

Considérations et principes inhérents au blindage des personnes présentant un risque élevé de subir de complications graves de la COVID-19 (avril 2020)

Cette note stratégique énonce les raisons pour lesquelles il convient d'isoler les individus présentant un risque élevé de contracter une maladie grave ou de décéder de la COVID-19 dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Elle fournit un aperçu des approches proposées en matière de blindage¹, examine les catégories d'individus susceptibles d'être identifiées pour l'isolement, et décrit les éventuelles difficultés inhérentes à ces mesures ainsi que les manières de les atténuer. Il convient de noter que les auteurs n'ont connaissance d'aucun précédent concernant le blindage ciblé de groupes spécifiques dans les pays à revenu faible et intermédiaire au cours de la flambée épidémique actuelle ni lors d'autres flambées épidémiques. Par conséquent, le blindage en tant qu'approche n'est pas vérifié. Nous avons tenté de fournir des considérations relatives à la faisabilité et aux défis engendrés par cette approche, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les décisions relatives au blindage devront être particulièrement attentives au contexte socioéconomique local, être prises en collaboration avec des intervenants locaux, et être continuellement adaptées en tenant compte des nouvelles données probantes concernant l'efficacité de l'approche, des caractéristiques de la COVID-19 et des trajectoires des flambées épidémiques.

Cette note stratégique a été élaborée pour la Plateforme Social Science in Humanitarian Action (SSHAP) par Anthrologica (Nadia Butler) avec la collaboration d'Hana Rohan (London School of Hygiene and Tropical Medicine, LSHTM). Elle vise à fournir des considérations pratiques à l'intention des gouvernements et des partenaires collaborant à la riposte contre la COVID-19 dans le contexte des pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). Cette note stratégique a été examinée par des collègues de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), de l'Institute of Development Studies (IDS), de la FICR, de l'UNICEF de la CASS et de Resolve to Save Lives. La responsabilité inhérente à cette note stratégique revient à la SSHAP.

Résumé des considérations

- **Le blindage est le principe de limiter le contact entre les individus à risque élevé et les individus à risque moins élevé.** L'objectif est de réduire le nombre de cas graves de COVID-19 parmi une population et de réduire la pression imposée sur le système de santé public. Cela implique de loger les individus à risque élevé dans des « zones vertes », comme par exemple dans le ménage ou au niveau communautaire.
- **Les mesures de distanciation physique et les restrictions de déplacement à grande échelle ont des conséquences économiques et sociales négatives considérables** pour de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire et leurs citoyens et ne seront pas viables sur une période prolongée. L'« isolement » a été proposé en tant que moyen de protection des personnes qui présentent un risque élevé de souffrir de résultats graves de la COVID-19, en permettant à l'ensemble de la population de poursuivre ou de reprendre un certain niveau d'activité économique et sociale. En l'absence d'un vaccin, le fait d'assouplir les mesures de distanciation physique toute en protégeant les personnes les plus vulnérables est également susceptible de permettre d'obtenir une immunité de toute la population, bien qu'au moment de la rédaction de la présente note stratégique, il n'y ait pas suffisamment de preuve des quant à l'immunité durable au COVID-19.
- **Un programme d'action contenant des mesures relatives au blindage ainsi que d'autres mesures de santé publique telles que le blindage des personnes malades, le lavage des mains et des mesures de distanciation physique, pourraient offrir une approche alternative.** Cela doit être considéré pour certains PRFI qui n'ont pas encore décrété le confinement, ou pour les pays à la recherche d'une stratégie de sortie de confinements stricts.
- **L'approche d'isolement spécifique adopté doit refléter le contexte du pays ou de la région**, en tenant compte de la faisabilité relative et de l'efficacité probable de sa mise en œuvre, ainsi que des manières dont les populations sont susceptibles de réagir à ces mesures. Les stratégies appropriées peuvent varier entre les zones rurales ou urbaines ou les différentes sous-régions au sein d'un même pays.
- **Les personnes considérées comme présentant un risque élevé d'avoir des problèmes de santé liés à la COVID-19** comprennent les personnes âgées et les individus souffrant de problèmes de santé sous-jacents, y compris des maladies cardiovasculaires, du diabète, des maladies respiratoires chroniques et des cancers. La liste des personnes les plus à risque doit être adaptée au fur et à mesure que de nouvelles preuves apparaissent. La prévalence de ces groupes variera selon les différents contextes géographiques et sociaux. Dans certains pays, les populations à faible revenu ont tendance à souffrir davantage de problèmes de santé sous-jacents, et à un âge plus précoce, ce qui signifie que les limites d'âge inhérentes à la blindage sont susceptibles de varier pour inclure les affections non diagnostiquées.
- **Une communication claire et transparente doit être établie avec les communautés par le biais d'autorités locales ou d'interlocuteurs de confiance.** D'emblée, les principes inhérents au blindage et les options potentielles doivent être transparents. Les représentants communautaires doivent être impliqués dans la conception et la mise en œuvre des mesures d'isolement du début

¹ 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.

à la fin, y compris l'identification des résidents pour l'isolement, la sélection des endroits situés en zone verte, la fourniture d'un soutien aux résidents et la surveillance du respect et de l'efficacité.

- **La mise à le blindage n'a pas encore été essayé ni testé. En cas de mise en œuvre, il impliquera des choix qui devront être considérés avec prudence.** Les défis sont susceptibles d'inclure : le manque d'espace disponible pour fournir des zones désignées appropriées pour les personnes à risque élevé ; la nécessité pour les individus à risque élevé de continuer à travailler pour avoir un revenu ou de continuer à effectuer des tâches ménagères ou à s'occuper d'enfants, notamment lorsque les foyers multigénérationnels sont répandus ; le manque d'eau, d'assainissement et d'articles d'hygiène pour faciliter une prévention et un contrôle des infections (PCI) efficaces ; le risque de transmission à grande échelle parmi les individus les plus vulnérables entraînant de nombreux cas graves et décès dans le cas où la maladie était introduite au sein d'une zone verte ; les impacts psychosociaux engendrés par le fait d'être séparé de ses proches ; la méfiance vis-à-vis des mesures de santé publique et la crainte de ce qui se passera dans une zone verte ; la stigmatisation des populations isolées ; et les difficultés inhérentes à la surveillance du respect des mesures et de leur efficacité.
- **Le blindage sera seulement possible et efficace si un modèle approprié est choisi en consultation avec des représentants communautaires reconnus.** Il devra inclure : la possibilité la plus importante de distanciation physique adéquate ; une participation communautaire efficace et une communication durant tout le processus ; des installations de lavage des mains et sanitaires ; des allocations ou des produits de première nécessité, des soins de santé et une aide psychosociale. La mise en œuvre devra être surveillée par les communautés et adaptée le cas échéant.

Qu'est-ce que le blindage ?

Le blindage ou la protection des personnes présentant un risque élevé de souffrir de complications de la COVID-19 vise à réduire le nombre de cas graves et de décès parmi la population en limitant le contact entre les individus à risque élevé et les individus à risque moins élevé. L'objectif du blindage est d'alléger la pression imposée sur le système de santé. Ceci est particulièrement important dans le cas des PRFI.¹ Cela est également susceptible de protéger les individus présentant un risque élevé de souffrir de graves complications de la COVID-19, tout en permettant à l'ensemble de la population de poursuivre ou de reprendre un certain niveau d'activité économique et sociale. Dans ce cas de figure, un certain degré d'immunité peut être atteint parmi la population générale avant le déploiement d'un vaccin.^{2,3} Les individus à risque élevé seraient séparés de la population générale et logés dans des « zones vertes », au niveau du foyer, du « quartier » ou communautaire.^{4,3} Pour être efficace, le blindage doit être largement accepté et mis en œuvre, avec peu de contact entre les personnes isolées et celles non isolées, et sans contact accru parmi les personnes isolées.²

Il convient de noter que tandis que le blindage en œuvre dans les pays à revenu élevé tels que le Royaume-Uni,⁵ où elle a fait partie de l'approche de pré-confinement, il s'est poursuivi pendant le confinement et peut être considéré comme faisant partie d'une stratégie de sortie, il n'a pas été testé dans les PRFI.³ Une étude de modélisation réalisée par la LSHTM à Maurice, au Nigeria et au Niger a révélé des conséquences plus faibles de la distanciation générale et des conséquences plus importantes de l'isolement, mais indiquait que les conclusions pouvaient ne pas être représentatives d'autres régions d'Afrique. L'étude a révélé qu'une réduction des contacts à hauteur de 80 % entre les personnes à risque élevé et les personnes à faible risque pour 80 % des personnes à risque élevé était nécessaire pour que la mesure soit efficace. On ne sait pas si c'est faisable.² Néanmoins, si elle est mise en œuvre de manière appropriée, l'isolement, associé à d'autres mesures de santé publique, pourrait contribuer à sauver des vies. Sa pertinence et sa faisabilité doivent être considérées par les gouvernements. Elle est susceptible d'être plus efficace et mieux acceptée dans certains contextes que dans d'autres. Certains PRFI ont déjà mis en œuvre ce qui peut être décrit comme une forme limitée d'isolement, dans le cadre de laquelle l'on demande aux groupes à risque élevé de rester chez eux, associée à divers niveaux de restrictions de déplacement pour l'ensemble de la population (par exemple, en Bolivie⁶, en Turquie⁷), mais sans CPI et mesures de distanciation stricts au sein des zones vertes, tel qu'il est proposé par les modèles décrits dans la présente note stratégique.

Les raisons qui motivent le blindage des personnes à risque élevé dans les PRFI

Les gouvernements de certains pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) cherchent des alternatives aux mesures de distanciation physique ou aux confinements à grande échelle actuellement mis en œuvre dans de nombreux pays à travers le monde.^{8,9} Les restrictions strictes imposées sur les déplacements et les rassemblements, associées à un dépistage généralisé et une augmentation de la capacité des hôpitaux, semblent avoir ralenti la propagation du virus dans les pays qui s'efforcent d'éradiquer la COVID-19 (bien que l'ampleur des conséquences à long terme ne soit pas connue).¹⁰ La modélisation suggère que de nombreuses vies peuvent être sauvées grâce à des mesures de distanciation physique efficaces associées à la mise en œuvre d'autres mesures de santé publique.¹¹ Toutefois, il est de plus en plus reconnu que les coûts inhérents à des confinements stricts dans les pays à revenu faible et intermédiaire en Afrique, en Asie et en Amérique latine sont susceptibles de l'emporter sur les avantages, et ce, pour plusieurs raisons.^{12,13,14,15}

Pour quelles raisons les mesures de distanciation physique à grande échelle sont-elles susceptibles d'être irréalisables et contreproductives dans les PRFI ?

- La plupart des modèles de maladie à ce jour ont été fondés sur des données et des hypothèses pertinentes aux pays à revenu élevé. Les facteurs tels que la répartition en fonction de l'âge, la densité de population, le taux de mélange intergénérationnel et la prévalence de problèmes de santé sous-jacents, ainsi que la capacité de dépistage et la capacité de fournir des soins intensifs et un soutien social, varient de manière significative entre les pays à revenu élevé, intermédiaire et faible, et entre les PRFI.¹⁶ La démographie, la capacité du système sanitaire et les conditions socioéconomiques détermineront si un confinement strict ou une stratégie alternative sont réalisables ou appropriés au sein de chaque contexte.¹⁷ Par conséquent, **les politiques considérées comme étant appropriées par les pays à revenu plus élevé sont susceptibles de ne pas être adaptées à de nombreux PRFI.**
- L'un des objectifs de la distanciation physique consiste à réduire le nombre de personnes nécessitant un traitement à tout moment, de manière à ne pas saturer le système de santé.¹⁸ Dans les pays où **le système de santé est déjà surchargé**, ou au sein desquels il est impossible d'augmenter rapidement la capacité de soins intensifs, des restrictions de déplacement généralisées sont susceptibles de ne pas s'avérer utiles.^{12,19} Bien que cela n'ait pas été clairement établi, les populations les plus jeunes des PRFI sont susceptibles de remettre davantage en cause les avantages de confinements, dans la mesure où il existe une association entre la

gravité de la COVID-19 et l'âge.^{17,19} Toutefois, les confinements peuvent faire gagner du temps pour améliorer la capacité des services de santé public, comme par exemple pour améliorer des mesures de CPI au sein des établissements pour protéger le personnel de santé, pour renforcer la capacité de dépistage et de recherche des contacts, s'il s'agit encore des premiers stades de la flambée épidémique, ou pour développer un vaccin ou un traitement (objectifs à long terme).

- Tandis que les mesures de distanciation physique contribuent à limiter la transmission et à réduire la vitesse de propagation de la maladie parmi la population, elles peuvent également ralentir le rythme auquel une population est susceptible de développer un certain degré d'immunité. L'immunité à long terme contre la COVID-19 n'a pas encore été démontrée et il convient de souligner qu'**une série de mesures de santé publique doivent être maintenues pour réduire ou stopper la transmission**. La modélisation inhérente au Royaume-Uni et aux États-Unis indique qu'une politique minimale pour une éradication efficace inclurait des mesures de distanciation physique à l'échelle de la population, le blindage des cas et la mise en quarantaine de leurs proches, ainsi que la fermeture des écoles et des universités.¹⁰ Si les mesures sont levées trop tôt, des flambées épidémiques ultérieures peuvent survenir.^{20,11,10} Tandis que l'on espère que les pays à revenu élevé seront en mesure de faire face aux conséquences d'un confinement prolongé, les coûts socioéconomiques à court et long terme seront probablement trop importants pour la majorité, voire pour l'ensemble, des PRFI.
- L'impact généré par des restrictions de déplacement strict sur les économies des PRFI ainsi que les **conséquences socioéconomiques et sanitaires négatives** sur les individus seront significatifs. Ce sont les populations les plus démunies et celles qui survivent au quotidien dans l'économie informelle qui en pâtiront le plus. Les mesures de distanciation peuvent engendrer l'appauvrissement et la faim, des troubles sociaux et une résistance aux mesures, une tactique d'application oppressive et des détentions, ainsi que des décès supplémentaires d'autres maladies non liées à la COVID-19.^{12,21,3} Elles peuvent également avoir l'effet contraire à celui escompté, par exemple, tandis que des travailleurs migrants ayant perdu leur emploi quittent les centres urbains en masse pour retourner dans leurs zones rurales.¹⁶

Dans les communautés surpeuplées ou les camps au sein desquels l'assainissement n'est pas suffisant, le taux de transmission de la COVID-19 est susceptible d'être beaucoup plus élevé que celui enregistré dans les pays à revenu élevé.²² Cela signifie que les **mesures de distanciation physique doivent atteindre des niveaux de conformité très élevés** afin de réduire la transmission de manière significative.^{12,3} Il n'existe actuellement aucune donnée de modélisation suffisante pour éclairer ces mesures de distanciation.²³ Les nombreux facteurs qui influencent le respect des mesures de distanciation au sein des PRFI, avec une référence spécifique à l'Afrique de l'Est et à l'Afrique australe, sont abordés dans une [note stratégique précédente de la SSHAP](#).²¹

Quelles sont les alternatives disponibles ?

Lorsqu'il est impossible de maintenir des mesures de distanciation physique jusqu'à ce qu'un vaccin soit disponible, les pays peuvent opter pour des interventions visant à réduire la mortalité en protégeant les individus à risque élevé tout en autorisant les individus à faible risque à poursuivre leurs activités habituelles. Cela pourrait éventuellement permettre d'atteindre l'immunité à l'échelle de la population tout en réduisant les conséquences socio-économiques désastreuses de mesures de distanciation prolongées.² Il peut s'agir de l'approche la plus efficace lorsque les taux de transmission de maladies infectieuses (le nombre de personnes infectées par cas) sont plus élevés.²⁰ Cette approche pourrait également être envisagée dans le cadre de stratégies de sortie pour les pays ayant actuellement décrété des confinements stricts. Une série de mesures peuvent être préconisées par les gouvernements et, doivent, idéalement, tenir compte des réalités sociales, politiques et économiques locales. La faisabilité relative et l'efficacité potentielle de leur mise en œuvre doivent être prises en compte, y compris les manières dont les individus sont susceptibles de réagir vis-à-vis des mesures.¹⁰ Le CDC Afrique demande aux pays de répondre à plusieurs questions avant de mettre en œuvre des politiques. Entre autres : Les mesures sont-elles adaptées au stade de la flambée épidémique dans le pays ? De quelle manière les mesures auront-elles des conséquences sur le bien-être global du pays ? Le pays est-il préparé aux conséquences sociales et économiques de ces mesures ? Les mesures vont-elles entraver le soutien fourni par la préparation et les partenaires de la riposte ? Quels critères seront utilisés pour mettre un terme aux mesures ?

L'ensemble de mesures adoptées peuvent inclure des mesures d'intervention en matière de santé publique éprouvées telles que le blindage des individus symptomatiques, la recherche des contacts, le dépistage et la mise en quarantaine des contacts (dans la mesure du possible), ainsi que des politiques de distanciation physique à divers degrés (les mesures incluent le recours à des salutations sans contact ; le maintien d'une distance donnée entre les individus ; le confinement à domicile, la fermeture des écoles, des lieux de travail et des lieux de culte ; l'annulation des rassemblements de masse, tels que les festivals et les événements sportifs ; et l'interdiction des transports en commun) et des stratégies de prévention alternatives comme par exemple le port du masque par les personnes infectées ou potentiellement infectées, l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement, la mise en œuvre de campagnes d'informations, et une protection ciblée des personnes les plus à risque de maladie grave ou de décès si elles contactent la COVID-19.^{2,4,26,16} En parallèle, d'autres services de santé de base, comme par exemple la vaccination, la lutte antipaludique ainsi que la santé reproductive, maternelle et infantile, doivent être protégés, et des aides alimentaires et financières d'urgence doivent être fournies aux personnes tenues de rester à domicile.^{12,16} Une étude de modélisation réalisée par la LSHTM suggère qu'une approche à trois niveaux impliquant le blindage des personnes symptomatiques, une distanciation physique modérée, et le confinement permettra de réduire sensiblement les taux de mortalité dans les pays africains.² Concernant le continent africain, il a également été suggéré que le blindage pourrait constituer un élément (démographique) d'une stratégie de reprise, ainsi qu'une dimension géographique (lever les mesures en premier lieu dans les régions ou les villes présentant de faibles taux de transmission) et une dimension économique (reprise en premier lieu des secteurs présentant le risque de contagion le plus faible).¹ Une autre étude de modélisation a suggéré que, lorsque cela s'avérait réalisable et efficace, des confinements de deux mois à l'échelle du pays étaient susceptibles d'éliminer et de retarder temporairement l'épidémie, ce qui permet aux pays de planifier et de mobiliser des ressources.¹

Qui doit être isolé de la COVID-19 dans les PRFI ?

Les catégories de population considérées comme présentant le risque le plus élevé de souffrir de complications de la COVID-19 sont les personnes âgées et les individus ayant des problèmes de santé sous-jacents.²⁷ Les critères inhérents à la mesure de blindage sont susceptibles de varier selon la démographie et la présence de problèmes de santé sous-jacents parmi les populations.¹ Toutefois, des décès de la COVID-19 sont survenus parmi tous les groupes d'âge, y compris parmi les individus qui semblaient ne pas avoir eu d'autres problèmes de santé. Par conséquent, les critères d'inclusion représenteront un compromis entre la faisabilité et la protection de tous les individus

susceptibles de présenter un risque.³ Des chercheurs du groupe de travail CMMID COVID-19 de la LSHTM ont développé un outil qui peut être utilisé pour procéder à une évaluation rapide du nombre de personnes à cibler dans le cadre de plusieurs politiques d'isolement, qui permet l'inclusion et l'exclusion de différents problèmes de santé et groupes d'âge.²⁸ Lorsqu'une politique est mise en œuvre, les individus qui répondent aux critères sélectionnés peuvent être identifiés par l'intermédiaire d'une procédure communautaire et de programmes existants^{3,1}

Les personnes âgées

Des données en provenance de Chine et du navire de croisière Diamond Princess révèlent que le risque de gravité de la COVID-19 augmente rapidement avec l'âge, néanmoins les populations plus jeunes peuvent également être vulnérables, tel que l'indiquent des données en provenance d'Indonésie.²⁹ Les personnes âgées de plus de 70 ans sont les plus à risque, bien que dans les PRFI, il peut s'avérer plus approprié d'attribuer l'âge à risque élevé à plus de 60 ans en tant qu'indicateur significatif de la vieillesse, ou à 50 ans afin d'identifier un nombre plus important des nombreuses personnes atteintes de maladies non transmissibles (MNT) non diagnostiquées.^{1,2} L'âge approprié pour commencer le blindage dépendra du pays et est susceptible de varier au sein d'un même pays ; par exemple, un seuil d'âge inférieur peut être plus approprié dans un camp de réfugiés ou un contexte de crise que dans un environnement urbain à revenu élevé au sein du même pays.^{3,4} Des approches d'isolement à plusieurs niveaux peuvent être appropriées dans certains contextes. Par exemple, il conviendrait d'aider les personnes d'âge moyen à risque modéré à prendre des mesures de distanciation partielle, par exemple en effectuant du télétravail.²

Personnes souffrant de problèmes de santé sous-jacents

Il a été estimé qu'à l'échelle mondiale une personne sur cinq souffre de problèmes de santé qui la rendent davantage vulnérable aux complications graves de la COVID-19. Dans la plupart de ces cas, en particulier dans les PRFI, la maladie ne sera ni diagnostiquée ni traitée.²⁸ L'OMS établit que les individus présentant un risque plus élevé de contracter une forme grave de COVID-19 sont les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, de diabète, de maladies respiratoires chroniques et de cancer.²⁷ Outre ces groupes, le gouvernement britannique a préconisé le blindage pour les receveurs de greffes d'organes solides, les personnes atteintes de maladies rares et d'erreurs innées du métabolisme qui augmentent de manière significative le risque d'infections, les personnes qui suivent des traitements d'immunosuppression suffisants pour augmenter considérablement le risque d'infection, ainsi que les femmes enceintes souffrant d'une grave maladie cardiaque.⁵ Dans leurs directives sur le blindage dans des camps, la LSHTM préconise d'isoler les individus souffrant d'hypertension, de diabète, de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires chroniques (par exemple, BPCO, asthme), d'insuffisance rénale chronique, de cancer (leucémie, lymphome, myélome ou les personnes qui suivent actuellement ou ont récemment suivi un traitement de chimiothérapie pour un type de cancer), de VIH non traité, de tuberculose (TB),³⁰ de maladies graves d'immunodéficience, de drépanocytose (à l'exception du trait drépanocytaire), ou qui suivent un traitement immunosuppresseur pour toute autre raison, d'hépatite B et C.³ Bien qu'à ce jour, il existe peu de preuves, l'on estime que les personnes qui vivent avec le VIH et reçoivent un traitement efficace, ne sont pas exposées à un risque plus élevé de complications graves, bien que cela ne soit pas susceptible d'être le cas pour les personnes qui ne reçoivent pas de traitement.³¹ Dans la mesure où il n'existe aucune preuve selon laquelle la grossesse est associée à un risque accru de graves complications de la COVID-19, il est suggéré que seules les femmes enceintes qui souffrent de problèmes de santé sous-jacents ou de malnutrition aiguë doivent être isolées au sein des camps.³ Il n'existe aucune preuve selon laquelle la malnutrition aiguë en elle-même contribue à augmenter les risques de graves complications,³ bien que dans certains cas, il peut être conseillé d'inclure les adultes souffrant de malnutrition.^{14,4}

Il convient de noter que les preuves de complications liées à la COVID-19 parmi les individus souffrant de comorbidités sont encore récentes, de sorte que toute liste de maladies à risque élevé est préventive et doit être adaptée au vu de nouveaux éléments de preuve. Les listes devront être spécifiques au contexte. Il peut exister des différences dans la prévalence selon l'âge des problèmes de santé sous-jacents entre et au sein des pays.² Par exemple, la TB et le VIH sont beaucoup plus répandus en Afrique qu'en Chine, et ces maladies affectent des groupes d'âge relativement jeunes. Alors qu'il a été affirmé qu'en Afrique, la population plus jeune dans son ensemble était moins susceptible d'engendrer de graves complications nationales liées à la COVID-19,²⁶ la différence dans la prévalence de comorbidité pourrait en réalité générer une gravité plus élevée de la maladie dans sa globalité et davantage de cas plus graves parmi les jeunes.² Il existe encore très peu de données relatives à la manière dont les risques associés aux comorbidités sont susceptibles de varier au sein de différents groupes de populations ou contextes.³² Il est probable qu'il existe des différences entre les populations de pays à revenu élevé et de pays à faible revenu, ainsi qu'entre les zones rurales et urbaines, et entre les camps et établissements informels. Lors de la conception de politiques d'isolement, les gouvernements devront évaluer leurs propres populations et adapter les approches aux contextes spécifiques.

De quelle manière les groupes à risque élevé pourraient-ils être isolés dans les PRFI ?

Plusieurs options ont été suggérées concernant le blindage des individus à risque élevé, tel qu'il est indiqué ci-dessous. Il est essentiel de répéter qu'à la connaissance des auteurs, ces approches spécifiques n'ont pas été documentées dans un pays à faible revenu. Cette analyse ne se veut pas exhaustive. Il peut y avoir d'autres modèles d'isolement alternatifs qui n'ont pas encore été considérés et sont plus appropriés dans certains contextes.

Idéalement, lorsqu'une compréhension partagée des principes d'isolement est établie, les autorités locales et les membres de la communauté devraient être encouragés par le biais de mesures d'apprentissage et d'action participatives à concevoir des modèles d'isolement créatifs, innovants et réalisables au niveau local fondés sur les pratiques locales existantes. Dans tous les cas, aucune intervention unique n'est susceptible d'être adaptée à tous les pays à revenu faible ou intermédiaire.⁴ Le choix de l'intervention doit être effectué selon la faisabilité, l'efficacité et l'acceptation communautaire éventuelles des mesures.¹⁰ Le choix approprié variera selon le contexte socioculturel et géographique spécifique, et doit être effectué en collaboration avec la communauté. Les facteurs à prendre en compte incluent les considérations culturelles et les pratiques correspondantes locales, l'organisation sociale, les caractéristiques de l'établissement physique, ainsi que les risques en matière de sûreté et de sécurité, tout en accordant une attention particulière aux principales exigences en matière de prévention des infections.³ Le blindage devrait être réalisé dans le cadre d'une stratégie plus importante qui inclut également d'autres interventions réalisables et appropriées au niveau local, comme par exemple l'auto-isolement

pour les individus symptomatiques, la limitation de l'utilisation des transports en commun, la réduction des rassemblements de masse, et, au minimum, la promotion et la facilitation du lavage des mains et le maintien de traitements contre d'autres problèmes de santé.⁴ Une fois mises en œuvre, il convient de surveiller l'efficacité des mesures, d'évaluer leur pertinence continue selon des hypothèses de modélisation réalistes, et de mettre en œuvre un changement de cap s'il y a lieu.⁴ Les étapes suivantes doivent être envisagées.

1. Participation des communautés

Le blindage sera uniquement réalisable et efficace si les communautés acceptent les mesures. Deux éléments sont essentiels pour que cela soit le cas : 1) Les communautés doivent être clairement informées des buts et des principes de l'isolement, des critères d'inclusion suggérés et des éventuelles options, ainsi que du degré d'urgence et de risque et des conséquences potentielles en cas d'infection.³ Des principes généraux de communication en matière de risque doivent être suivis.^{33,34} Dans un premier temps, il peut être approprié d'aborder le blindage en tant que concept avec des intervenants ou des dirigeants communautaires de confiance plutôt qu'avec la communauté dans son ensemble. Les dirigeants et personnalités influentes locaux doivent être identifiés et impliqués de manière proactive pour communiquer ces messages à leurs communautés.^{1,13} Il convient de noter que les communautés ne sont pas nécessairement homogènes, liées ou socialement solidaires, et que les autorités formelles et informelles peuvent se disputer la légitimité.^{35,36,37} Par conséquent, une cartographie minutieuse et localement éclairée est nécessaire afin de collaborer de manière appropriée et pertinente avec les communautés. 2) Les communautés doivent être encouragées à concevoir, planifier, mettre en œuvre et surveiller les mesures d'isolement réalisables et acceptables au niveau local. Les gouvernements et les partenaires de la riposte doivent ensuite fournir un soutien continu à la mise en œuvre.^{2,3}

La communication avec les communautés doit se poursuivre durant toutes les étapes de l'isolement, et les membres de la communauté reconnus doivent être impliqués dans l'ensemble des décisions inhérentes à la mise en œuvre et à la conception.³ Des efforts doivent être déployés pour collaborer par le biais d'organisations communautaires ou de quartier existantes, d'intervenants de la société civile, de réseaux d'agents sanitaires communautaires ou de bénévoles de la Croix-Rouge / du Croissant-Rouge. Le cas échéant, des comités de services sociaux spécifiques pourraient être établis afin de communiquer des informations relatives à l'isolement, de faciliter la prise de décisions relatives à la mise en œuvre, de coordonner la fourniture de produits de première nécessité, d'enregistrer les résidents en zone verte, et de surveiller le respect et l'efficacité.^{3,4} Les membres de ces comités doivent être bien admis et respectés au sein de leurs communautés, et bénéficier d'un accompagnement pour remplir ce rôle, y compris les informations et ressources adéquates.³

Une partie du processus consistant à collaborer avec les communautés au sujet du blindage doit inclure la compréhension des interventions de protection communautaires existantes. Les précédentes flambées épidémiques du virus Ébola survenues en Afrique ont révélé des stratégies communautaires préexistantes en matière de mise en quarantaine ou d'isolement de membres de la communauté face à des flambées épidémiques de maladies infectieuses.^{39,40,37} Bien qu'il existe peu de précédents documentés pour le blindage des populations à risque élevé de manière spécifique, ces interventions communautaires pourraient s'appuyer sur et être adaptées pour tenir compte de l'isolement. Il existe également des pratiques établies au sein de contextes socioculturels pour accorder un respect et des soins particuliers aux personnes âgées, et pour attribuer les responsabilités inhérentes aux soins en cas de maladies infectieuses à des survivants avérés. Les pratiques existantes pertinentes doivent être identifiées et exploitées dans le cadre d'approches d'apprentissage et d'action participatives. Parmi les exemples de situations dans le cadre desquelles cela s'est produit dans d'autres contextes sanitaires : les approches de l'« action contre Ébola menée par la communauté (CLEA) »⁴¹ développées en Afrique de l'Ouest et les approches de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC)⁴² utilisées dans de nombreux pays.

À l'inverse, il existe des exemples de cas où les gouvernements ou les partenaires de la riposte n'ont pas collaboré avec des figures d'autorité locales reconnues ni identifié des stratégies d'adaptation existantes. Cela a contribué au fait que les mesures de santé publique soient mal comprises ou perçues comme étant coercitives, et, par conséquent, rejetées. Un exemple survenu lors de la flambée épidémique du virus Ébola au Liberia a engendré la circulation de fausses informations, a contribué à accroître la méfiance à l'égard de la riposte, et à compromettre la mobilisation sociale et les mesures de riposte.⁴³

2. Identification des personnes devant être isolées

Une fois que l'idée de le blindage a été abordée et généralement acceptée, les membres de la communauté pourraient procéder à l'identification des individus à risque élevé qui doivent être isolés. Le processus pourrait être facilité par des organisations communautaires existantes ou des comités spécialement formés, et l'on pourrait aider les foyers à identifier les membres qui répondent aux critères. Les individus pourraient également s'auto-identifier ou choisir de s'isoler de manière confidentielle, en raison des sensibilités relatives à la vie privée et à l'état de santé. Les individus doivent être isolés à titre volontaire,^{1,3} et les informations relatives à leur état de santé ne sont divulguées qu'avec leur consentement.

3. Sélection de l'approche

Trois niveaux d'isolement ont été proposés : ménage, rue ou famille élargie, et communauté ou quartier.⁴ Des niveaux similaires s'appliquent aux camps de réfugiés ou PDI ou aux établissements semblables à des camps : ménage, bloc et secteur.³ Le niveau approprié dépend du contexte, comme indiqué, et une combinaison de niveaux pourrait être utilisée simultanément. À chaque niveau, une discussion doit avoir lieu avec les membres de la communauté afin d'établir une compréhension partagée des principes. Un processus d'apprentissage et d'action participatives pourrait ensuite s'ensuivre pour les développer et les mettre en œuvre de manière réalisable et adaptée aux circonstances locales.

Niveau du foyer : Les membres du foyer pourraient identifier une partie de l'habitation qui serait réservée exclusivement à(aux) individu(s) à risque élevé. Des mesures strictes devraient être appliquées afin de maintenir une distance entre les membres du foyer à risque élevé et ceux à faible risque. Cette approche serait la plus réalisable pour les logements dotés de plusieurs pièces, et il ne s'agit qu'une petite étape de la mise en quarantaine à domicile ou des mesures de « confinement » déjà mises en œuvre dans de nombreux pays. Il est plus probable qu'elle soit réalisable pour les familles ayant des revenus plus élevés que pour celles qui vivent dans des conditions de surpeuplement ou au sein d'établissements informels. Il peut également y avoir peu d'incitation à maintenir un respect strict en l'absence de mise en œuvre externe ou communautaire.⁴

Niveau rue, famille élargie ou bloc : Les membres de foyers voisins ou de famille élargie pourraient temporairement « échanger » les logements, en rassemblant les personnes à risque élevé au sein d'une zone verte désignée.⁴ Chaque zone verte pourrait inclure des

personnes valides à risque élevé qui fourniraient des soins et une aide à d'autres résidents nécessitant une assistance ; ou, le cas échéant, des aidants à faible risque pourraient loger dans la zone verte pour aider, sans aucun déplacement en dehors de la zone verte.^{3,4} Cette option est plus susceptible de fonctionner lorsque les dispositions sont prises au sein des familles, et lorsque les résidents et les aidants de la zone verte sont de la même famille élargie ou, au minimum, des personnes familiales et fiables.^{3,4} Il s'agit d'une option pour les personnes ne disposant pas de logements à plusieurs pièces. Les mesures de distanciation physique devraient être appliquées rigoureusement au sein de la zone verte afin d'éviter toute transmission parmi le groupe à risque élevé.⁴

Niveau communauté, quartier ou secteur de camp : des parties d'un établissement pourraient être réservées aux groupes d'individus à risque élevé. Tous les services au sein de la zone verte pourraient être fournis par des personnes vivant dans cet établissement, qu'il s'agisse de personnes valides à risque élevé, ou de d'aidants à faible risque qui vivent sur place et ne quittent pas la zone verte.³ Cette option est susceptible d'être la plus adaptée aux camps, au sein desquels les acteurs humanitaires peuvent fournir des services de soutien. Une limite importante de cette option est le risque élevé de graves complications dans le cas où un individu, au sein de la zone verte, était infecté. Des mesures de CPI et de distanciation physique strictes devraient être suivies au sein de la zone verte, outre le fait de garantir une absence de contact ou un contact limité avec les personnes qui vivent en dehors de la zone verte.⁴

4. Identification des zones vertes

Des lieux d'isolement à tous les niveaux susceptibles d'être équipés et pris en charge de manière adéquate par les autorités locales pertinentes ou les intervenants communautaires, gouvernementaux ou humanitaires doivent être identifiés. Cette approche ne requerrait pas nécessairement la construction de nouveaux logements, mais utiliserait les locaux existants.³ Idéalement, les zones vertes ne devraient pas être entourées de barrières physiques spécifiques, dans la mesure où cela est susceptible de créer une perception d'isolement forcé et d'augmenter la stigmatisation. Pour faciliter la distanciation physique au sein de la zone verte, ces espaces devraient fournir autant d'espace par personne que possible, et idéalement prévoir des espaces de couchage séparés et être dotés de toilettes et d'installations sanitaires.³ Il conviendrait d'envisager l'endroit où seront placés les résidents qui commencent à montrer des symptômes associés à la COVID-19, en particulier dans le cas où les ressources ne permettent pas un dépistage immédiat. Idéalement, un espace dédié pourrait être réservé aux individus symptomatiques au sein de la zone verte, sans aucune possibilité de contact avec d'autres résidents de la zone verte. Lors de l'identification des espaces appropriés pour l'isolement, une attention particulière devra être accordée aux individus socialement vulnérables, comme par exemple les enfants ayant des problèmes de santé sous-jacents, les personnes souffrant de démence ou d'autres troubles mentaux, et les victimes de violence sexuelle, physique ou autre, et de veiller à ce que leur protection soit maintenue.³ Des zones vertes réservées aux hommes et aux femmes peuvent être appropriées, ou des zones réservées aux enfants et aux personnes qui les accompagnent.³ Les personnes atteintes de tuberculose active doivent être isolées séparément afin d'éviter toute transmission aux autres résidents.⁴

5. Préparation des « zones vertes » et de la communauté

Il convient de fournir aux membres de la communauté, aux aidants et aux individus identifiés comme étant à risque élevé des informations et une assistance quant à la manière de respecter les mesures de CPI et l'hygiène au sein des zones vertes et comment s'occuper d'une personne isolée. Avant d'accueillir des résidents au sein d'une zone verte, les espaces de vie, les toilettes, les douches, les meubles et les articles ménagers doivent idéalement être entièrement nettoyés. Les individus à risque élevé pourraient être enregistrés et des dispositions de logement pourraient être cartographiées et constamment mises à jour afin de fournir les produits de première nécessité, articles d'hygiène et services d'aide adéquats, et de permettre la surveillance de la maladie et le blindage immédiat des résidents présentant des symptômes de COVID-19 et de surveiller l'efficacité et la faisabilité continue de l'approche. Dans le cas où des individus à risque élevé ou des membres de leur foyer présentent des symptômes associés à la COVID-19, ils doivent attendre que les symptômes disparaissent avant de déménager au sein de la zone verte.³

6. Gestion des CPI et de l'hygiène

Tout doit être mis en œuvre pour minimiser le contact entre les individus à risque élevé et ceux à faible risque. Concernant le blindage au niveau du foyer et de la rue, les personnes non isolées ne doivent pénétrer au sein de la zone verte qu'en cas d'absolue nécessité (par exemple, en cas d'urgence), et doivent ensuite respecter les consignes de lavage des mains et de distanciation. Des interactions peuvent avoir lieu à travers des portes ou des fenêtres à une distance de sécurité, et les articles de première nécessité doivent être laissés à la porte. Concernant le blindage au niveau communautaire, tandis que la limite de la zone verte ne doit pas être physique, un point d'entrée unique doté d'installations de lavage des mains peut être désigné. Des articles pourraient être échangés à travers ce point. Une zone de rencontre pourrait être aménagée à proximité de ce point d'entrée, au sein de laquelle les visiteurs et les résidents pourraient interagir à une distance de sécurité de deux mètres minimum, et où des soins de santé ambulatoires pourraient être dispensés.⁴ Un nombre maximum de visiteurs à la fois pourrait être déterminé, et les visiteurs seraient tenus de se laver les mains avant d'accéder à la zone de rencontre. Les articles présents à l'intérieur de la zone de rencontre, tels que les chaises, devraient être nettoyés après chaque utilisation. Les résidents seraient tenus de ne pas sortir de la zone verte, excepté pour des soins médicaux essentiels, et devraient respecter les mesures de distanciation physiques lorsqu'ils sont en dehors, et se laver les mains avant d'entrer à nouveau.

Le contact parmi les membres de la population isolée devrait également être minimisé autant que possible. Les zones vertes devraient être aussi spacieuses que possible afin de permettre une distance physique adéquate. Il conviendrait de permettre un lavage des mains fréquent et méticuleux, en fournissant un accès ininterrompu à l'eau et au savon, encouragé par le biais d'une communication appropriée. Des installations sanitaires devraient également être mises à disposition au sein de la zone verte au niveau communautaire. Au niveau du foyer ou de la rue, les individus à risque élevé doivent être en mesure d'accéder à des installations sanitaires seuls ou avec un aidant, et les installations devraient idéalement être nettoyées avant qu'ils n'y accèdent. Les produits d'entretien nécessaires, tels que l'eau de javel, devraient être mis à disposition afin de s'assurer que les résidents maintiennent les zones vertes propres à tout moment.³ Un dispositif d'alerte devrait être établi afin de signaler immédiatement tout résident de la zone verte qui commence à présenter des symptômes associés à la COVID-19. Les résidents symptomatiques doivent quitter la zone verte ou être isolés au sein d'un espace désigné identifié durant la phase de conception et, le cas échéant, subir un test de dépistage de la COVID-19 et référés dans un lieu approprié. La communauté devrait participer à la conception du dispositif d'alerte et de riposte, qui devrait impliquer un signalement oral à un agent sanitaire communautaire ou à un membre du comité d'aide sociale, par téléphone ou SMS.³

7. Garantie de la fourniture d'articles de première nécessité, de soins de santé et d'une aide psychosociale

Les gouvernements, avec l'assistance des partenaires de riposte et humanitaires, doivent s'assurer que les résidents contraints du blindage ont accès à une aide financière, aux denrées alimentaires, à l'eau, au savon, aux produits d'entretien y compris l'eau de javel pour nettoyer les surfaces des espaces communs, aux soins médicaux, et à d'autres services de première nécessité.^{44,4} Les groupes communautaires, les dirigeants locaux et les agents sanitaires pourraient avoir un rôle central dans la fourniture de cette assistance.¹ Des soins médicaux, ainsi qu'une aide psychosociale, pourraient être dispensés par des cliniques mobiles. Dans le cas où les résidents sont contraints de se rendre dans un établissement de santé situé en dehors de la zone verte, tout doit être mis en œuvre pour minimiser le contact avec des personnes non isolées, et respecter les mesures de CPI et de distanciation strictes. Des soins à domicile peuvent être dispensés autant que possible afin d'éviter une admission à l'hôpital.³ Pour garantir le bien-être psychosocial des résidents, une interaction sociale avec des proches et des amis doit être maintenue, tout en appliquant des mesures de CPI strictes.³ La Turquie est l'exemple d'un pays qui fournit des services de première nécessité aux personnes âgées (de plus de 65 ans), qui sont tenues de rester à domicile. Des bénévoles et des agents de police font du porte-à-porte pour s'assurer que les résidents ont accès aux services dont ils ont besoin. Des centres d'appel ont été établis dans chaque quartier, que les personnes âgées peuvent appeler pour solliciter la livraison de produits alimentaires, de produits pharmaceutiques ou la délivrance de leur pension mensuelle. Des bénévoles sont chargés de retirer les fonds de retraite et de les remettre aux bénéficiaires à domicile. La police fournit gratuitement à la population des masques et du gel hydroalcoolique.⁴⁵

8. Développement d'une stratégie de sortie

Les individus à risque élevé devront être isolés pendant une période prolongée : 1) jusqu'à ce qu'un vaccin ou qu'un traitement efficace deviennent largement disponibles ; 2) jusqu'à ce que la capacité des hôpitaux soit augmentée aux niveaux requis ; et/ou 3) jusqu'à ce que la flambée épidémique locale diminue en raison du contrôle de l'infection ou de l'atteinte de l'immunité collective parmi la population non isolée.³ Dans la mesure où le blindage sera difficile à maintenir à long terme, un plan doit être mis en œuvre pour mettre un terme à la mesure dès que la sécurité le permettra. Il sera difficile de surveiller le terme de la flambée épidémique s'il n'est pas possible de procéder à des tests à grande échelle. Des études sérologiques peuvent fournir des informations relatives à l'évolution d'une épidémie, mais uniquement lorsque les tests sont extrêmement spécifiques et sensibles. Dans le cas contraire, il est possible de surveiller les symptômes parmi l'ensemble de la population, et d'établir des seuils pour lever l'isolement, comme par exemple un certain délai sans cas présumés dans un rayon géographique donné.⁴ Toutefois, se concentrer sur les symptômes peut s'avérer problématique, en raison de la prévalence d'autres infections respiratoires au sein de nombreuses communautés, souvent associées avec une taux persistante causée, par exemple, par la cuisson au charbon de bois à l'intérieur.⁴⁶

Quelles sont les difficultés liées au blindage dans les PRFI et de quelle manière peuvent-elles être surmontées ?

De nombreuses difficultés liées à le blindage des individus à risque élevé dans les pays à faible revenu seront similaires à celles inhérentes à la distanciation physique (voir [note stratégique de la SSHAP précédente](#)).²¹ Dans les pays à faible revenu et à revenu élevé, ce sont les personnes les plus démunies qui présentent le risque le plus élevé de complications graves de la COVID-19, dans la mesure où elles portent le plus lourd fardeau de problèmes de santé sous-jacents et ont le moins accès à des soins de santé de qualité.⁴⁸ Dans de nombreux cas, ces groupes sont également constitués de minorités ethniques ou de populations indigènes, qui disposent souvent de peu de ressources et sont davantage susceptibles d'avoir des problèmes de santé sous-jacents que leurs populations majoritaires.^{49,50,51,52} Par exemple, au Royaume-Uni, il a été révélé que les personnes d'origine africaine ou asiatique et les groupes de minorités ethniques représentaient un nombre disproportionné des décès de la COVID-19.⁴⁹ Il s'agit également des populations qui auront le plus de mal à pratiquer le blindage pour les raisons suivantes :

Manque d'espace : Au niveau du foyer, de nombreuses familles ne seront pas en mesure d'attribuer une pièce indépendante aux individus à risque élevé. Le nombre moyen de personnes partageant une pièce pour dormir dans les PRFI s'élève à 2,4.⁵³ L'on estime qu'environ un milliard de personnes à travers le monde vivent dans des établissements informels, souvent à forte densité, au sein desquels l'on estime que le nombre est plus élevé, entre trois et cinq.⁴⁶ Dans les camps, le manque d'espace est également susceptible de poser problème, et d'empêcher les résidents de maintenir une distance physique entre eux au sein des zones vertes. **Il conviendrait de choisir un modèle d'isolement offrant la possibilité la plus importante en matière de distanciation physique dans des circonstances spécifiques. Lorsqu'il est impossible de maintenir une distanciation adéquate au sein des zones vertes, des mesures supplémentaires devraient être prises afin de fournir des stations de lavage des mains et des articles d'hygiène.**

Absence de revenu : Les personnes âgées et les individus atteints de problèmes de santé sous-jacents contribuent à subvenir à leurs propres besoins et à ceux de leurs familles, en travaillant souvent dans le secteur informel. Leur capacité de rester chez eux dans un contexte où les restrictions imposées sur l'activité économique ont été levées dépendra de l'aide économique et sociale qu'ils sont en mesure de recevoir de la part de proches, et si d'autres aides sont disponibles pour atténuer les difficultés. **La fourniture d'une aide économique ou de produits de première nécessité par les gouvernements, donateurs, bienfaiteurs privés ou communautés sera essentielle pour permettre aux individus à risque élevé de rester chez eux et de pratiquer l'isolement.**⁵³

Responsabilité inhérente à l'exécution de tâches ménagères et à la dispense de soins : Les membres de la famille les plus âgés et ceux atteints de problèmes de santé sous-jacents sont susceptibles de jouer des rôles essentiels au sein de la famille en matière de cuisine, de nettoyage, et de prise en charge des enfants et d'autres membres de la famille. Des données révèlent que dans les PRFI, les personnes âgées de plus de 70 ans vivent en moyenne avec quatre personnes âgées de moins de 70 ans.⁵³ Le fait que les individus à risque élevé soient en mesure de rester confinés dans leur chambre et de cesser tout contact avec les autres membres de la famille dépendra de la structure de leur foyer et de l'aide disponible pour atténuer leurs responsabilités vis-à-vis de ces tâches quotidiennes. Ceci peut être particulièrement pertinent pour les femmes. **De nouveaux types d'aide seront nécessaires de la part de la communauté, de la société civile, des partenaires de la riposte et des gouvernements afin de garantir que les individus à risque élevé contraints du blindage sont concrètement en mesure de le faire. L'importance relative à le blindage devra être communiquée de manière efficace à la communauté, et les familles devront recevoir une assistance afin d'adapter leurs rôles et responsabilités domestiques.**

Manque d'eau, d'assainissement et d'articles d'hygiène : La majorité des foyers dans les PRFI ne disposent pas de toilettes ni de point d'eau à l'intérieur de leur logement ;⁵³ par conséquent, les individus à risque élevé devraient quitter la zone verte pour avoir accès à ces installations. Cela pose également un problème en ce qui concerne le respect des mesures de CPI, comme par exemple le lavage

des mains et le nettoyage des surfaces. Les camps de réfugiés et de PDI manquent souvent d'eau potable, d'assainissement et de savon, et de nombreuses familles doivent partager un nombre limité d'installations.⁵⁴ **Les gouvernements et les partenaires doivent garantir des approvisionnements adéquats en eau, en savon et en produits d'entretien tels que l'eau de javel, et communiquer avec les communautés quant à l'importance de les utiliser. Les partenaires doivent également collaborer avec les communautés afin d'identifier des moyens pour que les individus à risque élevé soient en mesure d'accéder aux installations sanitaires en toute sécurité.**

Risque de transmission à grande échelle avec le blindage communautaire/au niveau sectoriel et en milieu institutionnel : Le modèle communautaire ou sectoriel représente un risque significatif de taux de mortalité élevés si la maladie est introduite dans une zone verte où résident plusieurs personnes vulnérables. Cela a été démontré par les décès survenus dans des structures d'accueil de personnes âgées au Royaume-Uni et dans d'autres pays.⁵⁵ Ces événements pourraient être considérés comme un exemple de mauvaise gestion de l'isolement, et les pays qui envisagent de mettre en œuvre des stratégies d'isolement devraient apprendre de ces erreurs. **Des protocoles stricts visant à minimiser le contact avec les populations non isolées et en matière de distanciation physique doivent être suivis au sein des zones vertes, et des mesures de CPI doivent être mises en œuvre afin de minimiser les risques.³ Les individus symptomatiques doivent être immédiatement isolés dans des zones désignées et, si possible, subir un test de dépistage de la COVID-19.**

Impacts psychosociaux de le blindage : Des études ont révélé que la mise en quarantaine, notamment pendant de longues périodes, pouvait causer des niveaux élevés de détresse psychologique.⁵⁶ C'est probablement également le cas de l'isolement, dans la mesure où les individus sont séparés de leurs proches et de leurs amis, et que cela est potentiellement exacerbé par des craintes de contracter la maladie. Cette détresse, ainsi que les sentiments de solitude, sont également susceptibles d'affecter le respect.³ **Pour atténuer cela, les résidents des zones vertes devraient avoir la possibilité d'interagir avec des proches à une distance de sécurité et en respectant les mesures de CPI. Les résidents doivent également être encouragés à faire de l'exercice, à prendre le soleil et, si possible, à utiliser les technologies pour communiquer avec leurs proches et leurs amis.**

Méfiance et peur : En particulier dans le cas du blindage communautaire ou sectoriel, des facteurs contextuels historiques, y compris de précédentes expériences négatives avec des flambées épidémiques et des conflits ainsi que la méfiance à l'égard des autorités sont susceptibles de susciter une certaine réticence quant au fait de permettre à un proche vulnérable de déménager dans un logement indépendant où il peut être perçu qu'il sera exposé à un risque plus important. La réticence quant au fait que des proches soient emmenés dans des centres de traitement d'Ébola lors de la flambée épidémique du virus Ébola par crainte qu'ils ne décèdent est un exemple typique,⁵⁷ et les interventions d'isolement sont susceptibles de susciter des inquiétudes similaires, ou d'être confondues avec ces mesures. **Afin d'atténuer ces facteurs, la conception et la mise en œuvre de procédures d'isolement doivent être réalisées par les communautés par le biais d'approches participatives, avec une priorité accordée à l'identification de solutions réalisables au niveau local, et des informations concernant les raisons du blindage et les aspects pratiques de son fonctionnement doivent être clairement communiquées.**

Stigmatisation : Notamment en raison de récents exemples de groupes d'individus malades placés ensemble dans des zones désignées (par exemple, les Centres de Traitement d'Ébola en RDC et les communautés de lépreux en Inde),⁵⁸ il peut exister une confusion parmi la communauté entre le blindage d'individus malades et le blindage de personnes non infectées afin de les protéger. Les personnes affectées aux zones vertes sont susceptibles d'être associées à la maladie et, par conséquent, d'être stigmatisées.³ Cela peut avoir des conséquences psychosociales sur les individus, et les inciter à dissimuler l'infection si elle se produit. **Des mesures doivent être prises afin de lutter contre la stigmatisation par le biais de stratégies de communication efficaces inhérentes à la nécessité de l'isolement, et à la maladie elle-même.⁵⁹ Il peut également y avoir des opportunités de consolider des sentiments et des attitudes positifs, comme par exemple l'honneur et le respect des personnes âgées.**

Difficultés liées au suivi de la mise en œuvre et de l'efficacité : Des difficultés relatives au suivi du respect et à l'évaluation de la performance du modèle d'isolement peuvent exister à tous les niveaux d'isolement.³ Cela est nécessaire pour savoir si la mesure fonctionne ou nécessite d'être adaptée. **Les stratégies de suivi et de surveillance doivent être intégrées à l'approche d'isolement par les communautés, de manière à être réalisables au niveau local et communautaires.**

Contact

Veillez nous contacter si vous avez une demande directe relative à la riposte contre la COVID-19, ou concernant une note stratégique, des outils, une expertise technique ou une analyse à distance supplémentaire, ou si vous souhaitez rejoindre le réseau de conseillers, veuillez contacter la Plateforme Social Science in Humanitarian Action en envoyant un e-mail à Olivia Tulloch (oliviattulloch@anthrologica.com) et Santiago Ripoll (s.ripoll@ids.ac.uk). 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 au COVID-19 a été fourni par le Wellcome Trust

Références

- Jayaram, K., Ooko-Ombaka, A., & Sun, Y. S. (2020, April). *Finding Africa's path: Shaping bold solutions to save lives and livelihoods in the COVID-19 crisis*. <https://www.mckinsey.com/featured-insights/middle-east-and-africa/finding-africas-path-shaping-bold-solutions-to-save-lives-and-livelihoods-in-the-covid-19-crisis>
- LSHTM. (2020, April 21). Strategies combining self-isolation, moderate physical distancing and shielding likely most effective COVID-19 response for African countries. *LSHTM*. <https://www.lshtm.ac.uk/newsevents/news/2020/strategies-combining-self-isolation-moderate-physical-distancing-and-shielding>
- 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 camps and camp-like settings*. LSHTM. <https://www.lshtm.ac.uk/sites/default/files/2020-04/Guidance%20for%20the%20prevention%20of%20COVID-19%20infections%20among%20high-risk%20individuals%20in%20camps%20and%20camp-like%20settings.pdf>

4. Dahab, M., van Zandvoort, K., Flasche, S., Warsame, A., Spiegel, P. B., Waldman, R. J., & Checchi, F. (2020). *COVID-19 control in low-income settings and displaced populations: What can realistically be done?* LSHTM. <https://www.lshtm.ac.uk/newsevents/news/2020/covid-19-control-low-income-settings-and-displaced-populations-what-can>
5. Public Health England. (2020, April 17). Guidance on shielding and protecting people who are clinically extremely vulnerable from COVID-19. *GOV.UK*. <https://www.gov.uk/government/publications/guidance-on-shielding-and-protecting-extremely-vulnerable-persons-from-covid-19/guidance-on-shielding-and-protecting-extremely-vulnerable-persons-from-covid-19>
6. Government of the Plurinational State of Bolivia. (n.d.). *Información para Adultos mayores*. Bolivia Segura, Sitio Oficial Del Gobierno de Bolivia Sobre El COVID-19. Retrieved 30 April 2020, from <https://www.boliviasegura.gob.bo/adultos.php?fbclid=IwAR3CILk0ISUyZdj1G9NA8sObBEflbHQ7EC971g97pgOVWnu7a6y5QAhw6Po>
7. Reuters. (2020, March 21). Turkey imposes curfew on elderly, chronically ill citizens—Interior ministry. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/health-coronavirus-turkey-curfew-idUSL8N2BE0MT>
8. Asiedu, K. G. (2020, April 20). Ghana has become the first African country to lift its coronavirus lockdown. *Quartz Africa*. <https://qz.com/africa/1841212/ghana-lifts-coronavirus-lockdown-as-testing-ramps-up/>
9. Kondowe, R. (2020, April 18). This country's high court blocked its coronavirus lockdown in a bid to protect the poor. *Quartz Africa*. <https://qz.com/africa/1840687/malawi-court-blocks-coronavirus-lockdown-to-protect-the-poor/>
10. Ferguson, N. M., Laydon, D., Nedjati-Gilani, G., & Imai, N. (2020). *Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand*. Imperial College COVID-19 Response Team. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf>
11. Walker, P. G., Whittaker, C., Watson, O., Baguelin, M., Ainslie, K. E. C., Bhatia, S., Bhatt, S., Boonyasiri, A., Boyd, O., Cattarino, L., Cucunubá, Z., Cuomo-Dannenburg, G., Dighe, A., Donnelly, C. A., Dorigatti, I., Emsland, S. van, FitzJohn, R., Flaxman, S., Fu, H., & Gaythorpe, K. (2020). *The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression*. Imperial College COVID-19 Response Team. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-Global-Impact-26-03-2020v2.pdf>
12. Glassman, A., Chalkidou, K., & Sullivan, R. (2020, April 2). Does One Size Fit All? Realistic Alternatives for COVID-19 Response in Low-Income Countries. *Center For Global Development*. <https://www.cgdev.org/blog/does-one-size-fit-all-realistic-alternatives-covid-19-response-low-income-countries>
13. Moore, W. G. (2020, April 12). Curfews are a safer plan than total lockdowns to slow Covid-19's spread in informal economies. *Quartz Africa*. <https://qz.com/africa/1836458/curfews-not-lockdowns-will-slow-covid-19-spread-in-africa/>
14. Abi-Habib, M., & Yasir, S. (2020, March 29). India's Coronavirus Lockdown Leaves Vast Numbers Stranded and Hungry. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/03/29/world/asia/coronavirus-india-migrants.html>
15. Alburez-Gutierrez, D., Aburto, J. M., & Nepomuceno, M. R. (2020, April 8). Coronavirus: A warning to Latin America and the Caribbean to dramatically increase COVID-19 testing. *The Conversation*. <http://theconversation.com/coronavirus-a-warning-to-latin-america-and-the-caribbean-to-dramatically-increase-covid-19-testing-135759>
16. Saleh, A. (2020, April 3). Masks and Handwashing vs. Physical Distancing: Do We Really Have Evidence-based Answers for Policymakers in Resource-limited Settings? *Center For Global Development*. <https://www.cgdev.org/blog/masks-handwashing-vs-physical-distancing-do-we-really-have-evidence-based-answers>
17. Fairhead, J., & Leach, M. (2020, April 22). One size fits all? Why lockdowns might not be Africa's best bet. *African Arguments*. <https://africanarguments.org/2020/04/22/one-size-fits-all-why-lockdowns-might-not-be-africa-best-bet/>
18. WHO. (2020). *COVID-19 WHO Press briefing*. WHO. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-20mar2020.pdf?sfvrsn=1eafbf_0
19. Barnett-Howell, Z., & Mobarak, A. M. (2020). Should Low-Income Countries Impose the Same Social Distancing Guidelines as Europe and North America to Halt the Spread of COVID-19? *Yale School of Management*, 7.
20. Neufeld, Z., Khataee, H., & Czirok, A. (2020). *Targeted adaptive isolation strategy for Covid-19 pandemic* [Preprint]. *Epidemiology*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.23.20041897>
21. SSHAP. (2020). *Compliance with Physical Distancing Measures for COVID-19 and Implications for RCCE in Eastern and Southern Africa (April 2020)*. <https://www.socialscienceinaction.org/resources/compliance-physical-distancing-measures-covid-19-implications-rcce-eastern-southern-africa-april-2020/>
22. Johnstone-Robertson, S. P., Mark, D., Morrow, C., Middelkoop, K., Chiswell, M., Aquino, L. D. H., Bekker, L.-G., & Wood, R. (2011). Social mixing patterns within a South African township community: Implications for respiratory disease transmission and control. *American Journal of Epidemiology*, 174(11), 1246–1255. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr251>
23. van Zandvoort, K., Jarvis, C. I., Pearson, C. A. B., Davies, N., CMMID COVID-19 working group, Russell, T. W., Kucharski, A. J., Jit, M., Flasche, S., Eggo, R. M., & Checchi, F. (2020). Response strategies for COVID-19 epidemics in African settings: A mathematical modelling study. *CMMID Repository*. <https://cmmid.github.io/topics/covid19/reports/LSHTM-CMMID-20200424-Covid19-Africa-strategies.pdf>
24. Handel, A., Miller, J. C., Ge, Y., & Fung, I. C.-H. (2020). If containment is not possible, how do we minimize mortality for COVID-19 and other emerging infectious disease outbreaks? *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.13.20034892>
25. African Union, & Africa CDC. (2020). *Africa Centres for Disease Control and Prevention: Recommendations for Stepwise Response to COVID-19 by African Union Member States*. African Union, Africa CDC. <https://africacdc.org/download/recommendations-for-stepwise-response-to-covid-19/>
26. Mobarak, A. M., & Barnett-Howell, Z. (2020, April 10). Poor Countries Need to Think Twice About Social Distancing. *Foreign Policy*. <https://foreignpolicy.com/2020/04/10/poor-countries-social-distancing-coronavirus/>
27. WHO. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report—51*. WHO. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
28. Clark, A., Jit, M., Warren-Gash, C., Guthrie, B., Wang, H. H., Mercer, S. W., Sanderson, C., McKee, M., Troeger, C., Ong, K. I., Checchi, F., Perel, P., Joseph, S., Gibbs, H. P., Banerjee, A., CMMID COVID-19 working group, & Eggo, R. M. (2020). *How many are at increased risk of severe COVID-19 disease? Rapid global, regional and national estimates for 2020*. LSHTM. https://cmmid.github.io/topics/covid19/reports/Global_shielding_LSHTM_pre_print3.pdf
29. SSHAP. (2020). *Key Considerations: COVID-19 in Informal Urban Settlements (March 2020)*. SSHAP. <https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-covid-19-informal-urban-settlements-march-2020/>
30. Liu, Y., Bi, L., Chen, Y., Wang, Y., Fleming, J., Yu, Y., Gu, Y., Liu, C., Fan, L., Wang, X., & Cheng, M. (2020). Active or latent tuberculosis increases susceptibility to COVID-19 and disease severity. *MedRxiv*, 2020.03.10.20033795. <https://doi.org/10.1101/2020.03.10.20033795>
31. Avert. (2020, March 16). *Coronavirus (COVID-19) and HIV*. Avert. <https://www.avert.org/coronavirus/covid-19-HIV>
32. Jordan, R. E., Adab, P., & Cheng, K. K. (2020). Covid-19: Risk factors for severe disease and death. *BMJ*, 368(m1198). <https://doi.org/10.1136/bmj.m1198>
33. IFRC, UNICEF, & WHO. (2020). *COVID-19 Global Response: Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Strategy All Partners*. IFRC, UNICEF, WHO. https://www.communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/RCCE_Strategy_Brand_v.2.pdf
34. BBC Media Action. (2020). *Community engagement from a distance*. BBC Media Action and Shonjog. <https://www.dropbox.com/s/ao086yqa6un3mcq/Community%20engagement%20from%20a%20distance%20-%2020EN.pdf?dl=0>
35. Parker, M., Hanson, T. M., Vandi, A., Babawo, L. S., & Allen, T. (2019). Ebola, community engagement, and saving loved ones. *The Lancet*, 393(10191), 2585. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31364-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31364-9)
36. Wilkinson, A., Parker, M., Martineau, F., & Leach, M. (2017). Engaging 'communities': Anthropological insights from the West African Ebola epidemic. *Philosophical Transactions Soc. B*, 372. <https://royalsocietypublishing.org/doi/pdf/10.1098/rstb.2016.0305>
37. 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>
38. IFRC. (2019). *From Words to Action: Towards a community-centred approach to preparedness and response in health emergencies*. IFRC. https://apps.who.int/gprmb/assets/thematic_papers/tr-5.pdf
39. Hewlett, B. S., & Amola, R. P. (2003). Cultural Contexts of Ebola in Northern Uganda. *Emerging Infectious Diseases*, 9(10). <https://doi.org/10.3201/eid910.020493>
40. Abramowitz, S. A., McLean, K. E., McKune, S. L., Bardosh, K. L., 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>
41. Ebola Response Anthropology Platform. (n.d.). *Community-led Ebola Action (CLEA) and the Social Mobilisation Action Consortium (SMAC)*. Retrieved 30 April 2020, from http://www.ebola-anthropology.net/key_messages/community-led-ebola-action-clea-and-the-social-mobilisation-action-consortium-smac/
42. Community-Led Total Sanitation. (2008, November 11). *The CLTS approach*. Community-Led Total Sanitation. <https://www.communityledtotalsanitation.org/page/clts-approach>
43. Gillespie, A. M., Obregon, R., El Asawi, R., Richey, C., Manoncourt, E., Joshi, K., Naqvi, S., Pouye, A., Safi, N., Chitnis, K., & Quereshi, S. (2016). Social Mobilization and Community Engagement Central to the Ebola Response in West Africa: Lessons for Future Public Health Emergencies. *Global Health: Science and Practice*, 4(4), 626–646. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00226>
44. Kluge, H. H. P. (2020, April 21). Statement – Older people are at highest risk from COVID-19, but all must act to prevent community spread. *WHO Regional Office for Europe*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-older-people-are-at-highest-risk-from-covid-19,-but-all-must-act-to-prevent-community-spread>
45. Damon, A. (2020, April 17). Turkey takes a different coronavirus approach with weekend lockdowns and age-specific restrictions. *CNN*. <https://edition.cnn.com/2020/04/17/europe/turkey-coronavirus-lockdown-response-intl/index.html>
46. Vaughan, A. (2020, April 3). Coronavirus will play out very differently in world's poorest nations. *New Scientist*. <https://www.newscientist.com/article/2239612-coronavirus-will-play-out-very-differently-in-worlds-poorest-nations/>
47. Simon, D. (2020, April 23). Cities are at centre of coronavirus pandemic – understanding this can help build a sustainable, equal future. *The Conversation*. <http://theconversation.com/cities-are-at-centre-of-coronavirus-pandemic-understanding-this-can-help-build-a-sustainable-equal-future-136440>
48. Australian Government Department of Health. (2020, March 29). *Coronavirus (COVID-19) advice for Aboriginal and Torres Strait Islander peoples and remote communities*. Australian Government Department of Health; Australian Government Department of Health. <https://www.health.gov.au/news/health-alerts/novel-coronavirus-2019-ncov-health-alert/advice-for-people-at-risk-of-coronavirus-covid-19/coronavirus-covid-19-advice-for-aboriginal-and-torres-strait-islander-peoples-and-remote-communities>
49. Barr, C., Kommenda, N., McIntyre, N., & Voce, A. (2020, April 22). Ethnic minorities dying of Covid-19 at higher rate, analysis shows. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/22/racial-inequality-in-britain-found-a-risk-factor-for-covid-19>
50. Maple-Brown, L. J., & Hampton, D. (2020). Indigenous cultures in countries with similar colonisation histories share the challenge of intergenerational diabetes. *The Lancet Global Health*, 8(5), e619–e620. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30072-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30072-3)
51. OPS Chile. (n.d.). *Salud de los Pueblos Indígenas*. OPS Chile. Retrieved 29 April 2020, from https://www.paho.org/chil/index.php?option=com_content&view=article&id=83:salud-pueblos-indigenas&Itemid=213
52. Kowal, P., & Afshar, S. (2015). Health and the Indian caste system. *The Lancet*, 385(9966), 415–416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01477-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01477-7)
53. Andrew, A., Armand, A., Augsburg, B., & Taveras, I. K. (2020, March 30). Challenges of adopting coronavirus precautions in low-income countries. *Institute for Fiscal Studies*. <https://www.ifs.org.uk/publications/14779>
54. Burke, J., & Mumin, A. A. (2020, March 24). Mogadishu's refugees 'waiting for death' as Covid-19 reaches Somalia. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/global-development/2020/mar/24/mogadishu-refugees-waiting-for-death-as-covid-19-reaches-somalia>
55. Blackall, M. (2020, April 18). UK care home Covid-19 deaths 'may be five times government estimate'. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/18/uk-care-home-covid-19-deaths-may-be-five-times-government-estimate>
56. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
57. Richards, P., Mokuwa, E., Welmers, P., Maat, H., & Beisel, U. (2019). Trust, and distrust, of Ebola Treatment Centers: A case-study from Sierra Leone. *PLOS ONE*, 14(12), e0224511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224511>
58. Cookson, R., & Rhodes, S. (2011, March 24). Leprosy: India's hidden disease. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2011/mar/24/leprosy-india-hidden-disease>
59. IFRC, UNICEF, & WHO. (2020). *Social stigma associated with COVID-19*. IFRC, UNICEF, WHO. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-stigma-guide.pdf?sfvrsn=226180f4_2