

## **CONSIDÉRATIONS CLÉS :** **NOUVELLES DONNÉES PROBANTES CONCERNANT** **LE BLINDAGE DES GROUPES VULNÉRABLES** **DURANT LA PANDÉMIE DE COVID-19**

Le terme « blindage »<sup>a</sup> est utilisé pour décrire la protection des individus à risque élevé de présenter des symptômes graves de la maladie à coronavirus (COVID-19) en les séparant de la population générale. Une analyse initiale des considérations clés concernant le blindage a été présentée dans la précédente publication de la Plateforme Social Science in Humanitarian Action (SSHAP) relative au blindage<sup>1</sup> ; cette nouvelle analyse doit être lue conjointement avec cette note stratégique, qui définit les termes et expose les principes généraux essentiels à la compréhension du concept, y compris : la signification du blindage, la raison pour laquelle nous nous isolons et les personnes qui devraient s'isoler, la manière dont les individus à risque élevé sont susceptibles de s'isoler ainsi que les principales mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI), le processus de mise en œuvre, les défis inhérents au blindage et la manière dont ils sont susceptibles d'être atténués. Ces principes généraux ne sont pas répétés ici. Cette note stratégique est plutôt concentrée sur les nouvelles données probantes inhérentes au blindage, y compris des recherches concernant l'acceptabilité sociale et la mise en œuvre du blindage. Les données proviennent principalement de pays à revenu faible et intermédiaire.

À mesure que d'autres données probantes seront disponibles, nous produirons de nouvelles mises à jour. Vous pouvez contacter la SSHAP pour formuler des commentaires, fournir de nouvelles données probantes et pour participer. Cette note stratégique a été élaborée pour la SSHAP par l'IDS (sous la direction de Megan Schmidt-Sane) avec la collaboration d'Anthrologica (Leslie Jones et Olivia Tulloch). La responsabilité inhérente à cette note stratégique revient à la SSHAP.

---

<sup>a</sup> 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 ne reconnaissons qu'il a des connotations qui ne sont pas conformes au concept.

# RÉSUMÉ DES CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'ADOPTION DU BLINDAGE

Lorsqu'il est question de blindage, il est important de prévoir les impacts socioéconomiques sur les personnes isolées, y compris le bien-être psychosocial, la génération de revenus, ainsi que l'accès à la nourriture et aux services de santé. Il s'agit de contreparties que les communautés et les individus doivent peser par rapport aux effets positifs du blindage dans le contexte élargi des mesures visant à enrayer la pandémie de COVID-19.

- **Le blindage devra être adapté** en fonction de la capacité étatique et non étatique de fournir une aide sociale et économique aux personnes en blindage et à leurs foyers, et doit être conçu conjointement avec les communautés cibles. Les principales préoccupations inhérentes au blindage sont **la perte de moyens de subsistance** des personnes en blindage, la possibilité que des membres de la famille fournissent des soins non rémunérés et l'impact économique global sur le foyer. **L'aide sociale, médicale et pratique est essentielle** pour garantir l'efficacité du blindage, mais est susceptible de ne pas être réaliste dans de nombreux contextes au sein desquelles les membres de la communauté ou les intervenants humanitaires joueront probablement un rôle important. Il est également essentiel de reconnaître que l'impact économique inhérent au blindage sera bien inférieur à celui d'un confinement strict à l'échelle de la population.<sup>46</sup>
- **La terminologie et la signification doivent être claires.** Il y a confusion au sujet des différences entre le blindage, la quarantaine et l'isolement. La distinction entre ces termes doit être clairement communiquée par ceux qui préconisent le blindage.
- **Il est peu probable que les politiques en matière de blindage obligatoire garantissent le respect.** Les populations sont davantage susceptibles de respecter des politiques qui permettent aux individus de prendre leurs propres décisions quant au fait de savoir s'ils doivent s'isoler en fonction de leur propre évaluation du risque et de leur situation personnelle. **La décision de participer au blindage ou non doit incomber entièrement à une famille et à la(aux) personne(s) qui la compose(nt).** Des informations et une assistance doivent être fournies, mais la décision doit être prise sans coercition de la part des dirigeants locaux, des autorités locales ou des organisations humanitaires.
- **Le blindage requiert une gestion intersectorielle** et l'adhésion du gouvernement, et des membres de la société civile et des communautés fournissant une assistance. Les systèmes gouvernementaux et humanitaires peuvent être mal reliés, toutefois le

blindage nécessitera une coordination entre différents secteurs (par exemple, le secteur de la santé, le secteur WASH, le secteur social et le secteur économique). Un groupe de travail sur la COVID-19 qui comprend ces différents acteurs et secteurs pourrait permettre d'encourager la gestion intersectorielle, la coordination et la mise en œuvre de blindage.

- **Les organisations humanitaires qui facilitent le blindage** doivent y procéder dans le cadre d'une intervention de promotion de la santé et du secteur WASH plus importante (par exemple, en incluant l'approvisionnement en eau, la fourniture de savon, la sensibilisation à la COVID-19 et liens vers des organismes d'aide). Ces autres activités constituent des points d'entrée essentiels susceptibles de renforcer l'adhésion communautaire et d'instaurer la confiance avec l'organisation humanitaire. Lorsque le blindage n'est pas réalisable ou est susceptible de contribuer au niveau du risque, les organisations doivent se concentrer sur des mesures d'intervention autre que le blindage.
- **Une analyse continue des risques doit être intégrée à toute intervention en matière du blindage.** Par exemple, si un individu à risque élevé perd l'accès à un traitement médical indispensable en raison du blindage, le risque inhérent au blindage peut l'emporter sur les avantages. Compte tenu des besoins et des circonstances propres à chaque famille et à ses membres, il est important que la décision de participer au blindage ou de mettre l'accent sur d'autres mesures de prévention est pris en charge.
- **Le risque de violences conjugales et de violences perpétrées sur les femmes, les jeunes filles et les adultes plus âgés a augmenté parmi certaines populations pendant le confinement imposé durant la pandémie de COVID-19.** Les personnes en blindage doivent recevoir des informations concernant les moyens appropriés au niveau local pour signaler des cas et recevoir une aide d'urgence suite à un incident.

## INTERPRÉTATIONS DU BLINDAGE

Le blindage est la pratique consistant à limiter le contact entre les individus à risque élevé de contracter une maladie grave et ceux qui présentent un risque moindre, mais sont susceptibles de transmettre le virus. Tandis que les pays commencent à assouplir leurs politiques de confinement, on a recommandé le blindage des groupes vulnérables afin de protéger les personnes les plus à risque de subir des conséquences graves de la COVID-19, tout en permettant au reste de la société et à l'économie de rouvrir.<sup>2</sup> D'autres termes peuvent être utilisés à la place du blindage au sein de différentes régions et sont susceptibles de représenter différentes pratiques en matière de blindage, telles que la stratification et le blindage, le cocooning, le *confinement préventif*, la *quarantaine des*

personnes à haut risque ou la quarantaine inversée. Le blindage peut également être effectué sans être identifié séparément, comme lorsqu'il fait partie d'un ensemble plus vaste de mesures visant à protéger les personnes vulnérables.

Bien que le blindage puisse avoir lieu à presque n'importe quel niveau au sein d'une communauté, la présente note stratégique est principalement axée sur une approche de blindage domestique dans le cadre de laquelle, comme il est stipulé dans les orientations élaborées par la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM),<sup>3,4</sup> les personnes à risque élevé (et potentiellement les aidants) vivent séparément des membres des autres foyers au sein d'une « zone verte » ou dans une pièce désignée au sein du foyer, tandis que des mesures de PCI spécifiques sont appliquées afin de minimiser le risque d'infection. Grâce à un mécanisme de gouvernance communautaire, les personnes en blindage reçoivent de la nourriture, des soins médicaux, des services d'eau et d'assainissement et d'autres services pertinents (selon les besoins locaux) pendant la période de blindage.<sup>4</sup>

## **NOUVELLES DONNÉES PROBANTES EN PROVENANCE DES CONTEXTES DE PRFI**

Bien qu'à la date de la rédaction de la présente note stratégique, la majorité de blindage soit survenu dans les pays à revenu élevé,<sup>5-7</sup> des données probantes préliminaires ont commencé à émerger en provenance des PRFI. Les cas sont présentés ci-dessous, sur la base des études d'acceptabilité réalisées au Soudan, en République démocratique du Congo (RDC) et dans le Nord-Ouest de la Syrie, et des données probantes de mise en œuvre provenant de certaines régions de l'Inde, du Yémen et de l'Éthiopie. Il existe d'importants obstacles pratiques au blindage dans les PRFI, au sein desquels l'aide matérielle et sociale est susceptible de faire défaut ou où les foyers sont importants mais l'espace de logement est limité. Nous examinons les nouvelles données probantes afin d'appréhender les expériences des individus qui participent à des interventions de blindage et les implications de ces expériences sur le blindage de manière plus générale dans les PRFI.

### **Attitudes communautaires et perceptions du blindage : Soudan**

Le Soudan a récemment assoupli son confinement strict lié à la pandémie de COVID-19 afin d'atténuer son impact sur la crise économique à laquelle est actuellement confronté le pays.<sup>8</sup> Avant ce changement, une étude de recherche qualitative a été menée afin d'explorer l'acceptabilité et la faisabilité du blindage. Les résultats préliminaires sont

présentés ici.<sup>9</sup> Les participants étaient éligibles à participer à l'étude si au moins un membre de leur foyer présentait un risque élevé de subir des conséquences graves de la COVID-19. Les chercheurs ont constaté que la perception du risque et la croyance à l'égard de la COVID-19 variaient parmi les membres du groupe, la majorité d'entre eux croyant qu'elle existait et constituait une menace. D'autres estimaient que la COVID-19 n'existait pas ou ne la percevaient pas comme un risque immédiat pour leur santé. Bien que des idées fausses aient circulé concernant les implications inhérentes au blindage, la pratique a été jugée largement acceptable, dans la mesure où elle correspondait à un engagement culturel envers la protection des personnes âgées et des personnes vulnérables.<sup>9</sup> Le blindage au niveau du foyer, par exemple, où les personnes à haut risque s'isolent dans une pièce dédiée tandis que d'autres membres du foyer se déplacent librement, était considéré comme très acceptable et réalisable, tandis que le fait de déplacer des personnes vulnérables vers d'autres foyers ou des établissements communautaires n'était pas généralement acceptable. Par ailleurs, la délégation d'une personne pour sortir de la maison et être chargée de toutes les activités extra-domestiques a également été jugée acceptable. Cette personne désignée vivrait séparément à son domicile, ce qui permettrait à d'autres personnes vulnérables et à leurs proches de se déplacer librement à l'intérieur de la maison. Les recommandations clés en matière de blindage issues de l'étude incluaient :

- Impliquer la communauté autant que possible, durant toutes les étapes du blindage.
- Élaborer des stratégies pour communiquer les risques associés à la COVID-19 qui ne suscitent pas la peur et inclure des messages adaptés à ceux qui nient l'existence de la maladie.
- Faciliter des moyens concrets et pratiques pour mettre en œuvre le blindage, en veillant à ce que la différence entre le blindage et la quarantaine soit clairement communiquée.
- Fournir des options alternatives en matière de blindage lorsque le blindage au niveau du foyer est jugé acceptable, mais qu'il n'est pas réalisable en raison de l'espace physique ou de contraintes économiques. Par exemple, une option alternative pourrait consister à participer au blindage avec la famille élargie s'il n'y a pas d'espace au domicile de la famille immédiate.
- Fournir une aide financière et sociale aux personnes en blindage et à leurs foyers. Garantir la capacité de poursuivre la prestation des services, y compris l'accès aux soins de santé, la consultation d'agents sanitaires à distance, l'accès à la nourriture et aux besoins nutritionnels, etc., afin de « ne pas nuire » à cause du blindage.

- Établir des mécanismes d'orientation et de responsabilisation pour alerter les systèmes de santé locaux des systèmes liés à la COVID-19 et mettre la personne symptomatique en contact avec les services de soins.

### **Attitudes communautaires et perceptions du blindage : République démocratique du Congo (RDC)**

---

Deux études ont été publiées concernant le blindage en RDC.<sup>10-14</sup> Le blindage a été évalué dans le cadre d'une étude plus approfondie visant à comprendre les perceptions de la COVID-19 et les obstacles aux mesures de prévention et de contrôle à Goma, en RDC.<sup>12</sup> Les participants confondaient souvent le blindage (« *quarantaine des personnes à haut risque* ») avec la mise en quarantaine ou l'isolement, et des informations supplémentaires ont été nécessaires pour faire la distinction entre ces mesures. La moitié des participants se sentaient capables de protéger (par le blindage) un proche vulnérable, et 22 % percevaient le blindage comme une mesure préventive clé. Les participants ont formulé des préoccupations d'ordre pratique concernant le blindage, en raison du manque d'espace suffisant au sein du foyer<sup>12</sup> ainsi que la nécessité de fournir des articles de première nécessité tels que des denrées alimentaires, de l'eau, et des équipements de PCI. Le risque perçu inhérent à la COVID-19 était faible, excepté parmi les personnes atteintes d'un problème de santé sous-jacent. En outre, les participants à l'étude ont indiqué la nécessité d'informations supplémentaires concernant les risques inhérents à la COVID-19 et le blindage. L'acceptabilité du concept inhérent au blindage des personnes vulnérables à l'extérieur du foyer (par exemple, dans un centre de blindage) était faible (34 %) ; les individus ont mentionné l'in-acceptabilité sociale et un risque élevé de contracter la COVID-19 pour les personnes en blindage.<sup>12</sup>

Une étude menée sur la perception du blindage<sup>10, 11, 13, 14</sup> dans cinq régions en RDC comprenait une étude de cas portant sur les personnes déplacées internes à Bunia, dans la province de l'Ituri. Presque tous les participants (96 %) ont signalé des difficultés majeures à trouver de l'espace pour mettre en œuvre le blindage, en raison du surpeuplement et du manque d'accès aux installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH).<sup>13</sup> Le blindage (qu'on appelle le « confinement préventif ») serait acceptable si les besoins fondamentaux étaient satisfaits et si des espaces privés et sécurisés étaient mis à disposition. Les participants ont également souligné la nécessité de communiquer avec leurs proches durant le blindage. Les membres de la communauté ont identifié plusieurs stratégies pour protéger les plus vulnérables, y compris la fourniture d'articles d'hygiène et l'accès à des abris supplémentaires pour chaque foyer. Les données recueillies en RDC indiquent les éléments suivants :

- Des messages de communication des risques appropriés peuvent être utilisés pour mieux faire comprendre au public le risque lié à la COVID-19 ainsi que les risques spécifiques pour les personnes cliniquement vulnérables.
- Le blindage est acceptable s'il est mis en œuvre au sein du foyer ou de l'unité familiale; le blindage dans des établissements de groupe est moins susceptible d'être acceptable.
- Il convient de relever les défis d'ordre pratiques inhérents au blindage. Les partenaires communautaires peuvent participer à la conception conjointe de stratégies locales appropriées, trouver un espace acceptable et exploiter les systèmes de soutien socioéconomique informels ou formels existants pour s'assurer que les besoins fondamentaux sont satisfaits.

### **Blindage des personnes déplacées : nord-ouest de la Syrie**

---

Les réponses initiales aux études menées sur la COVID-19 dans le nord-ouest de la Syrie (province d'Idlib) comprenaient l'examen des facteurs liés à l'acceptabilité du blindage. Les résultats de cette étude ont fourni des considérations clés inhérentes au blindage dans le contexte des camps de personnes déplacées internes (PDI).

L'étude a suggéré que différentes stratégies en matière de blindage étaient susceptibles de s'avérer nécessaires concernant les camps informels et officiels de personnes déplacées. La majorité des camps situés au sein de la zone d'étude étaient informels et manquaient d'abris ou d'installations WASH adéquats. Les abris sont constitués de tentes, des grandes et des petites, et l'espace insuffisant pour le blindage à l'intérieur de l'abri constitue une préoccupation majeure. Le blindage au sein d'un camp informel s'avérerait difficile sur le plan logistique. Les professionnels de la santé ont suggéré qu'une manière potentielle de mettre en œuvre le blindage consisterait à établir un camp d'isolement séparé pour les personnes en blindage. Toutefois, l'acceptabilité communautaire de cette approche est susceptible d'être faible. En outre, cela peut être principalement mis en œuvre au sein des camps officiels, tandis que cela est susceptible d'être difficile dans les camps dispersés informels qui ont peu de contrôle sur les personnes qui entrent ou sortent. Les chercheurs ont également constaté que les PDI avaient subi de nombreux déplacements forcés en raison du conflit. L'application de certaines mesures de prévention de la COVID-19, comme par exemple les restrictions de déplacement, sont susceptibles d'engendrer un manque de contrôle sur leurs propres moyens de subsistance et d'accroître les sentiments existants de marginalisation et de manque d'action. Dans ce contexte, les tentatives de blindage peuvent également être perçues négativement.

La région d'Idlib est actuellement contrôlée par les forces de l'opposition, comprenant plusieurs groupes armés, et le système de santé est géré par des organismes civils indépendants (comme la Direction sanitaire d'Idlib). Dans cette mosaïque de gouvernance, les directives en matière de santé publique sont imparfaites, retardées et parfois incomplètes. La principale préoccupation des personnes déplacées n'est pas la COVID-19, mais plutôt la manière de trouver un abri adéquat, de la nourriture et de l'eau. La COVID-19 est souvent perçue comme la volonté de Dieu, et certaines personnes ont exprimé un manque de contrôle sur le risque, croyant plutôt que Dieu les protégera contre d'autres formes de souffrance.<sup>15</sup> Les données recueillies en Syrie indiquent les éléments suivants :

- Des stratégies différentes sont nécessaires pour les camps informels et formels. Il est peu probable que le blindage réussisse au sein d'un camp informel et, par conséquent, il conviendrait d'établir un site séparé pour le blindage, si les résidents du camp informel le jugent acceptable.
- Toutes les mesures visant à mettre en œuvre le blindage parmi les populations PDI doivent être conçues en tenant compte des expériences vécues et de l'impact supplémentaire du blindage pour ce groupe.
- Une communication claire doit être établie concernant les risques inhérents à la COVID-19, l'objectif du blindage et les principes de mise en œuvre essentiels.
- La conception du blindage doit être élaborée et dirigée en collaboration avec la communauté, à la suite d'un processus dirigé par les membres de la communauté afin qu'ils soient propriétaires de l'approche et en mesure de concevoir les dispositions relatives au blindage susceptibles d'être les plus efficaces pour eux au niveau local.

### **Mise en œuvre du blindage : Kerala et Gujarat, Inde**

---

Le blindage (« quarantaine inversée ») a été mis en œuvre dans au moins deux États de l'Inde, tandis que d'autres envisagent la politique.<sup>16</sup> Tandis que le confinement à l'échelle nationale a été assoupli en Inde, l'État de Kerala continue de recommander fortement aux personnes âgées (plus de 65 ans) de participer au blindage à leur domicile.<sup>17</sup> Le gouvernement de l'État, les autorités locales et les bénévoles ont soutenu les besoins sociaux et économiques des personnes en blindage, par exemple en assurant des livraisons alimentaires, conformément à l'histoire du Kerala en matière de protection sociale des personnes vulnérables. Malgré ces mesures, des personnes âgées isolées ont signalé des problèmes de solitude et de bien-être mental. En réponse, l'agence publique d'autonomisation des femmes, *Kudumbashree*, a initié un programme de sensibilisation pour les personnes âgées afin d'améliorer la connectivité sociale.<sup>17</sup> Les services de police

du Kerala ont également apporté un soutien aux personnes âgées en leur fournissant des médicaments de première nécessité et d'autres provisions. Les agents de police ont reçu une formation supplémentaire pour traiter ces demandes et fournir des services d'aide psychologique de base.<sup>17</sup> En outre, bien que le blindage soit en théorie volontaire, des interventions policières pour faire appliquer les recommandations ont été signalées, y compris des menaces d'arrestation. Dans l'État du Gujarat, la municipalité rurale d'Ahmedabad a commencé à mettre en œuvre une quarantaine inversée au mois de mai, en conseillant à 200 000 personnes âgées et à 17 000 femmes enceintes de participer au blindage à leur domicile.<sup>18</sup> Là-bas, les conseils de la jeunesse locaux et les agents sanitaires ont été chargés de mener à bien le processus et de s'occuper des personnes en blindage.<sup>19</sup> Nous ne disposons d'aucune autre information supplémentaire à la date de rédaction de la présente note stratégique.

### **Mise en œuvre du blindage : Yémen**

---

Le système de santé du Yémen s'effondre, la gestion clinique de la COVID-19 est mauvaise et de nombreux défis sociaux et économiques ont été engendrés par un conflit prolongé.<sup>20, 21</sup> Le dépistage et le suivi des contacts inhérents à la COVID-19 ne sont ni réalisables ni réalistes à l'échelle requise pour être efficaces. Dans le nord du pays, l'on assiste à un déni complet de la COVID-19 et au refus de signaler les cas, en partie en raison de la situation politique actuelle. Le blindage a été introduit au sein de 17 districts, en ciblant environ 57 000 personnes et est dirigé par le Camp Coordination and Camp Management (CCCM) and WASH Clusters ainsi que d'autres organisations humanitaires. La mise en œuvre du blindage a été initiée par une consultation communautaire dans les sites de PDI situés dans le district d'Abs, au nord du Yémen, et sur la côte ouest du sud de la ville d'Al Hudaydah. Les sessions ont été animées par des organisations humanitaires en collaboration avec des dirigeants locaux et des communautés ayant participé à la conception de la stratégie, et ont confirmé que l'accent mis sur le blindage au niveau du foyer ou de la famille élargie était le niveau culturellement approprié auquel le blindage pouvait être mis en œuvre.<sup>22-26</sup> Le rassemblement de personnes à risque élevé à l'extérieur de leur foyer a été jugé socialement inacceptable, et il y avait une forte préférence pour le fait de ne pas se mélanger avec d'autres foyers en raison des normes culturelles inhérentes à la vie privée. Parmi les familles élargies vivant dans des complexes composés de plusieurs foyers, il a été suggéré qu'un seul abri pourrait être dédié au blindage des membres de la famille à risque élevé, notamment du même sexe.

Les preuves indiquent que le blindage fait écho à une forte tradition locale de protection des personnes âgées et des personnes les plus vulnérables. En réponse à cela, les ONG

humanitaires locales et internationales ont intégré le blindage dans leurs politiques et il est envisagé dans le cadre de la stratégie de riposte nationale.

Sur la base des enseignements tirés d'environnements assimilés à des camps ou de sites de PDI, les intervenants humanitaires au Yémen ont élaboré une stratégie de mise en œuvre du blindage pour les communautés. Des individus à risque élevé ont été identifiés et des communautés et des foyers ont été consultés. La priorisation géographique a été basée sur des critères spécifiques, notamment les zones à forte densité de population, les centres urbains, les zones à faible accès aux services de santé et de WASH, ainsi que la vulnérabilité élevée. La consultation initiale a révélé que les autorités et les populations avaient accepté l'approche. L'enregistrement des personnes à risque élevé et la mise en œuvre du blindage des foyers ont été initiés, avec un suivi et une évaluation afin de comprendre la conformité et l'acceptation et de recueillir les enseignements tirés. Les premiers enseignements tirés du blindage au Yémen comprennent les éléments suivants :

- La majorité des participants aux groupes de discussion **savaient qui présentait un risque élevé** de contracter la COVID-19. Les cheikhs, les dirigeants communautaires et les ONG constituaient des sources d'information fiables et participaient à des activités de communication des risques et d'engagement communautaire, ce qui a contribué à façonner ces perceptions.
- **La consultation systématique de la communauté** s'est avérée efficace pour gérer, planifier et mettre en œuvre le blindage au Yémen, lorsqu'elle a été associée à des membres du personnel humanitaire de confiance et connu au niveau local. La présence préexistante d'intervenants humanitaires au sein d'une région a contribué à accroître l'acceptation communautaire et, par conséquent, la faisabilité.
- **Le blindage au niveau du foyer était privilégié**, afin de maintenir l'unité familiale. L'idée d'un bloc « communal » ou d'une zone verte au niveau du camp a été largement accueillie avec hésitation ou inquiétude. Le fait de renvoyer des proches représenterait également un abandon des membres de la famille vulnérables, ce qui était socialement inacceptable.
- **Les personnes en blindage qui reçoivent déjà une aide alimentaire** doivent être soutenues par des livraisons ou des mécanismes adaptés pour recevoir de l'aide. Les représentants, les dirigeants et les autorités communautaires ont été encouragés à aider d'autres personnes à avoir accès à de la nourriture et à d'autres formes d'aide.
- **Les messages de PCI et la formation aux points de convergence communautaires concernant le blindage ont été adaptés à ce contexte** et ont couvert le nettoyage des

toilettes, le lavage des mains, la prise des repas dans des endroits séparés et d'autres conseils de base tels que la manière d'élaborer une solution désinfectante. Les messages ont également fourni des orientations concernant le changement de comportement pour les personnes à risque élevé et la protection du bien-être.

- **Des kits de soutien sont recommandés pour accroître l'approbation de la communauté et limiter la propagation de l'infection.** Les foyers qui avaient placé en blindage un membre à risque élevé ont reçu un kit de désinfection comprenant du désinfectant, des gants réutilisables en caoutchouc résistant, un seau de nettoyage, des chiffons de nettoyage, une brosse à récurer, des sacs poubelle, du savon, de la lessive en poudre, un masque de protection et une brochure de PCI.
- **Le suivi quotidien réalisé auprès des familles en blindage** s'est avéré utile pour fournir des informations, comprendre les obstacles et discuter des questions de suivi. Les intervenants dans le cadre du programme WASH, de la gestion des camps et de la protection ayant une présence régulière au sein des zones de mise en œuvre ainsi que les connaissances et relations préexistantes avec la communauté sont susceptibles d'être utiles pour acquérir une compréhension précise du soutien et des informations nécessaires afin de mettre en œuvre le blindage de manière efficace.

### **Blindage informel : Données en provenance d'Éthiopie**

---

Des preuves préliminaires de blindage informel ont commencé à émerger de l'Éthiopie, où l'accent culturel mis sur le fait de placer la communauté au-dessus des besoins individuels a contribué à façonner la riposte contre la COVID-19.<sup>27</sup> Le blindage s'est appuyé sur les concepts locaux existants en matière de protection des personnes âgées et d'autres groupes vulnérables. Les chercheurs ont identifié des groupes clés pour le blindage, y compris les personnes âgées (+ de 60 ans) et les individus souffrant de problèmes de santé graves, estimés à 10 % de la population éthiopienne.<sup>27</sup> Bien que le gouvernement national n'ait pas encore officiellement mis en œuvre le blindage, les offices de la santé régionaux ont demandé aux agents sanitaires communautaires locaux d'informer les foyers au sujet du blindage et d'identifier les personnes cliniquement vulnérables. Une fois que les personnes commencent le blindage à domicile, les groupes communautaires locaux et les ONG fournissent un niveau de soutien de base sous la forme de nourriture, d'équipements de prévention des infections, et d'une aide économique. Néanmoins, le blindage constitue un défi spécifique pour les foyers à faible revenu dans le cadre desquels des individus à risque doivent souvent quitter le domicile pour chercher un moyen de subsistance. La capacité de blindage est également limitée par le nombre de pièces et l'espace disponible au sein du foyer.

# CONSIDÉRATIONS PRATIQUES INHÉRENTES AU BLINDAGE

De nouvelles données probantes inhérentes au blindage dans les PRFI et les régions touchées par des conflits révèlent qu'il est soumis à un nombre important de défis similaires à la distanciation physique (voir la note stratégique de la SSHAP sur ce sujet).<sup>28</sup> Pourtant, le blindage présente des défis pratiques et sociaux uniques. Cette section examine certaines de ces considérations et propose des manières de les aborder lors de la formulation de stratégies de blindage.

**Confiance** : Pour que les personnes vulnérables soient disposées à adopter le blindage, les individus à risque élevé et les communautés au sein desquelles ils vivent doivent avoir confiance dans l'intervention en matière de santé publique et dans les mesures que l'on attend d'elle. La confiance dans le système de santé et les autorités compétentes contribue à favoriser l'adoption de mesures de santé publique<sup>29,30</sup> et a mis en évidence la nécessité de mieux comprendre le contexte politique et économique plus large inhérent à la confiance.<sup>31</sup> **Pour permettre un blindage efficace, les intervenants communautaires et institutionnels de confiance doivent être identifiés et être suffisamment soutenus et engagés dans les processus décisionnels et dans la mise en œuvre.**<sup>1</sup>

**Identification et communication des risques** : L'adoption de comportements sanitaires préventifs est liée au risque perçu de la COVID-19.<sup>32</sup> Comme l'indiquent les données ci-dessus, les perceptions du risque inhérent à la COVID-19 varient énormément entre les collectivités et au sein de celles-ci. Par conséquent, la communication des risques doit être adaptée au contexte local, afin de corriger les idées fausses au sujet de la COVID-19<sup>33</sup> et de communiquer les risques avec précision par l'intermédiaire des médias privilégiés (p. ex., radio, affiches). En outre, plutôt que de se concentrer uniquement sur les risques biomédicaux, les communautés peuvent envisager des évaluations des risques multidimensionnelles<sup>34</sup> à l'aide d'outils, comme celui mis au point par RIKA India, qui peuvent être adaptés au contexte afin d'évaluer les risques en fonction de facteurs clés tels que la santé, le comportement, l'exposition et la politique sociale.<sup>35</sup> Le blindage peut également présenter des risques supplémentaires, tels que les mauvais traitements, parmi certains groupes vulnérables. En Colombie, les signalements de violences sexistes ont augmenté de 175 % par rapport à l'année précédente.<sup>47</sup> Une enquête réalisée en Inde a révélé que 71 % des personnes âgées interrogées estimaient que les cas de mauvais traitements à leur encontre avaient augmenté pendant le confinement causé par la COVID-19.<sup>48</sup> **La participation communautaire à la conception et à la mise en œuvre nécessiterait la planification de lieux de blindage, la conception de modalités de blindage,**

la fourniture d'un soutien aux personnes impliquées, et ainsi de suite. À titre complémentaire, les gouvernements, les intervenants humanitaires, les groupes de travail et les autorités locales peuvent jouer le rôle de mécanismes de coordination et fournir un soutien socioéconomique aux familles en blindage.

**Blindage dirigé par la communauté :** La participation communautaire doit être établie dès les premières étapes de la planification de la riposte ;<sup>36-39</sup> une fois que les communautés sont impliquées, des stratégies locales appropriées peuvent être identifiées afin d'atténuer les problèmes tels que la recherche d'espace physique pour le blindage, l'amélioration de l'adhésion du public au blindage, la communication des messages inhérents aux risques, et la prise en compte des impacts socioéconomiques générés par le blindage. Cependant, toute approche devrait éviter une définition simpliste de « communauté » et reconnaître l'hétérogénéité et les tensions au sein d'une communauté ou d'un espace domestique.<sup>38</sup> Les établissements informels, en particulier, nécessiteront un examen attentif ; les résidents sont susceptibles d'être nombreux et de nécessiter des ressources supplémentaires pour faciliter la mise en œuvre du blindage. C'est à ce moment que les gouvernements locaux et nationaux peuvent fournir une assistance. **Les approches du blindage doivent être dirigées et conçues en collaboration avec les communautés plutôt que d'être imposées d'en haut,<sup>4</sup> et tenir compte de la dynamique locale et des réalités pratiques.**

**Concepts locaux en matière de protection et de fourniture de soins :** Dans les PRFI qui ont testé le blindage, y compris ceux mis en évidence dans le présent document, le soutien aux personnes vulnérables demeure principalement une responsabilité familiale et domestique, complétée par des mécanismes informels tels que les réseaux de parenté élargie et les sociétés d'entraide au sein de la communauté. Ces systèmes de protection locaux permettent d'atténuer l'absence de régimes formels de protection sociale dans des régions au sein desquelles ils sont essentiellement inexistant.<sup>40</sup> Les systèmes de protection locaux doivent être exploités afin de minimiser l'impact du blindage. De plus, la conception du blindage peut s'inspirer des concepts locaux existants de protection des personnes âgées, qui comprennent des concepts de respect et de réciprocité en matière de soins.<sup>41</sup> **Les décideurs et les collectivités peuvent envisager d'encourager les familles des personnes en blindage à désigner un membre de la famille pour assumer le rôle d'aidant et de fournir la formation nécessaire en matière de prévention et contrôle des infections, ainsi qu'une aide sociale et économique.**

**Protection de la santé mentale et du bien-être :** L'impact psychosocial potentiel du blindage doit être pris en compte dès les premières étapes du blindage afin d'identifier

au niveau local les obstacles à l'accès, les risques et les besoins spécifiques des personnes en blindage et de leurs familles. HelpAge International, une organisation qui défend les intérêts des personnes âgées à l'échelle mondiale, s'est dit préoccupée par le fait de cibler les personnes âgées pour le blindage, et de réduire l'accès aux soins de santé pour les personnes en blindage, ainsi que par l'impact psychosocial potentiel sur les personnes âgées engendré par l'isolement à long terme et le risque de mauvais traitements de la part des aidants à domicile. Les nouvelles données probantes font écho aux préoccupations au sujet de l'impact à long terme du blindage sur la santé mentale et de l'idée selon laquelle les personnes en blindage pourraient ne pas être en mesure de mener des vies engagées sur le plan social et économique pendant une durée indéterminée.

Des données probantes sont apparues au provenance de certains pays à revenu élevé ayant établi d'autres types de mesures de protection pour les populations âgées, avec des enseignements pertinents pour le blindage. Dans une étude transversale<sup>42</sup> menée auprès de résidents d'établissements de soins de longue durée (ESLD) âgés aux Pays-Bas, le bien-être des résidents âgés a été gravement affecté. Six à dix semaines après la mise en œuvre d'une interdiction de visites liée au blindage, des taux élevés de solitude, de dépression ainsi qu'une aggravation significative de l'humeur et des problèmes de comportement ont été signalés. Les résidents sans déficience cognitive grave semblaient être les plus touchés. Une autre étude<sup>43</sup> réalisée parmi des personnes âgées néerlandaises vivant de manière autonome, la solitude des personnes âgées a augmenté, mais la santé mentale est restée à peu près stable. Les pertes personnelles, les inquiétudes au sujet de la pandémie et la baisse de confiance dans les institutions sociétales étaient associées à des problèmes de santé mentale accrus et notamment à la solitude émotionnelle. Une étude ethnographique<sup>44</sup> menée parmi les mêmes populations a révélé que pour les personnes âgées, ce qui est réellement effrayant, ce n'est pas la mort, mais l'impossibilité d'être ensemble en fin de vie en raison de mesures de blindage. Du point de vue des groupes qui sont vulnérables non seulement sur le plan physique, mais également sur le plan social, comme les personnes atteintes de graves problèmes psychiatriques, d'autres problèmes de santé mentale, et les sans-abri, il a été révélé<sup>45</sup> que les défis les plus importants inhérents au blindage incluaient une perte de perspective et de sens, associée à la perte d'activités et de structures quotidiennes. Dans l'ensemble, la mise en œuvre de mesures de blindage aux Pays-Bas a permis de réduire l'incidence des infections à la COVID-19 et, par conséquent, le nombre de décès dans les ESLD, toutefois, un meilleur équilibre entre la sécurité physique et le bien-être est nécessaire, dans la mesure où l'isolement social constitue en soi une menace grave pour la santé. **Sur la base de ces nouvelles données probantes, une aide psychosociale**

supplémentaire est nécessaire pour les personnes en blindage, et doit être adaptée aux contextes locaux.

Ressources supplémentaires (illustratives, non exhaustives) :

Butler, N., & Tulloch, O. (2020). Considerations and principles for shielding people at high risk of severe outcomes from COVID-19.

<https://www.socialscienceinaction.org/resources/considerations-principles-shielding-people-high-risk-severe-outcomes-covid-19/>

Chatterjee, R., Bajwa, S., Dwivedi, D., Kanji, R., Ahammed, M., & Shaw, R. (2020). COVID-19 risk assessment tool: Dual application of risk communication and risk governance. *Progress in Disaster Science*, 100109. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100109>

Health in Humanitarian Crises Centre. (2020). COVID-19 guidance documents for shielding. <https://www.lshtm.ac.uk/research/centres/health-humanitarian-crises-centre/covid-19-response>

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les collègues suivants pour leurs précieux commentaires et critiques sur ce document :

Caroline Favas (LSHTM), Nada Abdelmagid (LSHTM), Mervat Alhaffar (LSHTM), Emma Tuck (UNICEF), Lauren McCarthy (Danish Refugee Council), Simone Carter (UNICEF), Daniel de Vries (Université d'Amsterdam), Fergus McBean (Bureau des Affaires étrangères et du Commonwealth), Ron Waldman (Université George Washington), Joe Timothy (LSHTM), Ken Bluestone (Age International), Bridget Sleaf (HelpAge), Patricia Conboy (HelpAge), Ivy Chuomo (Africa Population and Health Research Center), Darryl Stellmach (Médecins Sans Frontières), Ciara Silke (Bureau des Affaires étrangères et du Commonwealth), Chris Porter (Bureau des Affaires étrangères et du Commonwealth), Nadeem Hasan (Bureau des Affaires étrangères et du Commonwealth) et David McConalogue (Bureau des Affaires étrangères et du Commonwealth).

## CONTACT

Veuillez 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](mailto:a.lowden@ids.ac.uk)) ou Olivia Tulloch ([olviatulloch@anthrologica.com](mailto:olviatulloch@anthrologica.com)). Les Centres de liaison clés Plateforme incluent : l'UNICEF ([nnaqvi@unicef.org](mailto:nnaqvi@unicef.org)) ; la FICR ([ombretta.baggio@ifrc.org](mailto:ombretta.baggio@ifrc.org)) ; et le Groupe de recherche des sciences sociales GOARN ([nina.gobat@phc.ox.ac.uk](mailto: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. Le financement destiné à soutenir l'intervention de la Plateforme face à la COVID-19 a été fourni par le Wellcome Trust et le Bureau des Affaires étrangères et du Commonwealth.

# RÉFÉRENCES

1. Butler, N., & Tulloch, O. (2020). *Considerations and Principles for Shielding People at High Risk of Severe Outcomes from COVID-19*. Retrieved from <https://www.socialscienceinaction.org/resources/considerations-principles-shielding-people-high-risk-severe-outcomes-covid-19/>
2. Jayaram, K., Leke, A., Ooko-Ombaka, A., & Sun, Y. S. (2020). *COVID-19 in Africa: Save lives and livelihoods*.
3. Favas, C., Abdelmagid, N., Checchi, F., Garry, S., Jarrett, P., Ratnayake, R., & Warsame, A. (2020). *Guidance for the prevention of COVID-19 infections among high-risk individuals in camp and camp-like settings*.
4. Favas, C., Checchi, F., & Waldman, R. J. (2020). *Guidance for the prevention of COVID-19 infections among high-risk individuals in urban settings*.
5. Bennett: Isolating the elderly as nation develops herd immunity is key to defeating virus. (2020, March 20). *i24NEWS*. Retrieved from <https://www.i24news.tv/en/news/israel/1584727140-bennett-isolating-the-elderly-as-nation-develops-herd-immunity-is-key-to-defeating-virus>
6. Israeli soldiers' new frontier: Delivering food to grandma - [www.israelhayom.com](http://www.israelhayom.com). (n.d.). Retrieved July 30, 2020, from <https://www.israelhayom.com/2020/03/25/israeli-soldiers-new-frontier-delivering-food-to-grandma/>
7. McKeigue, P. M., & Colhoun, H. M. (2020). Evaluation of "stratify and shield" as a policy option for ending the COVID-19 lockdown in the UK. *medRxiv*, 2020.04.25.20079913. <https://doi.org/10.1101/2020.04.25.20079913>
8. Sudan begins easing coronavirus lockdown measures. (2020, July 8). *Al-Jazeera*. Retrieved from <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/sudan-begins-easing-coronavirus-lockdown-measures-200708151450416.html>
9. *Shielding of high risk groups against COVID-19 infection risk in Sudan - a study of community acceptability and feasibility in Sudan*. (2020).
10. *Analyse protection a base communautaire en lien avec la pandémie de COVID-19: Ville et Commune de Goma, Quartier de Kahembe*. (2020).
11. *Analyse protection a base communautaire en lien avec la pandémie du coronavirus: Quartier de Mikelenge, Ville de Kindu, Province du Maniema*. (2020).
12. *Perceptions & comportements de mesures de barrières enquète a Goma*. (2020).
13. *Analyse protection a base communautaire en lien avec la pandémie du coronavirus: Site de déplacé(e)s ISP, Quartier de Muzipela, Ville de Bunia, Province de l'Ituri*. (2020).
14. *Analyse protection a base communautaire en lien avec la pandémie du coronavirus: Quartier de Ndosho, Ville de Goma, Province du Nord Kivu*. (n.d.).
15. Douedari, Y., Alhaffar, M., Al Twaish, M., Mkhallalati, H., Alwany, R., Bte Mohamed Ibrahim, N., ... Howard, N. (2020). Initial responses to the COVID-19 pandemic in northwest Syrian displacement camps: A qualitative study of perceptions and experiences among displaced Syrians. *In preparation*.
16. Raveendran, A. V., & Jayadevan, R. (2020). Reverse quarantine and COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 1323–1325. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.07.029>
17. Gulia, K. K., & Kumar, V. M. (2020). Reverse quarantine in Kerala: managing the 2019 novel coronavirus in a state with a relatively large elderly population. *Psychogeriatrics*, psyg.12582. <https://doi.org/10.1111/psyg.12582>
18. COVID-19: In a first, Ahmedabad to implement reverse quarantine for safety of pregnant women,

- elderly. (2020, June 3). *Financial Express*. Retrieved from <https://www.financialexpress.com/lifestyle/health/covid-19-in-a-first-ahmedabad-to-implement-reverse-quarantine-for-safety-of-pregnant-women-elderly/1980109/>
19. Rural ahmedabad: 'Reverse quarantine' for pregnant women and the elderly, says govt | Cities News, The Indian Express. (n.d.). Retrieved July 30, 2020, from <https://indianexpress.com/article/cities/ahmedabad/rural-ahmedabad-reverse-quarantine-for-pregnant-women-and-the-elderly-says-govt-6439662/>
  20. Snyder, S. (2020, June 4). Yemen faces spread of COVID-19 "with no health care system at all." *The World*. Retrieved from <https://www.pri.org/stories/2020-06-04/yemen-faces-spread-covid-19-no-health-care-system-all>
  21. Coronavirus COVID-19 has made Yemen's health system collapse complete. (2020). *MSF*. Retrieved July 13, 2020, from <https://www.msf.org/covid-19-has-made-yemen-health-system-collapse-complete>
  22. Danish Refugee Council, & Yemen Displacement Response. (2020). *Protecting the high-risk from COVID-19 through community shielding*.
  23. Danish Refugee Council, & Yemen Displacement Response. (2020). *Community consultation guide: Community shielding, Phase 1 site level consultation*.
  24. CCCM Cluster. (2020). *CCCM cluster guidance on shielding of vulnerable populations in IDP-hosting sites in Yemen*.
  25. Danish Refugee Council. (2020). *Yemen displacement response*.
  26. CCCM Cluster. (2020). *CCCM Cluster on shielding of vulnerable populations in IDP-hosting sites in Yemen: Initial lessons learnt*.
  27. Seifu Estifanos, A., Alemu, G., Negussie, S., Ero, D., Mengistu, Y., Addissie, A., ... Wondimagegn, D. (2020). 'I exist because of we': shielding as a communal ethic of maintaining social bonds during the COVID-19 response in Ethiopia. *BMJ Global Health*, 5(7), e003204. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003204>
  28. Anthrologica. (2020). *Compliance with Physical Distancing Measures for COVID-19 and Implications for RCCE in Eastern and Southern Africa*. Retrieved from <https://www.socialscienceinaction.org/resources/compliance-physical-distancing-measures-covid-19-implications-rcce-eastern-southern-africa-april-2020/>
  29. 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>
  30. Bargain, O., & Aminjonov, U. (2020). *Trust and Compliance to Public Health Policies in Times of Covid-19*. Retrieved from [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3596671](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3596671)
  31. Abramowitz, S. (2017). Epidemics (Especially Ebola). *Annual Review of Anthropology*, 46(1), 421–445. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102116-041616>
  32. Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., van der Bles, A. M., ... van der Linden, S. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>
  33. Communicating the risks to health posed by COVID-19 is key to protecting populations and mitigating spread. (2020). *Pan American Health Organization*. Retrieved July 10, 2020, from <https://www.paho.org/en/news/4-3-2020-communicating-risks-health-posed-covid-19-key-protecting-populations-and-mitigating>
  34. Shaw, R., Kim, Y., & Hua, J. (2020). Governance, technology and citizen behavior in pandemic: Lessons from COVID-19 in East Asia. *Progress in Disaster Science*, 6, 100090. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100090>
  35. Chatterjee, R., Bajwa, S., Dwivedi, D., Kanji, R., Ahammed, M., & Shaw, R. (2020). COVID-19 Risk

- Assessment Tool: Dual application of risk communication and risk governance. *Progress in Disaster Science*, 7, 100109. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100109>
36. Farrington, M., & Fal Dutra Santos, R. (2020). *Community Engagement During Covid-19: A guide for community facing staff*. Retrieved from <https://oxfam.box.com/s/nds89hah3bsxoml9blmhd41762qirhak>
  37. Pedi, D., Gillespie, A., Bedson, J., Jalloh, M. F., Jalloh, M. B., Kamara, A., ... Conte, L. (2017). The Development of Standard Operating Procedures for Social Mobilization and Community Engagement in Sierra Leone During the West Africa Ebola Outbreak of 2014–2015. *Journal of Health Communication*, 22(sup1), 39–50. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1212130>
  38. Wilkinson, A., Parker, M., Martineau, F., & Leach, M. (2017). Engaging 'communities': anthropological insights from the West African Ebola epidemic. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 372(1721), 20160305. <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0305>
  39. Pass the message: Five steps to kicking out coronavirus. (2020, March 23). *World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/detail/23-03-2020-pass-the-message-five-steps-to-kicking-out-coronavirus>
  40. Cohen, B., & Menken, J. (2006). *Aging in Sub-Saharan Africa: Recommendations for Furthering Research*. Washington, DC: National Academies Press (US). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20296/>
  41. Van Sjaak Geest, D. E. R. (2002). Respect and reciprocity: Care of elderly people in rural Ghana. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17(1), 3–31. <https://doi.org/10.1023/A:1014843004627>
  42. Van der Roest, H. G., Prins, M., van der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., van Tilburg, T. G., & de Vries, D. H. (n.d.). The impact of COVID-19 measures on well-being of older long-term care facility residents in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Association*. Retrieved from <https://dare.uva.nl/personal/search?identifier=ddc2d984-dec2-474e-be55-76e7070f1b99>
  43. van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H., & de Vries, D. H. (2020). Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>
  44. Dekker, N. L., Vermeulen, L., & Pols, J. (2020). In and outside the nursing home: On the (im)possibilities of meaningful contact while being held apart. *Somatosphere*. Retrieved August 27, 2020, from <http://somatosphere.net/2020/in-and-outside-the-nursing-home.html/>
  45. Pols, A. J., & de Vries, D. H. (Eds.). (2020). *Effecten van sociale afstand op kwetsbare groepen in Nederland*. University of Amsterdam.
  46. Butler, N., & Tulloch, O. (2020). *Considerations and Principles for Shielding People at High Risk of Severe Outcomes from COVID-19*. Retrieved from <https://www.socialscienceinaction.org/resources/considerations-principles-shielding-people-high-risk-severe-outcomes-covid-19/>
  47. Cousins, S. (2020). COVID-19 has “devastating” effect on women and girls. *The Lancet*, 396(10247), 301–302. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31679-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31679-2)
  48. Pandit, A. (2020, June 15). Abuse has increased during lockdown, say 71% of elderly. *Times of India*. Retrieved from <https://timesofindia.indiatimes.com/india/abuse-has-increased-during-lockdown-say-71-of-elderly/articleshow/76377324.cms>