Avec une communication d'informations significative lors d'une flambée épidémique portant sur la COVID-19, cela sera probablement l'élément principal auquel penseront les gens. Toutefois, des mesures doivent être prises par les professionnels de la santé pour minimiser le danger inhérent au sous-traitement ou à la rupture de

la continuité des traitements contre les autres maladies. Cela témoigne de l'importance de renforcer les soins de santé primaires, et non uniquement des traitements contre l'infection au SARS-COV-2.

EXPÉRIENCE

Le sujet des décès indirects liés à d'autres problèmes de santé lors de flambées épidémiques de COVID-19 suscitent l'attention de travaux de recherche significatifs, même dans les pays à revenu élevé. Lors de la flambée épidémique du virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest, une mortalité plus élevée qu'à l'accoutumée a été constatée, engendrée par d'autres problèmes de santé en raison de l'accès limité aux services de santé pour obtenir un diagnostic et un traitement.¹³⁸

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation** : Rendre le dépistage de la COVID-19 disponible dans la mesure du possible y compris en optimisant l'accès au sein des environnements communautaires. En outre, ne pas négliger la capacité de diagnostic et la disponibilité de traitement pour d'autres pathologies courantes, telles que celles présentant des symptômes similaires à la COVID-19.
- **Recommandation** : Lorsque, de manière générale, la capacité de dépistage ou de diagnostic de la COVID-19 est limitée, les orientations doivent inclure des conseils pour faire la distinction entre les maladies qui présentent des symptômes similaires à la COVID. Les populations doivent être encouragées à solliciter l'avis d'agents sanitaires afin d'exclure d'autres affections courantes et recevoir le traitement approprié. Dans la mesure du possible étant donné les réalités locales en matière de soins de santé, s'assurer de l'accessibilité à une évaluation médicale réalisée par un agent sanitaire capable d'envisager des diagnostics différentiels.

4.4 Fourniture d'éclaircissement concernant les soins auto-administrés et une assistance solide aux personnes qui les entreprennent

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Les protocoles les plus officiels ne stipulent pas de manière directe que les individus ne doivent pas entreprendre des soins auto-administrés, mais en établissant la disponibilité d'un aidant parmi les critères inhérents aux soins à domicile, nombre d'entre eux suggèrent que ce n'est pas idéal. Ceci dit, les communications en provenance de certains pays tels que l'Écosse, suggèrent les soins à domicile de manière directe.³⁵ D'autres pays, bien qu'indiquant dans les orientations officielles qu'un aidant doit être disponible, peuvent également contredire cela à travers des messages qui s'adressent aux lecteurs par des déclarations commençant par « vous devriez ». Cela est susceptible de générer de la confusion dans certains cas. Concrètement, **les individus n'auront pas tous accès à un aidant et, en réalité, certains cas seront suffisamment modérés pour leur permettre de s'auto-isoler de manière sécurisée sans risquer d'infecter les autres membres du foyer.** Dans la mesure du possible, les personnes âgées vivant seules ou les individus présentant des facteurs de risque de contracter une maladie grave doivent être pris en charge dans un

établissement de santé formel. Lorsque cela n'est pas possible, il est extrêmement important que ces individus soient en contact avec une assistance par téléphone ou par le biais de visites à domicile réalisées par des professionnels de la santé, des ASC ou d'autres bénévoles qualifiés, et contrôlés régulièrement. Dans le cas où ils ne sont pas joignables, par exemple s'ils ne répondent pas au téléphone ou n'ouvrent pas la porte, les services d'urgence doivent être immédiatement contactés.

EXPÉRIENCE

En Nouvelle-Zélande, un « système de binôme » a été établi par le gouvernement pour un soutien mutuel entre les personnes vivant seules.¹³⁹ Le modèle permet aux « binômes » d'interagir comme s'ils vivaient au sein du même foyer, y compris en se rendant visite à domicile, pour autant qu'ils ne rendent visite à personne d'autre. Bien que ces relations ne soient pas spécifiées pour fournir et recevoir des soins à domicile dans le cadre du traitement contre la COVID-19 (ou contre toute autre pathologie), elles pourraient inclure de prendre des nouvelles par téléphone ou par d'autres moyens dans le cas où un « binôme » tombe malade, et permettre d'accéder à des orientations et à une assistance supplémentaire.

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation :** Lorsqu'une politique n'a pas déjà été établie, préconiser l'accès à un établissement de santé pour les personnes célibataires présentant une infection soupçonnée ou avérée à la COVID-19, en particulier s'il s'agit de personnes âgées ou d'individus présentant des facteurs de risque élevés de maladie grave.
- **Recommandation :** Indiquer clairement dans les orientations si les soins auto-administrés sont pris en charge et, le cas échéant, la manière sécurisée de les entreprendre. Veiller à ce que ces conseils ne contredisent pas les autres messages.
- **Recommandation :** Collaborer avec des intervenants locaux afin d'identifier les foyers individuels au sein de la communauté, en évaluant leur degré de vulnérabilité, comme par exemple dans le cas où les foyers sont composés de personnes âgées, des personnes en situation de handicap, ou d'individus présentant des risques élevés de maladie grave. Ces informations peuvent être utilisées pour élaborer des stratégies afin de garantir une prise en charge sécurisée dans le cas où ces individus développent une infection à la COVID-19.
- **Recommandation :** Veiller à ce que les personnes qui entreprennent des soins auto-administrés soient en contact avec des professionnels de la santé par le biais d'appels téléphoniques, de SMS ou de visites à domicile quotidiens de la part d'agents sanitaires ou de bénévoles, et qu'en cas de non-réponse, les services d'urgence soient immédiatement contactés.

4.5 Réponse aux besoins des aidants, foyers et patients en matière d'accès à la nourriture et à d'autres produits, ainsi qu'à leurs besoins psychologiques

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

De nombreux protocoles en matière de soins à domicile n'abordent aucune question au-delà des mesures de PIC et des éléments thérapeutiques de base inhérents aux soins. Bien que certaines stipulent que l'accès à une alimentation adéquate soit un élément qu'il convient de prendre en considération lors de l'évaluation, aucune disposition quant à la manière de répondre à ces besoins en l'absence de capacité de la part des membres du foyer de les obtenir par eux-mêmes, n'est généralement spécifiée. **Si les individus ne sont pas en mesure de répondre à leurs besoins de base, tels que la nourriture et les médicaments, ils seront encore moins capables de s'occuper de proches de manière sécurisée et efficace.** Une alimentation adéquate contribue à l'immunité et, par conséquent, il est essentiel de veiller à ce que les patients et leurs proches soient nourris de manière appropriée. Les peurs et les inquiétudes au sujet de la maladie, la perte de moyens de subsistance et de revenu, ainsi que la stigmatisation de la part d'autres membres de la communauté ou de la famille générées par la COVID-19 peuvent également être source de **stress et d'anxiété et affecter la santé mentale et le bien-être des patients et des aidants.** Les soins à domicile ne peuvent pas être distingués de l'impératif consistant à veiller à ce que les populations aient accès à des aliments nutritifs, et autres éléments de première nécessité, y compris à une aide psychosociale, ce qui n'a pas toujours été priorisé dans les situations d'urgence sanitaire.¹⁴⁰ L'OMS a publié des orientations, indépendamment des soins à domicile, sur les considérations en matière de santé mentale et psychosociales durant la pandémie de COVID-19.^{141,142}

EXPÉRIENCE

L'organisation communautaire peut contribuer à la fourniture et à la livraison de nourriture et d'autres articles de première nécessité aux foyers au sein desquels des soins à domicile sont prodigués. Des communautés d'entraide au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni, généralement constituées de réseaux de voisins établis sur Internet, répondent aux besoins des individus en termes de nourriture (en livrant les courses, en mettant les individus en contact avec des banques alimentaires, et en organisant des initiatives de repas cuisinés entre pairs) ainsi que d'autres ressources essentielles et services.^{143,144} L'application Boost créée par Avert et destinée aux ASC en Afrique, suggère que, de la même manière, les populations demandent aux voisins de leurs apporter des provisions.¹⁴⁵

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation :** Veiller à ce que les foyers au sein desquels des soins à domicile sont prodigués pour traiter la COVID-19 reçoivent un approvisionnement adéquat en aliments nutritifs. Encourager les intervenants locaux et les groupes communautaires, y compris les réseaux religieux, à coordonner la fourniture et la livraison de nourriture et d'autres articles de première nécessité tels que des médicaments pour traiter d'autres pathologies, en tenant compte des besoins alimentaires spécifiques que certaines personnes peuvent avoir.

- **Recommandation :** Les conseils et orientations en matière de soins à domicile doivent inclure des suggestions visant à limiter le stress et à favoriser le bien-être, comme par exemple le fait de rester en contact avec ses proches de manière sécurisée (par téléphone si possible).
- **Recommandation :** Veiller à ce qu'une aide psychosociale soit accessible aux personnes prodiguant ou recevant des soins à domicile afin d'apaiser les sentiments de stress, d'anxiété et d'exclusion. Les ASC et les autres acteurs contribuant aux soins à domicile doivent être formés ou encouragés à communiquer avec les familles avec empathie et compassion, et à les orienter vers les services d'aide psychosociale locaux appropriés le cas échéant. Les modèles de soutien psychologique communautaires adaptés à la culture et au contexte qui ont été mis en œuvre à l'issue de la crise du virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest doivent être adaptés aux nouveaux défis posés par la COVID-19.¹⁴⁶

4.6 Reconnaître que les aidants, en particulier les femmes, peuvent nécessiter un soutien multidimensionnel

QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Les aidants sont confrontés à un certain nombre de risques au-delà du fait de contracter eux-mêmes la COVID-19. Les orientations en matière de soins à domicile ont tendance à être axées sur la limitation du risque d'infection en stipulant des mesures de PCI et d'EPI, et ne tiennent pas entièrement compte des autres dimensions inhérentes au risque. Bien que les femmes semblent être légèrement moins susceptibles de subir des formes graves de maladie et de mortalité liées à la COVID-19,¹⁴⁷ elles sont susceptibles d'être beaucoup plus affectées par ses impacts sociaux et économiques.¹⁴⁸⁻¹⁵⁰ En raison des rôles sexospécifiques socialement prédéfinis au sein de nombreux environnements, les femmes sont davantage susceptibles d'assumer le rôle d'aidant dans le cas où un proche ou un ami tombe malade.¹⁵¹ Cela s'ajoutera à leurs responsabilités familiales non rémunérées habituelles qui sont également intensifiées par la pandémie. Ceci peut inclure la **nécessité de s'occuper de proches souffrant d'autres pathologies que COVID-19 et auxquels des sources de soin externes ont pu être retirées, ainsi que s'occuper des enfants (qui sont susceptibles de ne pas être en mesure d'aller à l'école) et des personnes âgées. Les tâches habituelles consistant à aller chercher de l'eau, faire la cuisine, faire la lessive et faire le ménage**, cette dernière tâche représente une partie essentielle de la PCI et des soins à domicile et doit être effectuée de manière plus intensive, sont également toujours présentes. Ces lourdes responsabilités peuvent contraindre les femmes et les jeunes filles à quitter leur emploi ou à abandonner l'école. Certaines orientations mettent en évidence le fait que les aidants doivent également minimiser le contact avec les autres membres du foyer, mais les attentes sociales inhérentes aux soins et les relations entre les sexes au niveau du foyer peuvent empêcher les femmes de les respecter. Les femmes sont également davantage susceptibles d'être victimes de violences conjugales, qui sont exacerbées dans la mesure où les gens sont confinés chez eux en raison de la COVID-19.^{152,153} Les orientations en matière de PCI mettent fréquemment en évidence la nécessité de laver les vêtements et les draps des patients à des températures élevées. Cela sera difficile à réaliser dans les foyers qui n'ont pas accès

à une machine à laver et au sein desquels les ressources en eau sont limitées. Le stress associé à ces responsabilités imposées aux aidantes, y compris les défis immenses et inattendus susceptibles de survenir dans le cas où un proche tombe gravement malade à domicile, ne doit pas être sous-estimé. Une aide matérielle, économique, psychologique et sociale doit être fournie pour permettre d'alléger ces responsabilités et ces défis. Il est essentiel que cette aide ne soit pas limitée au fait de « subventionner le travail des femmes », et que les questions structurelles et culturelles qui placent des responsabilités excessives sur les épaules des femmes soient également abordées.^{148,154}

EXPÉRIENCE

Les femmes ont assumé la responsabilité des soins lors de la crise du virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest,¹⁵⁵ et en réalité, leur travail gratuit contribue à renforcer la riposte globale contre la COVID-19. Les femmes elles-mêmes se sont organisées pour assister les foyers nécessitant une aide supplémentaire. En Inde, des Self-Help Groups (SHG) de femmes se sont mobilisés pour établir 10 000 cuisines communautaires dans tout le pays, et livrer des repas préparés aux personnes qui en avaient besoin, y compris aux membres de foyers isolés à domicile.⁹⁴

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation :** Encourager les messages et les discussions francs au sujet des tâches devant être effectuées au domicile pendant la prise en charge à domicile, en encourageant les autres membres du foyer à s'occuper des enfants ou des personnes âgées pour permettre aux aidantes de se concentrer sur le patient et les mesures de PIC connexes. Inclure les femmes dans l'élaboration de messages, dans les discussions, et dans la prise de décision dans le cadre de la riposte locale.
- **Recommandation :** Encourager une communication d'égal à égal parmi les femmes et les aidants de manière à minimiser les risques d'infection. Cela peut être réalisé au téléphone, par le biais de groupes WhatsApp ou, lorsque l'accès au téléphone et à Internet est limité, au travers de réunions de petits groupes de femmes respectant la distanciation physique.
- **Recommandation :** Établir des systèmes pour fournir de l'eau et de la nourriture, y compris des repas préparés aux foyers au sein desquels des soins à domicile sont prodigués afin d'alléger la charge imposée sur les femmes et les autres aidants, et de veiller au bien-être de tous les membres du foyer.
- **Recommandation :** En ce qui concerne les PCI, envisager l'instauration d'un service de blanchisserie pour les foyers au sein desquels des soins à domicile sont prodigués en mesure de laver les vêtements et les draps dans une machine à laver qui utilise de l'eau chaude. Les personnes mobilisées pour fournir ce service doivent recevoir une formation en matière de PCI et d'EPI.
- **Recommandation :** Si cela s'avère réalisable, sécurisé et acceptable par les familles, encourager des dispositions alternatives en matière de soins. Les enfants et les personnes âgées peuvent être hébergés par d'autres membres de la famille pendant que des soins sont prodigués à leur domicile habituel,

tandis que les personnes âgées et autres membres du foyer vulnérables peuvent être pris en charge dans le cadre de dispositions d' « isolement » communautaires.⁹⁶

5. QUALITÉ ET CONFIANCE DANS LES SOINS COMMUNAUTAIRES AU SEIN DES CENTRES RÉAMÉNAGÉS ET TEMPORAIRES

Nous n'avons pas procédé à un examen exhaustif des orientations inhérentes à l'opération des établissements non conventionnels. Toutefois, il existe un certain nombre de considérations essentielles inhérentes aux environnements au sein desquels des soins sont prodigués hors du domicile dans ces établissements. La confiance accordée par les personnes qui ou dont les proches seront pris en charge de manière appropriée et sécurisée est au cœur de ces considérations. Certaines de ces considérations, éclairées par de précédentes flambées épidémiques de maladies et par les expériences actuelles de la COVID-19, sont présentées ci-dessous.

Dans les pays au sein desquels des centres supplémentaires ont été transformés ou construits pour l'isolation et la prise en charge de patients ayant contracté une infection potentielle ou avérée à la COVID-19, des hypothèses sont formulées quant à l'acceptabilité de ces centres, et à la probabilité selon laquelle les individus s'y rendront et décideront d'y être pris en charge. Comme pour les hôpitaux, **les populations sont susceptibles d'hésiter à se rendre dans ces centres dans les contextes au sein desquels les individus ont toujours été exclus par les systèmes de santé ou ont eu de mauvaises expériences avec les services, comme par exemple ne pas avoir reçu les soins nécessaires, ou avoir été stigmatisés ou discriminés** pour leur statut socio-économique, religieux ou leur appartenance ethnique, leur âge, leur sexe, leur orientation sexuelle voire même leur état de santé.¹⁵⁶ Dans certains contextes, la COVID-19 peut elle-même devenir une condition propice à la stigmatisation, notamment dans le cas où elle est associée à des comportements interdits,¹⁵⁷ ou qu'elle engendre des situations dans le cadre desquelles les individus sont mis au ban des réseaux sociaux et de moyens de subsistance.

Les individus peuvent également redouter le fait de se rendre dans ces établissements s'ils sont sales, peu hygiéniques et disposent de mesures de PCI limitées ou incohérentes, notamment dans le cas où ils n'ont pas subi de test confirmant qu'ils avaient contracté COVID-19. Ils peuvent raisonnablement craindre d'être infectés au sein de l'établissement lui-même. En effet, la nature contagieuse de la COVID-19 (et le fait que des porteurs asymptomatiques peuvent la transmettre) présente des défis plus importants pour la mise en œuvre de mesures de PCI au sein des centres communautaires que le virus Ébola, par exemple, qui est plus difficile à contracter. Cette réalité présente des risques réels pour les modèles de prise en charge communautaire : dans le cas où les centres deviennent associés à la transmission nosocomiale, les personnes atteintes d'une infection non confirmée mais probable à la COVID-19 sont susceptibles de renoncer à y être prises en charge, ou peuvent « s'échapper ». En effet, bien que les patients ne soient pas nécessairement

atteints d'une infection probable ou avérée à la COVID-19 patients, des « évasions » ont été révélées d'établissements de santé au Bangladesh,¹⁵⁸ en Inde,¹⁵⁹ au Nigeria¹⁶⁰ et d'autres pays desquels les populations se plaignaient des mauvaises conditions d'hygiène, et de l'absence d'attention médicale, y compris pour d'autres pathologies que la COVID-19. L'égalité de traitement peut constituer un problème au sein de ces établissements, et il existe un risque selon lequel la discrimination et l'accès basés sur la classe, la pauvreté et la classe sociale sont susceptibles d'engendrer une détérioration des conditions au sein des établissements prenant principalement en charge les groupes marginalisés, ou à de mauvais traitements des patients appartenant à ces groupes. Cela peut désavantager ces groupes non seulement en termes de qualité des soins, mais également en contribuant au ressentiment et à l'atteinte à la confiance et par conséquent, les dissuader de se rendre ou de rester dans ces établissements.

Le manque de transparence peut également contribuer à dissuader le recours aux services de santé dans les établissements non conventionnels. Comme il a déjà été mentionné, lors des flambées épidémiques du virus Ébola survenues en Afrique de l'Est et de l'Ouest, de nombreuses personnes ont hésité à se rendre ou à admettre leurs proches dans les Centres de Traitement d'Ébola. En effet, les cas dans lesquels les familles n'ont pas été informées du fait que leur proche était décédé dans un Centre de Traitement d'Ébola, ou dans lesquels les corps n'ont pas été montrés ni rendus aux familles, ont contribué à alimenter le ressentiment et la méfiance, y compris des rumeurs selon lesquelles les membres du personnel médical recueillaient des parties du corps.^{16,127} Il est essentiel que les patients et leurs familles soient en mesure de rester connectés. Les protocoles inhérents aux installations de quarantaine en Ouganda stipulent que les patients disposent de prises pour mettre leurs téléphones en charge ou qu'on leur fournisse des moyens de communiquer avec leurs proches au minimum 10 minutes par jour.¹⁶¹

Les personnes constituant des cas modérés ou asymptomatiques peuvent ne pas ressentir la nécessité d'être admis dans ce genre d'établissement. Des individus dans des centres de traitement au Nigeria ont protesté contre le fait d'y être confinés malgré leur bon état de santé, et d'être mal soignés pour d'autres pathologies.^{160,162} Cela illustre l'incapacité de communiquer de manière efficace que les personnes ne présentant pas de symptômes, ou présentant seulement des symptômes légers, peuvent encore transmettre le virus sans le savoir. Le manque de clarté quant au fait de savoir à qui ces établissements sont destinés, ou l'incapacité de séparer de manière adéquate les cas probables ou confirmés des individus placés en quarantaine du fait d'être le contact d'un cas avéré, peut également présenter des risques de propagation et de détérioration de la confiance. Qualifier les individus qui s'« échappent » des ces centres d'irresponsables et les accuser de mettre en danger la santé des autres omet de mettre en évidence les raisons pour lesquelles ils ont souhaité partir. **Contraindre les individus à se rendre dans des centres communautaires, notamment s'ils sont associés à des soins de mauvaise qualité, peut avoir l'effet inverse.** La coercition peut exacerber les relations déjà mauvaises entre les citoyens et l'État, et compromettre la riposte contre la flambée épidémique dans l'ensemble en générant de la résistance, et en attisant la méfiance.

RECOMMANDATIONS

- **Recommandation** : Si possible, désigner des espaces réservés aux soins qui inspirent la confiance (comme par exemple des églises ou des centres communautaires) et éviter les établissements qui présentent des conditions « similaire à une prison ». Éviter de cloisonner ou de clôturer les centres de manière à ce que les populations se sentent coupées de l'extérieur. Déployer des efforts en matière de transparence dans la mesure du possible. Les groupes communautaires peuvent aider à identifier les espaces appropriés.⁹²
- **Recommandation** : Tenir les membres de la famille informés de l'état de santé de leurs proches, y compris en veillant à ce qu'ils disposent de moyens pour communiquer entre eux. Autoriser les membres de la famille et les chefs spirituels à rendre visite aux patients dans les centres si cela est possible en termes de sécurité, en particulier dans le cas où le patient reçoit des soins palliatifs et est très malade. Si cela n'est pas possible en termes de sécurité, organiser des visites virtuelles.
- **Recommandation** : Maintenir les centres aussi propres que possible, en veillant à ce que les membres du personnel prennent toutes les précautions nécessaires et possibles pour protéger les patients, se protéger eux-mêmes et protéger les autres contre l'infection à la COVID-19, et contre les autres menaces pour la santé.
- **Recommandation** : Établir des protocoles clairs pour maintenir les patients présentant des cas confirmés de COVID-19 séparés des autres patients, et veiller à ce que cela soit communiqué de manière efficace aux membres du personnel, bénévoles et patients.
- **Recommandation** : Veiller à ce que les patients reçoivent une alimentation adéquate, ainsi que de l'eau potable, et d'autres éléments de première nécessité, y compris la sécurité et l'intimité. Les normes sociales et culturelles doivent être prises en considération dans les décisions relatives à l'attribution de chambres et de salles de bains.

AUTRES RESSOURCES UTILES

Orientations importantes établies par l'OMS

*Soins à domicile pour les patients atteints de la COVID-19 qui présentent des symptômes légers et gestion de leurs contacts*³

[https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)

*Soins à domicile pour les cas soupçonnés et bénins de COVID-19 (vidéo)*⁴⁷

<https://www.youtube.com/watch?v=YZnnnGheZJU&feature=youtu.be>

*Utilisation rationnelle de l'équipement de protection individuelle pour lutter contre la maladie à coronavirus (COVID-19) et considérations lors de graves pénuries*¹⁰⁸

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331695/WHO-2019-nCov-IPC_PPE_use-2020.3-eng.pdf

*Conseils inhérents à l'utilisation de masques au sein de la communauté, pendant les soins à domicile et dans les établissements de santé dans le contexte de la flambée épidémique du nouveau coronavirus (COVID-19)*¹⁰⁷

[https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)

*Eau, assainissement, hygiène et gestion des déchets dans le cadre de la riposte contre le virus COVID-19 : Recommandations provisoires*⁹⁹

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331846/WHO-2019-nCoV-IPC_WASH-2020.3-eng.pdf

Orientations en matière de soins à domicile accessibles au public

*Conseils en vidéo inhérents à la lutte contre le Coronavirus (Royaume-Uni)*⁴⁸

<https://www.doctorsoftheworld.org.uk/coronavirus-video-advice/>

*Recommandations inhérentes au confinement/à l'auto-isolement dans le contexte de la flambée épidémique de la COVID-19 (en 14 langues) (Indonésie)*⁴⁹

<https://suaka.or.id/2020/04/20/stay-at-home-self-isolation-guidelines-during-covid-19-in-14-languages/>

*Gestion des difficultés respiratoires à domicile dans le contexte de la flambée épidémique de la COVID-19 (Royaume-Uni)*⁴⁰

<https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/khp-gp-breathlessness-resource.pdf>

*Prise en charge d'un proche mourant à domicile dans le contexte de la flambée épidémique de la COVID-19 (Royaume-Uni)*³⁹

https://www.hospiceuk.org/docs/default-source/echo/covid-19-echo/covid-19_care-at-home_guide_final.pdf

Ressources pour les agents sanitaires

*COVID-19 : consultations à distance : guide rapide pour évaluer les patients par vidéo ou appel vocal (BMJ)*⁵¹

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/resources/bmj-visual-summary-for-remote-consultations-pdf-8713904797>

*Covid-19 : évaluation à distance dans le cadre des soins primaires*⁵²

<https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182>

Brèves recommandations inhérentes à la COVID-19 : gestion des symptômes (y compris en fin de vie) au sein de la communauté

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng163>

Autres documents pertinents

*Examen des répercussions des soins à domicile en matière de risques biologiques : Le cas du coronavirus SARS-CoV-2/COVID-19*²

Considérations et principes inhérents à l'isolement des individus présentant un risque élevé de subir des conséquences graves de la COVID-19 (avril 2020)⁹⁶

<https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15286/SSHAP%20COVID-19%20Brief%20Shielding.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Considérations clés : La COVID-19 au sein des établissements urbains informels (mars 2020)¹⁶³

<https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-covid-19-informal-urban-settlements-march-2020/>

Pays	Brève description de l'approche inhérente à la prise en charge à domicile/communautaire
Afrique	
Algérie	Une application réservée aux consultations à domicile pour les patients ayant contracté la COVID-19 a été autorisée par le gouvernement. ⁵⁵
Égypte	Une prise en charge dans des centres réaménagés tels que des hôtels, des clubs sociaux et des résidences universitaires a été proposée. ⁶⁴ Des soins à domicile sont clairement prodigués, toutefois, des médecins ont créé une plateforme sur Facebook dédiée aux consultations COVID-19. ⁵⁶
Kenya	Des protocoles en matière de soins à domicile destinés aux cas modérés qui reflètent étroitement les orientations de l'OMS sont disponibles. ²⁸ Les masques N95 sont recommandés pour les aidants. Les agents sanitaires bénévoles doivent collecter les déchets et s'en débarrasser dans les établissements de santé les plus proches.
Nigeria	Tous les cas doivent être traités dans des établissements formels, y compris dans des centres réaménagés et temporaires . Une brève section des protocoles nationaux en matière de gestion clinique fournit des conseils de base en matière des soins à domicile, présentés comme faisant référence à la période précédant l'admission dans un établissement formel et après la sortie. ⁶⁵ Les protocoles et supports de communication adressés au public conseillent aux personnes présentant des symptômes de contacter le CDC du Nigeria pour être testées, obtenir des orientations, et être admises dans un centre de traitement ^{164,165}
Afrique du Sud	Les soins à domicile , y compris les soins auto-administrés, sont autorisés pour les cas légers en attendant les résultats des tests, et après confirmation des résultats. Cela est brièvement indiqué dans les protocoles de gestion clinique. ¹⁶⁶ Une page Internet adressée au public explique les soins à domicile plus en détails. ³⁴ Des contrôles réguliers par téléphone ou autres ne sont pas spécifiés, mais les patients doivent savoir qui contacter en cas de détérioration de leur état de santé. Les personnes prises en charge à domicile peuvent recevoir des « pack soins », dont le contenu est « susceptible de varier ».
Ouganda	Les orientations de base en matière de soins à domicile sont intégrées à des protocoles plus généraux relatifs à la COVID-19 adressées aux ASC. ³¹ Les « responsabilités qui incombent au gouvernement » dans le cadre de l'assistance fournie aux individus placés en quarantaine à domicile sont stipulées dans des protocoles indépendants. ¹⁶¹ Des plans de base pour établir des centres réaménagés ou temporaires réservés aux cas modérés le cas échéant, sont également stipulés dans les protocoles. ³¹
Asie	
Bangladesh	Les soins à domicile sont autorisés pour les maladies bénignes et modérées dans les protocoles généraux en matière de gestion clinique adressés aux ASC. ²⁴ Un document distinct mais bref (en Bengali) spécifique aux soins à domicile contenant des messages destinés au public a été publié. ²⁹ Il est stipulé de réaliser un suivi régulier par téléphone. Il est conseillé aux populations de brûler les déchets tels que les mouchoirs usagés au lieu de les « brûler ouvertement », et les habitations doivent être situées à proximité d'établissements de santé.
Inde	Une série de protocoles en matière de soins à domicile existent indépendamment de et sont intégrés parmi des documents de gestion clinique plus généraux visiblement destinés aux ASC. ^{167,168} Les déchets domestiques doivent être brûlés ou enfouis. Une prise en charge communautaire est également offerte dans des centres réaménagés y compris des « centres de traitement COVID » pourvus par des médecins issus de la médecine traditionnelle. ⁶⁹ Une application destinée à encourager les traitements à domicile contre la COVID-19 et les téléconsultations a été facilitée par certains états et hôpitaux. ^{53,54}
Indonésie	Du fait de la pression exercée sur le système de santé, l'Indonésie (Jakarta) a élargi sa politique en matière de soins à domicile destinée aux personnes ayant contracté la COVID-19 pour inclure les cas confirmés mais légers. Les soins prodigués au sein de centres communautaires, tels que des hôtels, font également partie du modèle adopté par le pays. ¹⁶⁹
Malaisie	En Malaisie, il est stipulé que tous les cas soupçonnés et confirmés de COVID-19 doivent être traités au sein d'établissements formels, y compris des centres communautaires . Une brève indication d'orientation en matière d'isolement/de soins à domicile est mentionnée, et ne semble pertinente que dans le contexte de la sortie d'un établissement (peut-être à pratiquer pendant une période déterminée par le personnel de santé). ^{63,170}
Les Philippines	Des orientations en matière de soins à domicile pour les cas légers (pour ceux qui sont éligibles) et de prise en charge dans des centres réaménagés ou temporaires sont disponibles dans les protocoles inhérents à la prise en charge communautaire. Le document est destiné aux ASC et aux responsables de la riposte. ³⁸ La fourniture de nourriture aux individus et aux foyers recevant des soins à domicile est spécifiée comme incombant au gouvernement local.
Amérique latine	

Bésil	Les orientations en matière de soins à domicile sont intégrées au sein de protocoles plus généraux pour la gestion clinique et la riposte, ³⁷ ainsi que dans les orientations en matière d'isolement à domicile. ⁴³ Bien qu'il soit stipulé qu'un aidant doit être disponible, il est conseillé aux patients de faire leur propre lessive et de nettoyer les salles de bains après utilisation.
Mexique	Des protocoles en matière de soins à domicile qui reflètent largement les orientations de l'OMS sont intégrés au sein d'un manuel de prévention des infections plus général, ¹⁷¹ mais ont également été publiés par un important organe de presse national. ⁴⁶
Pérou	Les protocoles en matière de soins à domicile reflètent les orientations de l'OMS, mais sont considérablement simplifiés. ³³ Il est stipulé que les aidants doivent porter des masques « simples » et jetables. Une page Internet du gouvernement destinée au public contenant des orientations en matière de soins à domicile est également disponible. ¹⁷²

Le tableau ci-dessus décrit les modèles et orientations en matière de soins à domicile et communautaires pour certains de PRFI examinés dans cette revue. Nous incluons également le média au travers duquel ils existent ainsi que le public ciblé. Une brève mention est faite de la manière dont les orientations sont susceptibles de différer des protocoles de l'OMS et des modèles dominants. Du fait de la nature rapide de cette revue, certains détails sont susceptibles d'avoir été manqués. Nous nous sommes concentrés sur les pays ayant déjà été affectés de manière significative par la COVID-19, ou qui apparaissent comme étant susceptibles d'être affectés de manière significative dans le futur proche, au moment de la rédaction de la présente revue. Les barrières linguistiques, les contraintes de temps ainsi qu'un manque de transparence ou de présence en ligne de la part de certaines ripostes nationales ont impliqués le fait que certains pays pour lesquels nous aurions souhaité inclure davantage de détails, disposent uniquement de brèves informations (par exemple, l'Algérie, qui a subi des taux de mortalité élevés de la COVID-19).

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les collègues suivants pour leurs précieuses remarques et critiques sur ce document:

Laura Archer, Ombretta Baggio, and Gwendolyn Eamer, FICR

Yolanda Beyugo, OMS

Gerry Bloom, Institute of Development Studies

Ivy Chumo, African Health and Population Centre (APHRC) Kenya et ARISE GCRF Hub Consortium

Laura Dean, Sally Theobald et Rachel Tolhurst de la Liverpool School of Tropical Medicine et du ARISE Hub Consortium

Alice Desclaux, Centre Régional de Recherche et de Formation de Fann (CRCF), Dakar, Sénégal

Nina Gobat, Université d'Oxford et le Groupe de recherche des sciences sociales GOARN

Bintu Mansaray, COMAHS Sierra Leone, College of Medicine and Allied Health Sciences et le ARISE Hub Consortium

Sophie Mylan, London School of Hygiene and Tropical Medicine et NHS du Royaume-Uni

Lilian Otiso, LVCT Kenya et ARISE Hub Consortium

Melissa Parker, London School of Hygiene and Tropical Medicine et SSHAP

Olivia Tulloch, Anthrologica et SSHAP

CONTACT

Veillez nous contacter si vous avez une demande directe relative à la riposte contre la COVID-19, ou concernant une revue, 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 Lowden (a.lowden@ids.ac.uk) ou Olivia Tulloch (oliviattulloch@anthrologica.com). Les Centres de liaison clés Plateforme incluent : l'UNICEF (nnaqvi@unicef.org) ; la FICR (obretta.baggio@ifrc.org) ; et le Groupe de recherche des sciences sociales GOARN (nina.gobat@phc.ox.ac.uk).



La Plateforme Social Science in Humanitarian Action est un partenariat entre l'Institute of Development Studies, Anthrologica et la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Un financement supplémentaire pour soutenir l'intervention de la Plateforme face à la COVID-19 a été fourni par le Wellcome Trust et le DDI

RÉFÉRENCES

1. WHO. (2020). *Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: Interim Guidance*. <https://www.who.int/publications-detail/community-based-health-care-including-outreach-and-campaigns-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic>
2. Chan, E., Gobat, N., Hung, H., MacGregor, H., & Wong, E. (2020). *A review on implications of home care in a biological hazard: The case of SARS-CoV-2/COVID-19* (No. 202001; Health-Emergency and Disaster Risk Management (Health-EDRM) Technical Brief Series). Collaborating Centre for Oxford University and CUHK for Disaster and Medical Humanitarian Response.
3. WHO. (2020). *Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts*. [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)
4. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention. (2020). [The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi = Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*, 41(2), 145–151. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003>
5. Harlan, C., & Pitrelli, S. (2020, March 12). As coronavirus cases grow, hospitals in northern Italy are running out of beds. *Washington Post*. https://www.washingtonpost.com/world/europe/italy-coronavirus-patients-lombardy-hospitals/2020/03/12/36041dc6-63ce-11ea-8a8e-5c5336b32760_story.html
6. Wintour, P. (2020, March 3). 'An absolute disaster': Iran struggles as coronavirus spreads. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/03/an-absolute-disaster-iran-struggles-as-coronavirus-spreads>
7. Widiyanto, S., & Beo Da Costa, A. (2020, May 28). Coronavirus patients flood hospitals in Indonesia's second-largest city. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-indonesia-idUSKBN2341NT>
8. DW News. (n.d.). *La coronavirus place le système de santé brésilien au bord de l'effondrement* | DW News. Extrait le 3 mai 2020, de <https://www.youtube.com/watch?v=vNq-x5I228c>
9. Mukherjee, I. (2020, May 16). No beds, packed morgues: Mumbai hospitals near collapse. *Agence France-Presse*. <https://www.afp.com/en/news/15/no-beds-packed-morgues-mumbai-hospitals-near-collapse-doc-1rm4qn1>
10. Zhou, Q., Gao, Y., Wang, X., Liu, R., Du, P., Wang, X., Zhang, X., Lu, S., Wang, Z., Shi, Q., Li, W., Ma, Y., Luo, X., Fukuoka, T., Ahn, H. S., Lee, M. S., Liu, E., Chen, Y., Luo, Z., & Yang, K. (2020). Nosocomial Infections Among Patients with COVID-19, SARS and MERS: A Rapid Review and Meta-Analysis. *MedRxiv*, 2020.04.14.20065730. <https://doi.org/10.1101/2020.04.14.20065730>
11. Aloisi, S., Pollina, E., & Barbaglia, P. (2020, March 23). Italy's medics at 'end of our strength' as they too fall ill. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-italy-doctors-idUSKBN21A29Z>
12. International Council of Nurses. (2020, May 6). *ICN calls for data on healthcare worker infection rates and deaths*. ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/news/icn-calls-data-healthcare-worker-infection-rates-and-deaths>
13. Aljazeera. (2020, April 7). COVID-19: Bangladesh hospitals forced to turn away patients. *Aljazeera*. <https://www.aljazeera.com/news/2020/04/covid-19-bangladesh-hospitals-forced-turn-patients-200407131633280.html>
14. NPR. (2020, April 29). *Commuting In A Pandemic: These Health Workers Are Trekking And Canoeing*. NPR.Org. <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/04/29/841830595/commuting-in-a-pandemic-these-health-workers-are-trekking-and-canoeing>
15. Ryan, M. J., Giles-Vernick, T., & Graham, J. E. (2019). Technologies of trust in epidemic response: Openness, reflexivity and accountability during the 2014–2016 Ebola outbreak in West Africa. *BMJ Global Health*, 4(1), e001272. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001272>
16. Parker, M., Hanson, T. M., Vandi, A., Babawo, L. S., & Allen, T. (2019). Ebola and Public Authority: Saving Loved Ones in Sierra Leone. *Medical Anthropology*, 38(5), 440–454. <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1609472>
17. Hewlett, B., & Hewlett, B. (2008). *Ebola, Culture and Politics: The Anthropology of an Emerging Disease*. Thomson Wadsworth.
18. Abramowitz, S. (2017). Epidemics (Especially Ebola). *Annual Review of Anthropology*, 46(1), 421–445. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102116-041616>
19. Churcher, S. (2013). Stigma related to HIV and AIDS as a barrier to accessing health care in Thailand: A review of recent literature. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2(1), 12–22. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.115829>
20. Long, N. H., Johansson, E., Diwan, V. K., & Winkvist, A. (2001). Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in VietNam: A gender analysis. *Health Policy*, 58(1), 69–81. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00143-9](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00143-9)
21. Idris, I. K., & Jalli, N. (2020, April 28). *How blaming others dominates Indonesian and Malaysian twitterspheres during COVID-19 pandemic*. The Conversation. <http://theconversation.com/how-blaming-others-dominates-indonesian-and-malaysian-twitterspheres-during-covid-19-pandemic-136193>
22. US CDC. (2020, March 20). *Interim Guidance for Implementing Home Care of People Not Requiring Hospitalization for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-home-care.html>
23. US CDC. (2020, February 11). *Caring for someone sick at home*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/care-for-someone.html>
24. Directorate of Health Services, & Bangladesh Ministry of Health and Family Welfare. (2020). *National Guidelines on Clinical Management of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)*. https://dghs.gov.bd/images/docs/Guideline/COVID_Guideline.pdf
25. Brazil Ministry of Health. (2020). *Fast-track for Primary Attention in Places with Community Transmission; Version 7*. <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/07/20200407-BOLSO-ver07.pdf>
26. NHS. (2020). *Guidance and standard operating procedures: General practice in the context of coronavirus (COVID-19)*. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/CO485-COVID-19-Primary-Care-SOP-GP-Practice-V3-29-May-2020.pdf>

27. National Institute for Communicable Diseases (NICD), & South Africa Department of Health. (2020). *V4 Clinical management of suspected or confirmed COVID-19 disease Version 4*. <https://www.nicd.ac.za/wp-content/uploads/2020/05/Clinical-management-of-suspected-or-confirmed-COVID-19-Version-4.pdf>
28. Kenya Ministry of Health. (2020). *Coronavirus Home-Based Care Guidance*. <http://covid-19.humanitarian.digital/wp-content/uploads/2020/03/Coronavirus-Home-Based-Care-Guidance.pdf>
29. Government of Bangladesh. (2020). *[Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms]*. https://dghs.gov.bd/images/docs/Notice/21_03_2020_SOP%20home%20care%20final%202.pdf
30. India Ministry of Health and Family Welfare. (2020, May 15). *Video Guidelines for Home Isolation of very mild/ pre-symptomatic #COVID19 cases*. <https://www.youtube.com/watch?v=JMeaFYCGxVw&feature=youtu.be>
31. Uganda Ministry of Health. (2020). *National Guidelines for Management of COVID-19*. <https://www.health.go.ug/covid/document/national-guidelines-for-management-of-covid-19/>
32. South Africa National Institute for Communicable Diseases. (2020). *COVID-19 frequently asked questions: Masks*. NICD. <https://www.nicd.ac.za/diseases-a-z-index/covid-19/advice-for-the-public/covid-19-frequently-asked-questions-masks/>
33. Peru Ministry of Health. (2020). *Documento Técnico: Atención y Manejo Clínico de Casos de COVID-19*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574377/Documento_Te%CC%81cnico_Atencio%CC%81n_y_Manejo_Cli%CC%81nico_de_Casos_de_COVID-19.pdf
34. South Africa National Institute for Communicable Diseases. (n.d.). *Que faire si je suis testé(e) positif(ve) à la maladie à coronavirus et que l'on me demande de m'isoler à domicile ?* NICD. Extrait le 20 mai 2020, de <https://www.nicd.ac.za/diseases-a-z-index/covid-19/advice-for-the-public/what-to-do-if-i-test-positive-for-coronavirus-disease-and-i-am-asked-to-home-isolate%e2%80%8b/>
35. NHS Scotland. (2020). *Coronavirus (COVID-19): Self-care advice*. <https://www.nhsinform.scot/illnesses-and-conditions/infections-and-poisoning/coronavirus-covid-19/caring-for-a-cough-or-fever/coronavirus-covid-19-self-care-advice>
36. Republic of South Africa. (2020). *Tested positive for COVID-10 or someone in your home has? Read on*. <https://sacoronavirus.co.za/wp-content/uploads/2020/03/care-guides-4.jpg>
37. Brazil Ministry of Health. (2020). *Protocol of clinical management of coronavirus (COVID-19)*. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/08/20200408-ProtocoloManejo-ver07.pdf>
38. Republic of Philippines Department of Health, D. of the I. and L. G. (2020). *Guidelines on Local Isolation and General Treatment Areas for COVID-19 Cases (LIGTAS COVID) and teh Community-based Management of Mild COVID-10 Cases*. https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/health-update/jao2020-0001_0.pdf
39. Baroness Finlay of Llandaff. (2020). *Caring for your dying relative at home with COVID-19*. https://www.hospiceuk.org/docs/default-source/echo/covid-19-echo/covid-19_care-at-home_guide_final.pdf
40. Higginson, I., Maddocks, M., Bayly, J., Brighton, L., Hutchinson, A., Booth, S., Ogden, M., Farquhar, M., & on behalf of the NIHR Applied Research Collaborative Palliative and End of Life Care Theme. (2020). *Managing breathlessness at home during the COVID-19 outbreak*. <https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/khp-gp-breathlessness-resource.pdf>
41. Public Health England. (2020). *Stay at home: Guidance for households with possible coronavirus (COVID-19) infection*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-stay-at-home-guidance/stay-at-home-guidance-for-households-with-possible-coronavirus-covid-19-infection>
42. India Ministry of Health and Family Welfare. (2020). *Revised guidelines for Home Isolation of very mild/pre-symptomatic COVID-19 cases*. <https://www.mohfw.gov.in/pdf/RevisedguidelinesforHomelolationofverymildpresymptomaticCOVID19cases10May2020.pdf>
43. Brazil Ministry of Health. (2020). *Coronavirus Home Isolation*. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Coronavirus--Isolamento-Domiciliar.pdf>
44. South Africa National Institute for Communicable Diseases. (2020). *What to do if I am a close contact of a person with confirmed disease and am asked to home quarantine?* NICD. <https://www.nicd.ac.za/diseases-a-z-index/covid-19/advice-for-the-public/what-to-do-if-i-am-a-close-contact-of-a-person-with-confirmed-disease-and-am-asked-to-home-quarantine/>
45. Matos, T. (n.d.). *Guia do isolamento domiciliar: Como preparar sua casa para conviver com suspeitos de infecção por coronavírus*. Globo. Extrait le 31 mai 2020, de <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/17/guia-do-isolamento-domiciliar-como-preparar-sua-casa-para-conviver-com-suspeitos-de-infeccao-por-coronavirus.ghtml>
46. Miranda, F. (2020, March 24). *Guía básica para cuidar a un enfermo de Covid-19 en casa*. *Milenio Diario*. <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/coronavirus-mexico-cuidar-enfermos-covid-19-casa>
47. WHO Eastern Mediterranean Region. (2020, May 24). *Home care for suspected and mild cases of COVID-19*. <https://www.youtube.com/watch?v=YZnnnGheZJU&feature=youtu.be>
48. Doctors of the World. (2020). *Coronavirus video advice*. Doctors of the World. <https://www.doctorsoftheworld.org.uk/coronavirus-video-advice/>
49. SUAKA: Indonesian Civil Society Association for Refugee Rights Protection. (2020, April 20). *Stay at Home/Self Isolation Guidelines during COVID-19 (in 14 languages)*. Suaka. <https://suaka.or.id/2020/04/20/stay-at-home-self-isolation-guidelines-during-covid-19-in-14-languages/>
50. NECN. (2020, April 16). *Doctor House Calls During COVID-19 Pandemic [Video]*. In *NECN*. NBC. <https://www.necn.com/news/health-news/doctor-house-calls-during-covid-19-pandemic/2261059/>
51. BMJ. (2020). *COVID-19: Remote consultations: A quick guide to assessing patients by video or voice call*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/resources/bmj-visual-summary-for-remote-consultations-pdf-8713904797>
52. Greenhalgh, T., Koh, G. C. H., & Car, J. (2020). *Covid-19: A remote assessment in primary care*. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>
53. Bora, G. (2020, April 8). *Now, coronavirus-affected and suspected patients can get virtual healthcare*. *The Economic Times*. <https://economictimes.indiatimes.com/small-biz/startups/newsbuzz/now-coronavirus-affected-and-suspected-patients-can-get-virtual-healthcare-day-to-day-health/articleshow/75041512.cms>

54. Kashyaap, S. (2020, April 30). *Coronavirus: This MIT-incubated startup built a virtual healthcare system for COVID-19 positive patients*. YourStory.Com. <https://yourstory.com/2020/04/coronavirus-mit-startup-daytoday-virtual-healthcare-system>
55. Scharahzed, I. (2020, April 1). Algérie: Consulter son médecin en ligne, c'est possible avec Etabib.dz. *Dzair Daily*. <https://www.dzairdaily.com/algerie-consultation-medecin-en-ligne-video-etabib-dz/>
56. Al-Youm, M. (2020, May 28). Egyptian doctors launch online medical service for coronavirus consultations. *Egypt Independent*. <https://egyptindependent.com/egyptian-doctors-launch-online-medical-service-for-coronavirus-consultations/>
57. Sundareswaran, V., & Firth-Butterfield, K. (2020, April 6). *Chatbots provide millions with COVID-19 information every day, but they can be improved—Here's how*. World Economic Forum. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/chatbots-covid-19-governance-improved-here-s-how/>
58. Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, Pisano, M., Goisis, G., Bonacina, D., Fazzi, F., Naspro, R., Longhi, L., Cereda, M., & Montaguti, C. (2020). At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *Catalyst Non-Issue Content*, 1(2). <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0080>
59. Reuters. (2020, April 17). *The Italian doctors treating patients at home—Video dailymotion*. Dailymotion. <https://www.dailymotion.com/video/x7tcz9x>
60. Ruptly. (2020, March 31). *Italy: Oxygen tanks delivered at homes of COVID-19 patients near Milan*. <https://www.youtube.com/watch?v=o2OVAlxnhC8>
61. Amref Health Africa. (2020, March 23). *Coronavirus: Stop the Spread*. Amref Health Africa UK. <https://amrefuk.org/what-we-do/latest-news/coronavirus-urgent-appeal-stop-the-spread/>
62. Amref Health Africa. (2020). *Supporting the community in a pandemic: Margaret's Story*. Amref Health Africa UK. <https://amrefuk.org/what-we-do/latest-news/supporting-the-community-in-a-pandemic-margarets-story/>
63. Federal Government of Malaysia Ministry of Health. (2020). *Guidelines COVID-19 Management in Malaysia, Quarantine Station (No. 5/2020 Annex* 32). https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Garis%20Panduan/COVID19/Annex_32_Quarantine_centre_22032020.pdf
64. Egypt Today. (2020, May 3). Egypt puts strategy to curb rise in COVID-19 cases. *Egypt Today*. <http://www.egypttoday.com/Article/1/85344/Egypt-puts-strategy-to-curb-rise-in-COVID-19-cases>
65. Nigeria CDC. (2020). *National Interim Guidelines for Clinical Management of COVID-19, VERSION 2, MAY 2020*. <https://covid19.ncdc.gov.ng/media/files/COVID19ClinicalCaseMgt.pdf>
66. Chen, S., Zhang, Z., Yang, J., Wang, J., Zhai, X., Bärnighausen, T., & Wang, C. (2020). Fangcang shelter hospitals: A novel concept for responding to public health emergencies. *The Lancet*, 395(10232), 1305–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30744-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30744-3)
67. Times of India. (n.d.). 5 200 wagons de train réaménagés en centres de traitement contre la Covid | India News—Times of India. *The Times of India*. Extrait le 17 mai 2020, de <https://timesofindia.indiatimes.com/india/5200-rail-coaches-ready-as-covid-care-centres/articleshow/75613194.cms>
68. NHS England, & NHS Improvement. (2020). *COVID-19 Clinical homeless sector plan: Triage – assess – cohort – care*. <https://www.healthylondon.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-Homeless-Sector-Plan.pdf>
69. The Economic Times. (2020, April 7). Government classifies health facilities into 3 categories for COVID-19 patient care. *The Economic Times*. <https://economictimes.indiatimes.com/news/politics-and-nation/government-classifies-health-facilities-into-3-categories-for-covid-19-patient-care/articleshow/75033608.cms>
70. ARISE. (2020, April 15). Barriers to health care related to disability and COVID-19. *Arise*. <http://www.ariseconsortium.org/barriers-to-health-care-related-to-disability-and-covid-19/>
71. Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). The COVID-19 response must be disability inclusive. *The Lancet Public Health*, 5(5), e257. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30076-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30076-1)
72. Translators without Borders. (2020). *Do you speak COVID-19?* https://translatorswithoutborders.org/wp-content/uploads/2020/04/TWB_PolicyBrief-COVID19.pdf
73. Abramowitz, S. A., McLean, K. E., McKune, S. L., Bardosh, K., Fallah, M., Monger, J., Tehoungue, K., & Omidian, P. A. (2015). Community-Centered Responses to Ebola in Urban Liberia: The View from Below. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 9(4), e0003706. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003706>
74. Wilkinson, A., & Fairhead, J. (2017). Comparison of social resistance to Ebola response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture. *Critical Public Health*, 27(1), 14–27. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1252034>
75. Alif, A. (2020, March 19). Coronavirus: Frustration rising over inadequate hotline services. *Dhaka Tribune*. <https://www.dhakatribune.com/bangladesh/dhaka/2020/03/19/coronavirus-hotline-numbers-haphazard>
76. Osho Oluwatosin, S. (2020, May 13). *Referred to the General Hospital*. <https://www.justempower.org/coronadiaries>
77. Kimani, J. (n.d.). Le problème difficile à résoudre de savoir qui est vulnérable au sein de nos communautés dans le contexte de la Covid-19. *Adobe Spark*. Extrait le 28 mai 2020, de <https://spark.adobe.com/page/18i5rTZz3NfZI/>
78. Bangkok Post. (2020, May 7). Hotline clears Covid-19 barriers. <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/1913772/hotline-clears-covid-19-barriers>
79. Xinhua. (2020, April 22). *Feature: Visually-impaired get information about COVID-19 on braille*. http://www.xinhuanet.com/english/2020-04/22/c_138999389.htm
80. UNICEF. (2020, May 21). *UNICEF reaches nearly 150 million people with information on COVID-19 across the Middle East and North Africa*. <https://www.unicef.org/mena/press-releases/unicef-reaches-150-million-people-information-covid-19-middle-east-north-africa>
81. Farm Radio International. (2020, April 17). *Supporting radio journalism in the time of COVID-19*. Farm Radio International. <https://farmradio.org/supporting-radio-journalism-during-covid-19/>
82. Vota, W. (2019, February 13). *Why Does South Asia Have the World Largest Mobile Phone Gender Gap?* ICT Works. <https://www.ictworks.org/south-asia-mobile-phone-gender-gap/>

83. Broom, D. (2020, April). Coronavirus has exposed the digital divide like never before. *World Economic Forum Coronavirus*. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/coronavirus-covid-19-pandemic-digital-divide-internet-data-broadband-mobility/>
84. Tech Desk. (2020, March 30). COVID-19 lockdown: Vodafone, Jio offer double data, free internet to help you work from home. *The Indian Express*. <https://indianexpress.com/article/technology/techook/covid-19-lockdown-vodafone-jio-offer-double-data-to-help-you-work-from-home-6338633/>
85. ProshareNG. (n.d.). *MTN Floats Y'ello Hope Package Soutenir les efforts d'enrayement du virus*. COVID-19: MTN Floats Y'ello Hope Package Soutenir les efforts d'enrayement du virus. Extrait le 14 mai 2020, de <https://www.proshareng.com/news/World-of-Business/COVID-19--MTN-Floats-Y-ello-Hope-Package-To-Support-Virus-Containment-Efforts/50394>
86. BBC Media Action, & Traducteurs sans frontières. (n.d.). COVID-19 : Communauté Rohingya plus âgée. *Ce qui importe Humanitarian Feedback Bulletin*, 34. Extrait le 14 mai 2020, de <https://app.box.com/s/539lre83v137blggbt88b5w8l8l484m0>
87. Manivannan, A. (2015, June 15). Gender Inequalities in Access to Information about Ebola as Gender-Based Violence. *Harvard Human Rights Journal*. <https://harvardhrj.com/2015/06/gender-inequalities-in-access-to-information-about-ebola-as-gender-based-violence/>
88. IFRC, WHO, & UNICEF. (n.d.). *Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Action Plan Guidance COVID-19 Preparedness and Response*. 29 May 2020, from [https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)
89. Farrington, M., & Santos, R. F. D. (2020). *Community Engagement During Covid-19: A guide for community facing staff*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/gd-covid-19-oxfam-community-engagement-guide-270420-en.pdf>
90. IFRC. (2019). *Radio tackling rumours and misinformation in DRC's deadliest Ebola outbreak*. <https://www.youtube.com/watch?v=vTFqUFdGEjY>
91. Yenka Africa. (2020). *How one journalists' association is responding to COVID-19*. <https://www.yenkasa.org/how-one-journalists-association-is-responding-to-covid-19/>
92. Muungano. (2020, May 14). *UPDATED Coronavirus response: Possible isolation areas – maps*. Muungano Wa Wanavijiji. <https://www.muungano.net/browseblogs/2020/4/27/coronavirus-response-possible-isolation-areas-maps>
93. The Business Standard. (2020, March 24). BRAC producing masks, plans PPE production to battle coronavirus. *The Business Standard*. <https://tbsnews.net/coronavirus-chronicle/coronavirus-bangladesh/brac-producing-masks-plans-ppe-production-battle>
94. World Bank. (2020). *In India, women's self-help groups combat the COVID-19 (Coronavirus) pandemic*. World Bank. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2020/04/11/women-self-help-groups-combat-covid19-coronavirus-pandemic-india>
95. Dahab, M., van Zandvoort, K., Warsame, A., Spiegel, P., Waldman, R., & Checchi, F. (2020). *COVID-19 control in low-income settings and displaced populations: What can realistically be done?* LSHTM. <https://www.lshtm.ac.uk/newsevents/news/2020/covid-19-control-low-income-settings-and-displaced-populations-what-can>
96. Butler, N., & Rohan, H. (2020). *Considerations and principles for shielding people at high risk of severe outcomes from COVID-19 (April 2020)*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15286/SSHAP%20COVID-19%20Brief%20Shielding.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
97. UNICEF. (2020). *Everything you need to know about washing your hands to protect against coronavirus (COVID-19)*. <https://www.unicef.org/bangladesh/en/everything-you-need-know-about-washing-your-hands-protect-against-coronavirus-covid-19>
98. Farha, L. (2020). *COVID-19 Guidance Note: Protecting Residents of Informal Settlements (28 March 2020) - World*. <https://reliefweb.int/report/world/covid-19-guidance-note-protecting-residents-informal-settlements-28-march-2020>
99. WHO. (2020). *Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus: Interim guidance*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331846/WHO-2019-nCoV-IPC_WASH-2020.3-eng.pdf
100. Ghanaian Times. (2020, March 19). Akpeteshie not substitute to sanitiser in COVID-19 prevention. *Ghanaian Times*. <https://www.ghanaiantimes.com.gh/akpeteshie-not-substitute-to-sanitiser-in-covid-19-prevention/>
101. Andrew, A., Armand, A., Augsburg, B., & Taveras, I. K. (2020, March 30). *Challenges of adopting coronavirus precautions in low-income countries*. <https://www.ifs.org.uk/publications/14779>
102. South China Morning Post. (n.d.). *Le résident d'une maison-cage de Hong Kong trouve l'espace trop petit pour s'auto-isoler dans le contexte de la flambée épidémique du coronavirus*. Extrait le 19 mai 2020, de <https://www.youtube.com/watch?v=Nbqv4hjGEUk>
103. Leung, H. (2020, April 20). Why Singapore, Once a Model for Coronavirus Response, Lost Control of Its Outbreak. *Time*. <https://time.com/5824039/singapore-outbreak-migrant-workers/>
104. Sharma, M., & Scarr, S. (2020, May 22). How migrant worker outbreaks supercharged coronavirus spread in Singapore. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-singapore-clusters-idUSKBN22Y29U>
105. Voice of America. (2020, May 10). *Singapore's Coronavirus Outbreak Sends Malaysia Scrambling to Test Migrant Workers | Voice of America—English*. <https://www.voanews.com/covid-19-pandemic/singapores-coronavirus-outbreak-sends-malaysia-scrambling-test-migrant-workers>
106. Channel News Asia. (2020, April 10). In full: PM Lee appeals to older Singaporeans to stay at home during COVID-19 'circuit breaker' period. *CNA*. <https://www.channelnewsasia.com/news/singapore/covid-19-pm-lee-address-elderly-stay-at-home-workers-dormitories-12630842>
107. WHO. (2020). *Advice on the use of masks in the community, during home care and in healthcare settings in the context of the novel coronavirus (COVID-19) outbreak*. [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)
108. WHO. (2020). *Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331695/WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.3-eng.pdf

109. Martineau, F., Wilkinson, A., & Parker, M. (2017). Epistemologies of Ebola: Reflections on the Experience of the Ebola Response Anthropology Platform. *Anthropological Quarterly*, 90(2), 475–494. <https://doi.org/10.1353/anq.2017.0027>
110. Cohen, E. (2014, September 26). Woman saves three relatives from death. *CNN*. <https://www.cnn.com/2014/09/25/health/ebola-fat-family/index.html>
111. TechnoChic. (2020, March 24). *DIY Face Shield Made with 2 Headbands, a Hair Tie, Transparency Film, Duct Tape, and Hot Glue*. <https://www.youtube.com/watch?v=fsU3wyLELI>
112. Hope Healthcare and Hospice. (2020, March 21). *How to Make and Put On Personal Protective Equipment (PPE)*. <https://www.youtube.com/watch?v=ty1mhzcIOiE>
113. Dr Tajay. (2020, March 29). *How to make COVID 19 PPE at home*. <https://www.youtube.com/watch?v=HGqwaoB8iOs>
114. Lewis, D., & Harding Giahvue, J. (2014, October 20). Home care kits highlight gaps in West Africa's Ebola response. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-ebola-kits-idUSKCN0I928220141020>
115. Islamic Relief Worldwide. (2020). *You can save lives with our Coronavirus hygiene kits appeal*. <https://www.islamic-relief.org/coronavirus-appeal/>
116. WIEGO. (2020). *Waste pickers: Essential service providers at high risk*. <https://www.wiego.org/waste-pickers-essential-service-providers-high-risk>
117. Wu, Y., Guo, C., Tang, L., Hong, Z., Zhou, J., Dong, X., Yin, H., Xiao, Q., Tang, Y., Qu, X., Kuang, L., Fang, X., Mishra, N., Lu, J., Shan, H., Jiang, G., & Huang, X. (2020). Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 5(5), 434–435. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30083-2](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30083-2)
118. Quilliam, R. S., Weidmann, M., Moresco, V., Purshouse, H., O'Hara, Z., & Oliver, D. M. (2020). COVID-19: The environmental implications of shedding SARS-CoV-2 in human faeces. *Environment International*. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105790>
119. Ng, S. C., & Tilg, H. (2020). COVID-19 and the gastrointestinal tract: More than meets the eye. *Gut*, 69(6), 973–974. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-321195>
120. Balasubramaniam, P., Forsberg, B., Bloom, G., Awor, P., Gautham, M., Lakew, D., Tsevelvaanchig, U., & El Jardali, F. (2020, May 27). *A Voice From the Front Line: Reaching out of the box to engage private non-state healthcare actors in LMICs to combat COVID-19*. <http://blogs.ishtm.ac.uk/hppdebated/2020/05/27/voices-from-the-front-line-reaching-out-of-the-box-to-engage-private-non-state-healthcare-actors-in-lmics-to-combat-covid-19/>
121. Ahmed, S. M., Hossain, M. A., & Chowdhury, M. R. (2009). Informal sector providers in Bangladesh: How equipped are they to provide rational health care? *Health Policy and Planning*, 24(6), 467–478. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp037>
122. Suah Shilue, J., & Fotouma, F. (n.d.). Libéria : Les professionnels de la santé autochtones en tant qu'alliés communautaires. *Elrha*. Extrait le 28 mai 2020, de <https://www.elrha.org/project-blog/liberia-indigenous-health-practitioners-as-community-based-allies/>
123. Perry, H. B., Dhillon, R. S., Liu, A., Chitnis, K., Panjabi, R., Palazuelos, D., Koffi, A. K., Kandeh, J. N., Camara, M., Camara, R., & Nyenswah, T. (2016). Community health worker programmes after the 2013–2016 Ebola outbreak. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(7), 551–553. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.164020>
124. Sabina, N., Zakir Hussain, A., & Villar Uribe, M. (2020, April 28). Bangladesh should use its community health workers to respond to the Covid-19 pandemic. *Dhaka Tribune*. <https://www.dhakatribune.com/feature/2020/04/28/bangladesh-should-use-its-community-health-workers-to-respond-to-the-covid19-pandemic>
125. Manguvo, A., & Mafuvadze, B. (2015). The impact of traditional and religious practices on the spread of Ebola in West Africa: Time for a strategic shift. *The Pan African Medical Journal*, 22(Suppl 1). <https://doi.org/10.11694/pamj.supp.2015.22.1.6190>
126. Taremwa, A. (2019). *Traditional healers in the fight to keep Uganda free of Ebola*. UNICEF. <https://www.unicef.org/uganda/stories/traditional-healers-fight-keep-uganda-free-ebola>
127. Hewlett, B. S., & Amola, R. P. (2003). *Cultural Contexts of Ebola in Northern Uganda—Volume 9, Number 10—October 2003—Emerging Infectious Diseases journal—CDC*. <https://doi.org/10.3201/eid0910.020493>
128. Cyranoski, D. (2020). China is promoting coronavirus treatments based on unproven traditional medicines. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01284-x>
129. DW News, D. (2020, May 5). WHO cautions against the use of traditional herbs in Africa. *DW.COM*. <https://www.dw.com/en/covid-19-who-cautions-against-the-use-of-traditional-herbs-in-africa/a-53341901>
130. Butler, N. (2020). *Key considerations: Online information, mis- and disinformation in the context of COVID-19*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). <https://www.socialscienceinaction.org/wp-content/uploads/2020/03/SSHAP-Brief.Online-Information.COVID-19.pdf>
131. Rosoff, P. M. (2010). Should palliative care be a necessity or a luxury during an overwhelming health catastrophe? *The Journal of Clinical Ethics*, 21(4), 312–320.
132. Matzo, M., Wilkinson, A., Lynn, J., Gatto, M., & Phillips, S. (2009). Palliative care considerations in mass casualty events with scarce resources. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 7(2), 199–210. <https://doi.org/10.1089/bsp.2009.0017>
133. Etkind, S. N., Bone, A. E., Lovell, N., Cripps, R. L., Harding, R., Higginson, I. J., & Sleeman, K. E. (2020). The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029>
134. Brown, N., & Beasley, D. (2020, April 9). From fine to flailing—Rapid health declines in COVID-19 patients jar doctors, nurses. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-usa-deaths-idUSKCN21Q36V>
135. Pappas, S. (2020). *'Silent hypoxia' may be killing COVID-19 patients. But there's hope*. Livescience.Com. <https://www.livescience.com/silent-hypoxia-killing-covid-19-coronavirus-patients.html>
136. Ripoll, Santiago. (2020). *Key Considerations: Dying, Bereavement and Mortuary and Funerary Practices in the Context of COVID-19*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). <https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-dying-bereavement-mortuary-funerary-practices-context-covid-19/>

137. Oosterhoff, P., Mokuwa, E. Y., & Wilkinson, A. (2015). *Community-Based Ebola Care Centres*. Ebola Anthropology Response Platform. http://www.ebola-anthropology.net/case_studies/community-based-ebola-care-centres-a-formative-evaluation/
138. Parpia, A. S., Ndeffo-Mbah, M. L., Wenzel, N. S., & Galvani, A. P. (2016). Effects of Response to 2014–2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV/AIDS, and Tuberculosis, West Africa. *Emerging Infectious Diseases*, 22(3), 433–441. <https://doi.org/10.3201/eid2203.150977>
139. NZ Herald. (2020, March 24). Covid-19 coronavirus: New Zealanders who live alone can have a 'buddy system' for lockdown. *NZ Herald*. https://www.nzherald.co.nz/lifestyle/news/article.cfm?c_id=6&objectid=12319577
140. Cooper, J. L. (2015). Mental health and psychosocial support in the face of Ebola in Liberia: The personal and professional intersect. A personal account. *Intervention*, 13(1), 9.
141. WHO. (2020). *Coping with stress during the 2019-nCoV outbreak*. https://www.who.int/docs/default-source/searo/bangladesh/2019-ncov/coping-with-stress.pdf?sfvrsn=1bff513d_6
142. WHO. (2020, March). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2
143. Brighton Cooking Club. (2020). *Brighton Cooking Club*. <https://www.brightoncookingclub.com/>
144. Samuel, S. (2020, March 24). *How to help people during the pandemic, one Google spreadsheet at a time*. Vox. <https://www.vox.com/future-perfect/2020/3/24/21188779/mutual-aid-coronavirus-covid-19-volunteering>
145. Avert. (n.d.). *Boost : Une nouvelle ressource mobile pour les agents sanitaires communautaires*. Extrait le 19 mai 2020, de <https://boost.avert.org/slideshow/covid-19>
146. Knight Raskin, M. (2018, November 12). In Liberia, Survivors of Ebola and Civil War Now Struggle With Mental Illness. *Pulitzer Center*. <https://pulitzercenter.org/reporting/liberia-survivors-ebola-and-civil-war-now-struggle-mental-illness>
147. Jin, J.-M., Bai, P., He, W., Wu, F., Liu, X.-F., Han, D.-M., Liu, S., & Yang, J.-K. (2020). Gender Differences in Patients With COVID-19: Focus on Severity and Mortality. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00152>
148. Oxfam International. (2020, April 1). *¿Quién cuida a las que nos cuidan del Coronavirus?* Medium. <https://medium.com/@Oxfam/qui%C3%A9n-cuida-a-las-que-nos-cuidan-del-coronavirus-3003c75829e7>
149. Promundo. (2020, March 18). COVID-19 demands that we pay attention to who does the care work – and how we support them. *Promundo*. <https://promundoglobal.org/covid-19-demands-that-we-pay-attention-to-who-does-the-care-work-and-how-we-support-them/>
150. Wenham, C., Smith, J., & Morgan, R. (2020). COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10227), 846–848. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2)
151. Smith, J. (2020). *Gender matters in responding to major disease outbreaks like Ebola*. The Conversation. <http://theconversation.com/gender-matters-in-responding-to-major-disease-outbreaks-like-ebola-120524>
152. Pasquali, M. (2020, March 30). *Growth of domestic violence and sexual abuse reports during the COVID-19 lockdown in selected Latin American countries as of April 2020*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1113975/gender-violence-growth-coronavirus-latin-america/>
153. Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nursing*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/inm.12735>
154. Jabola-Carolus, K. (2020, March 17). Column: Ease heavy burden of women affected by COVID-19 pandemic. *Honolulu Star-Advertiser*. <https://www.staradvertiser.com/2020/03/17/editorial/island-voices/column-ease-heavy-burden-of-women-affected-by-covid-19-pandemic/>
155. Harman, S. (2016). Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. *Third World Quarterly*, 37(3), 524–541. <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1108827>
156. Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., Mitchell, E. M. H., Nelson, L. R. E., Sapag, J. C., Siraprasiri, T., Turan, J., & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
157. Carew Kraft, J. (2016, November 22). Cultural factors complicate Zika prevention in American Samoa. *NBC News*. <https://www.nbcnews.com/news/asian-america/american-samoa-cultural-factors-could-make-zika-worse-n686781>
158. The New Nation. (2020, May 17). Covid-19 patients continue to escape from hospital. *The New Nation*. <http://m.thedailynewnation.com/news/253654/covid-19-patients-continue-to-escape-from-hospital>
159. Times Now News. (2020, April 29). *Shocking negligence as COVID-19 patient escapes from the centre in Pune*. <https://www.timesnownews.com/videos/times-now/india/shocking-negligence-as-covid-19-patient-escapes-from-the-centre-in-pune/59879>
160. Channels Television. (2020, May 5). *COVID-19 Patients Flee, Protest At Gombe Isolation Facility*. <https://www.youtube.com/watch?v=5U7Lk0zLvy8>
161. Uganda Ministry of Health. (2020). *Guidelines on Quarantine of Individuals in Uganda*. <https://www.health.go.ug/covid/document/guidelines-on-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-of-coronavirus-disease-covid-19-in-uganda/>
162. Andula Agency. (2020, May 6). *Nigeria: COVID-19 patients protest over 'ill treatment'*. <https://www.aa.com.tr/en/africa/nigeria-covid-19-patients-protest-over-ill-treatment/1830966>
163. Wilkinson, A. (2020). *Key considerations: COVID-19 in informal urban settlements (March 2020)* [Brief]. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15185/SSHAP_COVID-19_Key_Considerations_Informal_Settlements_final.pdf?sequence=3&isAllowed=y
164. Nigeria CDC. (2020). *Self Isolation and Quarantine Guide*. https://covid19.ncdc.gov.ng/media/files/SelfIsolation_QuarantineGuide_mHv8tpr.pdf
165. Nigeria CDC. (2020). *NCDC Coronavirus COVID-19 FAQs*. <https://covid19.ncdc.gov.ng/faq/>

166. South Africa National Department of Health, & National Institute for Communicable Diseases. (2020). *Clinical Management of COVID-19 disease Version-3*. https://www.nicd.ac.za/wp-content/uploads/2020/03/Clinical-Management-of-COVID-19-disease_Version-3_27March2020.pdf
167. India Ministry of Health and Family Welfare. (2020). *Guidelines for Home Isolation of very mild presymptomatic COVID19 cases*. <https://www.mohfw.gov.in/pdf/GuidelinesforHomeIsolationofverymildpresymptomaticCOVID19cases.pdf>
168. India Ministry of Health and Family Welfare. (2020). *Guidance document on appropriate management of suspect/confirmed cases of COVID-19*. <https://www.mohfw.gov.in/pdf/FinalGuidanceonMangaementofCovidcasesversion2.pdf>
169. The Jakarta Post. (2020, March 20). Dozens of COVID-19-positive people are in home-isolation in Jakarta. How does it work? *The Jakarta Post*. <https://www.thejakartapost.com/news/2020/03/20/dozens-of-covid-19-positive-people-are-in-home-isolation-in-jakarta-how-does-it-work.html>
170. Federal Government of Malaysia Ministry of Health. (2020). *Guidelines COVID-19 Management in Malaysia, Management of Person Under Investigation (No. 5/2020 Annex 2)*. http://covid-19.moh.gov.my/garis-panduan/garis-panduan-kkm/Annex_2_Management_of_PUI_22032020_.pdf
171. Government of Mexico. (2020). *Proceso de prevencion de infecciones para las personas con covid-19*.
172. Peru Ministry of Health. (n.d.). *Cuidar a un paciente sospechoso de haber contraído coronavirus (COVID-19)*. Extrait le 26 mai 2020, de <https://www.gob.pe/8733>

-
- ª Bien que les soins prodigués dans les centres de soins résidentiels préexistants constituent un type important de soins communautaires dans le contexte d'une flambée épidémique, les circonstances et besoins spécifiques inhérents à ces centres ainsi que les personnes à risque élevé qui y résident placent ce scénario hors de la considération de cette synthèse. Cela étant dit, il est essentiel que les recommandations en matière de soins au sein de ces environnements soient spécifiques au contexte et à l'établissement.
 - º Bien que les directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concernant les soins à domicile pour les personnes ayant contracté la COVID-19 incluent également des détails inhérents à l'isolement des contacts, une discussion détaillée à ce sujet dépasse la portée de cette synthèse.
 - º Alors que nous avons tenté de sonder les recommandations et approches pour un large éventail de contextes de PRIF actuellement impactés ou susceptibles d'être impactés par la pandémie de COVID-19, les contraintes linguistiques et de temps impliquent sans aucun doute que nous ayons manqué certains exemples et détails pertinents. Pour un autre examen utile des soins à domicile davantage axé sur les pays à revenu intermédiaire et élevé, voir *Examen des répercussions des soins à domicile dans le cadre d'un risque biologique : Le cas de l'infection à coronavirus SARS-CoV-2/COVID-19*.²
 - º Certains pays, tels que le Vietnam et le Nigeria, maintiennent que toutes les personnes ayant contracté des infections soupçonnées et avérées de COVID-19 doivent être isolées dans des établissements de santé formels (y compris des centres communautaires au Nigeria) afin d'éviter que l'infection ne se propage davantage. Une telle approche est uniquement possible dans des situations de flambée épidémique contenue, lorsque le dépistage et les ressources sont facilement accessibles, et lorsque le nombre de cas est faible.