



Orientations pour la prévention des infections par la COVID-19 parmi les personnes à risque élevé en milieu urbain

Version : 30 avril 2020

Auteur : Caroline Favas

Contributeurs : Francesco Checchi, Ronald J. Waldman

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Liste des acronymes | 3 |
| 1 Introduction | 4 |
| 2 Principes généraux | 4 |
| 3 Qui protéger au sein des zones vertes ? | 6 |
| 4 Création de zones protégées ou « zones vertes » | 8 |
| 5 Mise en œuvre | 12 |
| 5.1 <i>Calendrier</i> | 12 |
| 5.2 <i>Communication sur les risques et engagement communautaire</i> | 12 |
| 5.3 <i>Gouvernance communautaire</i> | 13 |
| 5.4 <i>Étapes préalables à la mise en place des zones vertes</i> | 14 |
| 5.5 <i>Tenue d'un registre des résidents des zones vertes</i> | 14 |
| 5.6 <i>Points spécifiques à prendre en considération et atténuation des risques</i> | 15 |
| 6 Prévention et contrôle des infections | 16 |
| 6.1 <i>Entre les zones vertes et l'extérieur</i> | 16 |
| 6.2 <i>À l'intérieur des zones vertes</i> | 17 |
| 6.3 <i>Port de masques</i> | 18 |
| 7 Prise en charge des résidents de la zone verte qui présentent des symptômes | 18 |
| 8 Services d'assistance | 19 |
| 8.1 <i>Distribution de provisions</i> | 19 |
| 8.2 <i>Services de santé</i> | 20 |
| 9 Bibliographie | 22 |

Liste des acronymes

| | |
|------------|---|
| BPCO | Bronchopneumopathie chronique obstructive |
| COVID-19 | Maladie à coronavirus 2019 |
| MNT | Maladies non transmissibles |
| NFI | Produits non alimentaires (de l'anglais « Non-food items ») |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| PCI | Prévention et contrôle des infections |
| PFR | Pays à faible revenu |
| SARS-CoV-2 | Coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère |
| TB | Tuberculose |
| VIH/SIDA | Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise |
| WASH | Eau, assainissement et hygiène (de l'anglais « Water, sanitation and hygiene ») |

1 Introduction

Les populations qui habitent dans les zones urbaines des pays à faible revenu (PFR) pourraient être particulièrement vulnérables face à l'épidémie de COVID-19, pour plusieurs raisons : i) forte densité de population entraînant une proximité physique importante entre les personnes ; ii) urbanisation incontrôlée et part importante de la population urbaine vivant dans des quartiers insalubres et des bidonvilles surpeuplés ; iii) accès souvent restreint à l'eau potable et aux infrastructures sanitaires (1–3).

Il n'existe pas de consensus global sur ce qui constitue une « zone urbaine » et la définition de ce terme varie considérablement d'un pays à l'autre (4). Les auteurs du présent document d'orientation ont retenu la définition suivante : « population séjournant dans les limites d'un territoire contigu dont la densité de peuplement est équivalente à celle d'une ville, quelles que soient les délimitations administratives de ce territoire » (4). Cette définition inclut donc généralement la population d'une ville (grande ou petite) et de la périphérie qui jouxte cette ville mais se trouve hors de ses limites, ainsi que les personnes qui habitent des zones urbaines d'habitat informel ou « bidonvilles » et correspondant à « une zone urbaine densément peuplée caractérisée par des habitations de mauvaise qualité et une insalubrité » (5). Dans les zones touchées par des crises, une majorité relative des personnes déplacées de force vivent au sein de leur communauté d'accueil dans ces zones urbaines (6).

Les mesures d'endiguement coûteuses en ressources qui consistent à imposer des restrictions très strictes en matière de déplacements et de contacts à une population entière (par exemple, consignes intimant à chacun de « rester chez soi » ou stratégies de confinement généralisé) ont permis, en Chine et en Europe, de réduire considérablement les contacts, ce qui a eu pour conséquence de freiner l'épidémie et de gagner du temps pour la mise en place d'autres mesures (7). Toutefois, ces stratégies ne sont pas toujours adaptées ou applicables dans la durée pour les populations des zones urbaines dans les PFR. Elles pourraient être physiquement impossibles à mettre en place ou avoir un impact très lourd sur l'économie, menaçant à terme les moyens de subsistance de ces communautés (8). Plus généralement, pour que ces mesures destinées à l'ensemble de la population parviennent à réduire sensiblement le taux de transmission de la COVID-19, il faudrait qu'elles soient très scrupuleusement respectées. En effet, il est probable que la transmissibilité de base du virus dans les zones urbaines des PFR, en particulier dans les bidonvilles et les zones urbaines d'habitat informel, se révèle nettement supérieure à la transmissibilité observée jusqu'ici dans des communautés disposant d'importantes ressources. Il pourrait donc être utile de mettre en place une stratégie plus ciblée visant à prévenir les infections au sein des groupes à risque élevé de mortalité par la COVID-19, afin de réduire la mortalité et la pression sur les services de santé : c'est ce que l'on appelle une approche « bouclier », pour la distinguer des mesures de distanciation plus larges.

Ce document fournit des orientations sur la mise en œuvre de cette approche « bouclier » dans les zones urbaines des PFR et des régions en crise. Il est destiné aux communautés elles-mêmes, aux autorités locales et nationales ainsi qu'aux acteurs du secteur de l'humanitaire et du développement exerçant dans ces pays.

2 Principes généraux

La stratégie de protection ciblée – l'approche « bouclier » - consiste à mettre à l'abri les plus vulnérables face à une infection par le SARS-CoV-2, en leur donnant les moyens de vivre dignement et en toute sécurité tout en étant séparés du reste de la population pendant une longue période, jusqu'à ce que l'un des événements suivants survienne : (i) évolution du nombre de cas dans la communauté vers un niveau gérable, permettant de déployer une stratégie optimale de dépistage, identification des contacts, isolation des cas positifs et de mise en quarantaine des personnes exposées ; (ii) mise en place d'une capacité d'hospitalisation suffisante ; (iii) mise à disposition d'un vaccin ou d'options thérapeutiques efficaces pour un large public ; (iv) recul de l'épidémie de

COVID-19 grâce aux mesures de contrôle ou à la baisse du nombre de personnes susceptibles de contracter l'infection au sein de la population non mise à l'abri au travers de l'approche « bouclier ». L'objectif final de cette approche est de réduire l'excès de mortalité dû à la COVID-19 tout en diminuant la pression qui pèse sur des systèmes de santé souvent débordés.

La principale caractéristique de cette approche est la création, au sein des foyers, des familles élargies ou des quartiers, de « zones vertes » spéciales dans lesquelles les personnes à risque élevé (les personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques sous-jacentes) sont relogées temporairement. Ces zones vertes sont destinées à limiter au maximum les contacts avec les autres membres de la famille et de la communauté, qui présentent un risque moins important de développer une forme sévère de la maladie. Le choix de configuration de ces zones vertes dépendra du contexte socioculturel, des caractéristiques pratiques de chaque zone urbaine et des préférences de la communauté ; différentes options sont décrites ci-après. Dans sa mise en œuvre la plus basique, l'approche « bouclier » consiste à empêcher l'introduction du virus dans les zones vertes. Si cela est possible au niveau local, un système de dépistage rapide et de référencement des résidents protégés dans les zones vertes peut être également mis en place. Bien que souhaitable, cette mesure n'est toutefois pas strictement indispensable.

Sur le plan épidémiologique, cette stratégie vise à limiter, voire à éliminer totalement, les contacts pouvant entraîner une transmission entre les personnes à risque élevé et celles moins vulnérables, ainsi qu'entre les personnes à risque et les aliments, l'eau et les objets susceptibles d'être contaminés par le virus. Son impact sur la mortalité directement attribuable à la COVID-19 est linéairement proportionnel à la part des zones vertes protégées qui restent vierges de tout cas de transmission au cours de l'épidémie de COVID-19. L'efficacité de cette stratégie ne dépend donc pas d'un seuil spécifique d'observance des mesures. Néanmoins, les travaux de modélisation réalisés jusqu'à présent suggèrent que l'approche « bouclier » n'offre des résultats probants que si suffisamment de personnes à risque élevé sont réellement protégées (à titre indicatif, le seuil se situerait à plus de 60 %), si les contacts physiques avec les personnes à risque faible sont réduits au minimum et si, au sein des zones vertes contenant plus d'une personne protégée, le degré de contact n'est, au minimum, pas plus élevé qu'en situation normale (9).

Comme le nombre de personnes à risque élevé représente une part peu importante de la population (en particulier dans les PFR du fait de la structure par âge de la population), cette intervention n'a pratiquement pas d'influence sur l'acquisition d'une immunité collective (c'est-à-dire la progression de l'épidémie).

La mise en œuvre d'une telle stratégie n'a pas encore été documentée. Toutefois, deux conditions sont probablement indispensables à l'efficacité de cette approche :

- i. Son acceptation au sein de la communauté et l'implication de la population. Il est essentiel que la mise en place de cette approche soit organisée par la communauté concernée. Cela reposera sur une communication appropriée, via des canaux adaptés, d'informations exactes et cohérentes, ainsi que sur l'implication et la participation active de la communauté au moment de la conception et de la mise en œuvre de cette stratégie au niveau local (10). À l'inverse, cette stratégie peut aboutir à un échec si elle est perçue comme coercitive, si elle est mal comprise ou détournée par les autorités afin d'opprimer ces populations de quelque manière que ce soit.
- ii. Une assistance suffisante aux résidents isolés ainsi qu'à leurs familles et aidants. Comme détaillé ci-après, cette assistance devra probablement inclure, au minimum, une aide alimentaire, des soins médicaux et la mise en place d'un accès à l'eau et à des installations sanitaires.

Cette approche préventive ne doit pas être considérée comme une intervention isolée pour réduire l'impact de l'épidémie de COVID-19, mais plutôt comme la partie intégrante d'une stratégie de réponse globale comprenant des interventions clés complémentaires telles que l'auto-isollement des personnes symptomatiques et des

mesures générales de distanciation physique (9). Elle nécessite d'importants efforts de coordination intersectorielle à tous les niveaux.

3 Qui protéger au sein des zones vertes ?

L'approche « bouclier » doit cibler les personnes chez qui le risque de décès des suites d'une infection par le SARS-CoV-2 est le plus élevé, principalement en fonction de l'âge et de la présence de comorbidités. Le Tableau 1 présente les critères d'inclusion possibles dans le groupe à protéger. Ces critères reposent sur les connaissances actuelles et sur des hypothèses plausibles en matière de réduction des risques là où il n'y a pas encore de données validées disponibles. Les critères d'inclusion liés à l'existence de comorbidités doivent être appliqués uniquement si le statut de la maladie est connu. Un [outil](#) spécifique à chaque pays est désormais à disposition afin d'estimer plus facilement quelle part de la population doit être protégée (11).

Les décès dus à la COVID-19 surviennent dans toutes les tranches d'âge, y compris chez des patients qui paraissent auparavant en bonne santé. C'est pourquoi aucun ensemble de critères d'inclusion dans le groupe à protéger ne permettra de sélectionner toutes les personnes chez qui un risque de mortalité existe. Les critères suggérés sont donc le fruit d'un compromis entre la volonté de protéger un maximum de personnes et la faisabilité : inclure une trop grande partie de la population risquerait d'annuler les avantages potentiels de cette approche. Toutefois, en fonction de nouvelles données disponibles sur les risques de la COVID-19 par groupes d'âge spécifiques dans les PFR et les régions en crise, les critères pourraient devoir être modifiés ; par exemple, il pourrait être nécessaire d'envisager de protéger également des personnes plus jeunes.

Actuellement, aucune donnée ne prouve que la malnutrition aiguë augmente le risque de développer une forme sévère de COVID-19 (12). En outre, les manifestations cliniques de la COVID-19 chez l'enfant paraissent moins sévères que chez l'adulte et le taux de létalité semble augmenter avec l'âge (13–15). Même si la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant est susceptible d'augmenter le risque de développer une forme sévère de COVID-19, isoler une population potentiellement importante d'enfants souffrant de malnutrition aiguë avec leurs aidants (qui perdraient en outre la capacité de s'occuper d'autres enfants) est peu envisageable dans les faits. Toutefois, pour réduire les risques au sein de ce groupe, il est recommandé de renforcer les mesures de sécurité alimentaire, de dépistage précoce et de traitement de la malnutrition aiguë sévère et de mettre en place un suivi proactif des enfants déjà suivis dans le cadre d'une thérapie nutritionnelle. Bien que la malnutrition aiguë soit associée à un risque accru d'infection (16), le dépistage des adultes entraînerait une augmentation du risque de transmission (inhérent à l'activité de dépistage en elle-même), alors que les avantages d'un tel dépistage sont potentiellement limités.

À ce jour, aucune donnée ne prouve qu'il existe un risque accru de développer une forme sévère de COVID-19 chez les enfants récemment guéris d'une rougeole ; leur inclusion dans le groupe ciblé par l'approche « bouclier » poserait les mêmes difficultés que celles mentionnées précédemment. Toutefois, on peut supposer que les adultes récemment guéris d'une rougeole sont susceptibles de présenter un risque accru, lié à leur âge ainsi qu'à l'affaiblissement très important du système immunitaire entraîné par le virus de la rougeole (17).

La grossesse ne semble pas être associée à un risque accru de développer une forme sévère de COVID-19 ; aucune donnée ne prouve l'existence d'un risque d'infection intra-utérine due à une transmission verticale chez les femmes atteintes de la COVID-19 à un stade avancé de leur grossesse (12,18). Néanmoins, tant que nous ne disposons pas de données probantes à ce sujet, nous suggérons d'envisager d'inclure les femmes enceintes atteintes de malnutrition aiguë parmi les critères d'inclusion dans le groupe à protéger (voir le Tableau 1 ci-dessous), car la grossesse associée à une malnutrition aiguë est susceptible de les rendre particulièrement vulnérables aux formes sévères de COVID-19.

L'identification des membres de la communauté qui présentent un risque élevé devrait être un processus mené par la communauté elle-même afin qu'elle s'approprie la stratégie. Le but de l'approche « bouclier » et la liste des critères d'inclusion choisis devront être communiqués clairement et expliqués à la communauté de sorte que chaque foyer soit en mesure d'identifier volontairement qui sont, en son sein, les membres à risque devant être protégés. Pour faciliter ce processus, il est possible de s'appuyer sur les agents de santé communautaire, sur les bénévoles de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge ainsi que sur les comités d'aide sociale formés pour aider à la mise en œuvre de cette approche (voir ci-après).

Tableau1 : Critères conseillés pour l'inclusion dans le groupe à protéger.

| Catégorie | Critère(s) d'inclusion | Données scientifiques actuelles et hypothèses visant à réduire les risques |
|-----------|---|---|
| Âge | 60 ans ou plus | Le risque de décéder de la COVID-19 semble augmenter avec l'âge, en particulier chez les personnes de 70 ans et plus(14,19). Nous proposons d'élargir le critère basé sur l'âge aux personnes de 60 ans et plus (une tranche d'âge biologique mieux adaptée à la situation dans la plupart des régions à faible revenu), jusqu'à ce que des données probantes soient disponibles. |
| MNT | Hypertension, diabète, maladie cardiovasculaire, obésité Maladies respiratoires chroniques (p. ex. BPCO, asthme), insuffisance rénale chronique, cancer (leucémie, lymphome, myélome OU chimiothérapie en cours ou récente pour tout type de cancer) | L'obésité, l'hypertension, le diabète et les maladies cardiovasculaires paraissent associées à un risque accru de forme sévère de COVID-19 et de décès(14,19,20). Les recommandations actuellement en vigueur dans les pays à revenu élevé incluent également les personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques telles que la BPCO et l'asthme, d'insuffisance rénale chronique, ainsi que de certains types de cancers (leucémie, lymphome, myélome) ou les personnes actuellement ou récemment traitées par chimiothérapie. |
| VIH/SIDA | Statut connu de séropositivité au VIH | Aucune donnée probante actuellement disponible ne suggère un risque accru lié à la COVID-19 chez les personnes atteintes du VIH. Toutefois, les personnes séropositives au VIH présentent une plus grande vulnérabilité aux infections (21,22). Le temps que des données probantes deviennent disponibles, nous suggérons d'inclure toutes les personnes séropositives au VIH (il pourrait être difficile de distinguer les différents degrés d'infection par le VIH au sein de la communauté). |
| TB | Diagnostic de tuberculose récent ET/OU traitement antituberculeux en cours | Une tuberculose active ou latente pourrait accroître la vulnérabilité à la COVID-19 et la sévérité de cette maladie(23). Toutefois, les patients atteints de TB auront besoin de s'isoler séparément des autres (voir ci-dessous). |
| Rougeole | Adultes récemment guéris d'une rougeole | L'infection par le virus de la rougeole affaiblit le système immunitaire de manière importante et prolongée et entraîne un dysfonctionnement immunitaire général, ce qui pourrait accroître le risque de développer une forme grave de la COVID-19(17). |
| Grossesse | Femmes enceintes atteintes de malnutrition aiguë Femmes enceintes atteintes de toute autre maladie répertoriée dans ce tableau | À ce jour, aucune donnée ne prouve que la grossesse augmente le risque de développer une forme sévère de COVID-19(12). Toutefois, les femmes enceintes souffrant de malnutrition aiguë pourraient présenter un risque accru de développer une forme sévère de COVID-19. Le dépistage de la malnutrition aiguë est inclus dans la liste des services minimum à fournir lors des consultations prénatales et ne devrait pas entraîner un surcroît de charge de travail. C'est pourquoi nous suggérons d'envisager l'inclusion des |

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| | | femmes enceintes atteintes de malnutrition aiguë jusqu'à ce que nous disposions de données suffisantes. |
| Autres statuts d'immunodéficience | Maladies sources d'immunodéficience sévère Drépanocytose (sauf porteurs du trait drépanocytaire) Traitement immunosuppresseur en cours pour toute autre raison | À ce jour, aucune preuve d'association entre l'immunodéficience et le risque de développer une forme sévère de COVID-19 n'a été démontrée. Toutefois, il est démontré que les personnes atteintes de maladies sources d'immunodéficience ou recevant des traitements immunosuppresseurs (p. ex., des doses élevées de stéroïdes) sont plus vulnérables aux infections. C'est pourquoi nous suggérons d'inclure les personnes atteintes d'immunodéficience jusqu'à ce que nous disposions de données suffisantes. |
| Autres infections chroniques | Hépatite B Hépatite C | À ce jour, aucun lien n'a été démontré entre les maladies infectieuses chroniques telles que l'hépatite B ou C et le risque de développer une forme sévère de COVID-19. Toutefois, ces maladies compromettent le fonctionnement des organes et peuvent donc entraîner des complications chez les personnes atteintes de la COVID-19. C'est pourquoi nous suggérons d'envisager l'inclusion des personnes atteintes d'hépatite B ou C, jusqu'à ce que nous disposions de données suffisantes. |

4 Création de zones protégées ou « zones vertes »

Trois types de structures et dispositifs pour la protection des personnes à risque peuvent être envisagées :

1. Au niveau du foyer
2. À l'échelle d'une rue ou de la famille élargie
3. À l'échelle d'un quartier

Chaque option présente des avantages et des inconvénients/risques qui doivent être exposés de manière claire et adaptée à la communauté, afin de lui permettre de prendre une décision en toute connaissance de cause concernant le choix de la (ou des) configuration(s) des zones vertes. En fonction du contexte et des préférences de la communauté, il est possible de mettre en œuvre une seule ou plusieurs de ces options. De manière générale, la ou les options choisies doivent être adaptées au contexte socioculturel par la communauté elle-même et tenir compte des risques en matière de sûreté et de sécurité (par exemple, il peut être préférable de créer des zones vertes non mixtes ou des espaces réservés aux hommes/aux femmes). La communauté pourra également concevoir sa propre solution innovante pour la mise en place de l'approche « bouclier ». Toutefois, ces ajustements au contexte local ne devraient pas compromettre les principales exigences en matière de contrôle des infections (voir ci-dessous). La Figure 1 résume les principales caractéristiques de chaque option. Le Tableau 2 présente une évaluation des différentes options.

Ci-après, nous appelons « résidents » les personnes à risque élevé et leurs aidants vivant dans les zones vertes, tandis que tous les autres membres de la communauté sont désignés comme « non-résidents ».

Les points communs à toutes les options sont les suivants :

- Sauf s'il est envisageable de le faire rapidement, cette stratégie ne nécessite pas la construction de nouveaux logements. Les zones vertes devraient plutôt être créées en procédant à des échanges ou en libérant certains logements/certaines pièces au sein du logement, en fonction des préférences de la communauté.

- Pour éviter que les personnes se sentent mises à l'écart de force et réduire le risque de stigmatisation, les zones vertes ne devront pas nécessairement être matérialisées par des barrières (telles que des palissades) autres que les murs et portes préexistants.
- La zone verte et les espaces de vie pour les résidents devraient être suffisamment spacieux pour permettre une distanciation physique et offrir des conditions de vie acceptables, notamment pour que chacun dispose d'un espace séparé pour dormir et pour limiter au maximum le nombre de personnes habitant au sein d'une même zone verte. En outre, dans la mesure du possible, les résidents devraient disposer d'installations sanitaires (latrines/toilettes et douches) qui leur sont réservées.
- Dans la mesure du possible, il est préférable que les résidents des zones vertes se connaissent ou ont un lien de parenté.
- Sauf en cas d'organisation des zones vertes au niveau des foyers, chaque zone verte devrait comprendre un certain nombre de personnes à risque élevé mais valides et capables de prendre soin des résidents handicapés ou à mobilité réduite. Pour limiter les contacts avec des personnes situées à l'extérieur de la zone verte, il est indispensable d'assister les résidents des zones vertes afin qu'ils soient en mesure de se prendre eux-mêmes en charge.
- Si cela s'avère absolument nécessaire, il peut être envisagé que quelques « aidants » (p. ex., 1 aidant pour 5 à 10 résidents) s'isolent dans la zone verte aux côtés des personnes à risque élevé. Les aidants sont des personnes à moindre risque de développer une forme sévère de COVID-19. Ils doivent avoir un lien de parenté ou amical/de confiance avec ces personnes. Si possible, ils seront choisis parmi les personnes ayant déjà été testées positives à la COVID-19 et guéries, car elles sont plus susceptibles que les autres de présenter une immunité, au moins temporaire, à la maladie.

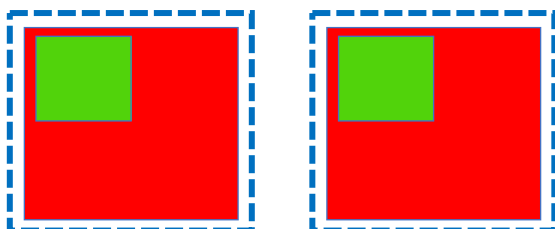
Option n° 1 : Au niveau du foyer

Zone verte : espace désigné au sein du foyer (composé d'une ou de plusieurs pièces).

Les personnes à risque élevé sont physiquement isolées des autres membres du foyer.

Les autres membres du foyer ne doivent pas pénétrer dans la zone verte.

Les déplacements hors de la zone verte doivent être réduits au minimum (accès aux douches/latrines, si nécessaire une courte promenade à pied aux heures durant lesquelles les enfants dorment) et, lorsque de tels déplacements ont lieu, des mesures de distanciation sociale doivent être mises en œuvre.



■ Logement ■ Pièce(s) en zone verte

□ Foyer (il peut s'agir d'un logement individuel ou d'un ensemble de plusieurs logements)

Option n° 2 : À l'échelle d'une rue ou de la famille

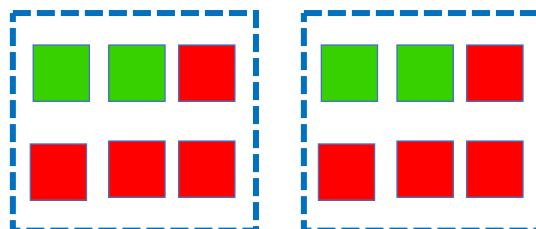
Zone verte : logement ou groupe de logements (regroupant un maximum de 5 à 10 ménages) spécifiquement désignés au sein d'un secteur très restreint.

Les ménages voisins échangent volontairement leur logement et regroupent leurs membres à risque élevé dans la zone verte.

Les personnes à risque élevé sont physiquement isolées dans la zone verte.

Les personnes qui ne sont pas à risque élevé ne doivent pas pénétrer dans la zone verte.

Les déplacements hors de la zone verte doivent être réduits au minimum (p. ex., accès aux douches/latrines si non disponibles dans la zone verte) et, lorsque de tels déplacements ont lieu, des mesures de distanciation sociale doivent être mises en œuvre.



■ Logement ■ Logement(s) en zone verte

□ Section d'une rue (groupe de 5 à 10 logements/groupe de personnes ayant un lien de parenté habitant le même secteur)

Option n° 3 : À l'échelle d'un quartier

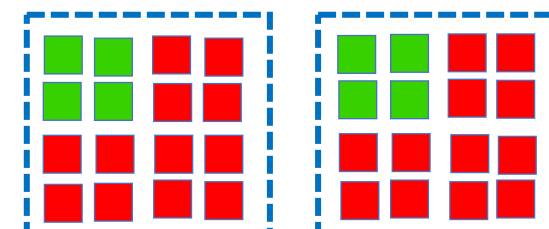
Zone verte : un groupe spécifique de logements au sein d'un quartier (max. de 25-35 personnes à risque élevé par zone verte).

Les personnes à risque élevé sont physiquement isolées dans la zone verte.

Un point d'entrée unique est établi : tous les déplacements de personnes et les échanges de nourriture et autres provisions sont exclusivement effectués via ce point d'entrée.

Un espace de visite proche du point d'entrée sera également désigné afin de permettre aux résidents de la zone verte d'interagir avec leurs visiteurs.

Aucun déplacement hors de la zone verte.



■ Logement ■ Logement(s) en zone verte

□ Secteur d'un quartier (groupe de 15 à 20 logements dans un même secteur)

Figure 1 : Schéma de la réorganisation des logements pour chaque option de zone verte.

Tableau 2 : Évaluation des différentes options pour les zones vertes.

| Option | Conditions requises | Avantages/bénéfices | Difficultés/risques |
|---|--|--|--|
| 1. Isolement au niveau du foyer | <p>Zones urbaines avec des maisons de plusieurs pièces ou un ensemble de plusieurs maisons (représentant un seul foyer)</p> <p>Espace de vie suffisant pour créer une zone réservée aux personnes à risque élevé</p> | <p>Meilleure observance grâce à la proximité des membres de la famille qui peuvent répondre aux besoins de base et apporter un soutien moral</p> <p>Stigmatisation moins importante</p> <p>Moins de changements du mode de vie</p> <p>Peu de ressources supplémentaires requises</p> | <p>Suivi de la mise en œuvre et de l'efficacité, en particulier dans les grandes villes ou les vastes bidonvilles, en raison du grand nombre de zones vertes</p> <p>Mise en œuvre des mesures de prévention des infections</p> <p>Davantage de risques de « fuites » (nécessité de se déplacer hors de la zone verte, p. ex. pour accéder aux douches/latrines)</p> |
| 2. Isolement à l'échelle d'une rue ou d'une famille élargie | <p>Tous types de milieux urbains</p> <p>La solution doit être adaptée à la culture de la communauté et celle-ci doit accepter de reloger les personnes dans des hébergements collectifs et d'échanger un logement contre un autre</p> | <p>Stigmatisation moins importante</p> <p>Possibilité de s'appuyer sur un réseau de personnes de confiance (voisins et parents) ; les autres résidents de la zone verte seront souvent des parents ou des proches</p> <p>Relativement souple pour ce qui est de l'organisation pratique, à condition de ne pas entraver l'application des mesures de contrôle de l'infection et de distanciation sociale</p> | <p>Les mesures de prévention des infections et de distanciation sociale doivent être strictement respectées dans chaque zone verte</p> <p>Davantage de risques de « fuites » (nécessité de se déplacer hors de la zone verte, p. ex. si la zone verte n'est pas équipée de douches/latrines)</p> <p>Moins de proximité avec les membres de la famille</p> |
| 3. Isolement au niveau du quartier | <p>Isolement à plus petite échelle (option n° 1 et/ou 2) impossible à mettre en place</p> <p>La solution doit être adaptée à la culture de la communauté et celle-ci doit accepter de reloger les personnes dans des hébergements collectifs</p> <p>Le nombre de résidents dans les zones vertes ne devrait pas dépasser 25 à 35 personnes, afin de limiter le risque de transmission à grande échelle</p> | <p>Cadre permettant un plus grand contrôle qu'avec les options 1 et 2</p> <p>Suivi de la mise en œuvre et de l'efficacité plus facile (puisque les résidents sont concentrés dans un petit nombre de zones vertes)</p> <p>Possibilité de fournir des soins de santé sur place (via des cliniques mobiles, par exemple) Meilleure couverture potentielle</p> | <p>Nécessite la mise en place de mesures strictes de PCI et de distanciation sociale, qui doivent être respectées de manière rigoureuse au sein de chaque zone verte, en raison d'un risque élevé de transmission à grande échelle et de cas graves de la maladie en cas d'introduction du virus</p> <p>Risque de stigmatisation</p> <p>Risque de faible observance en raison de l'isolement et de l'éloignement des membres de la famille</p> |

5 Mise en œuvre

5.1 Calendrier

Les membres de la communauté à risque élevé doivent être encouragés à s'isoler le plus tôt possible dans la progression de l'épidémie afin de minimiser le risque d'introduction d'un cas de COVID-19 dans les zones vertes au moment de leur mise en place. Toutefois, en tout début d'épidémie ou avant l'apparition de cas sur place, les communautés risquent de manquer d'informations ou de ne pas percevoir suffisamment la menace pour s'impliquer de manière constructive dans une approche de ce type. À l'inverse, une fois qu'il y a une transmission intense au sein de la communauté, le risque d'introduire des personnes contagieuses dans les zones vertes peut être considéré comme trop élevé (voir ci-dessous). Le calendrier de la mise en œuvre dépend bien entendu de divers facteurs contextuels et socioculturels. Toutefois, théoriquement, la chronologie la plus raisonnable pour le déploiement de l'approche « bouclier » est la suivante : (i) avant que le nombre de cas n'augmente de manière significative au niveau local, communiquer pro-activement sur les risques, mobiliser la communauté et l'impliquer dans l'élaboration d'une stratégie qui soit adaptée à ses particularités ; (ii) aider ensuite à la mise en œuvre de l'approche « bouclier » (ou conseiller aux communautés de l'adopter) dès l'apparition des premiers foyers de cas issus d'une transmission locale.

L'approche « bouclier » limite par nature les libertés individuelles et peut représenter un important fardeau psychologique et social pour les personnes protégées et leurs familles. C'est pourquoi la durée passée dans les zones vertes doit être limitée au strict minimum requis pour protéger les personnes pendant une période couvrant la majeure partie de la courbe épidémique. Il est difficile de déterminer cette période avec exactitude en l'absence d'un dispositif de veille sanitaire adéquat au niveau local et/ou sans modélisation mathématique. Elle varie en fonction de la transmissibilité de base et des mesures de distanciation imposées localement à l'ensemble de la population, ces dernières permettant « d'aplatir la courbe » à divers degrés, prolongeant ainsi la durée de l'épidémie. A titre indicatif et d'après les prévisions par modélisation effectuées pour des contextes représentatifs de pays africains (9), l'approche « bouclier » devra probablement être maintenue pendant une période de 3 à 5 mois.

5.2 Communication sur les risques et engagement communautaire

Il est crucial que la mise en œuvre de la ou des options choisies soit organisée par la communauté elle-même. Cela consistera à choisir les membres de chaque foyer qui répondent aux critères d'inclusion, à décider de qui occupera quelle zone verte, des logements qui seront libérés/feront l'objet d'un échange et des équipements (p. ex. des lits et articles ménagers) à déplacer d'un logement à l'autre. La première démarche fondamentale à entreprendre, en anticipation de cas de transmission locale ou dès le début de l'épidémie, consiste à communiquer et impliquer activement les communautés, ce qui est essentiel pour :

- Les sensibiliser au niveau de risque et à l'urgence de la situation (p. ex., au sujet de l'ampleur attendue de l'épidémie de COVID-19, de la fenêtre temporelle d'action, de la probabilité qu'aucun traitement ne soit disponible) ;
- Leur expliquer quelles sont les personnes qui présentent le risque le plus élevé de développer une forme sévère et de décéder de la COVID-19 ;
- Leur présenter les principales options pour la mise en place des zones vertes et leur communiquer clairement les principes fondamentaux en matière de prévention des infections ;
- Donner aux membres de la communauté le sentiment d'avoir la capacité d'agir : ils peuvent adopter des changements et des solutions de réduction des risques *volontairement*. Tant que le dispositif des zones vertes reste conforme aux exigences épidémiologiques, ils pourront concevoir la solution la mieux

adaptée au niveau local. Ils doivent également recevoir l'assurance que les services publics et les acteurs de la société civile les aideront à mettre cette solution en place.

La mobilisation de la société et l'implication de la communauté doit passer par une communication sur les risques adaptée à la culture locale et fondée sur la médiation (en s'appuyant, si cela est utile, sur l'expérience acquise dans d'autres contextes). Ces efforts doivent être coordonnés, de façon à éviter de générer de la confusion et de diffuser des informations contradictoires (se reporter aux directives de l'OMS (24)).

Quel que soit le cas de figure, il est important que les communautés comprennent clairement que leurs comportements doivent changer, parfois radicalement, si elles veulent réduire les risques pour tous, en particulier pour les plus vulnérables. Ne rien faire ne devrait pas être considéré comme une potentielle option. Comme c'était le cas dans la lutte contre Ebola - qui a vu la mise en place de politiques d'interdiction des contacts physiques et de sécurisation des pratiques d'inhumation afin de limiter la transmission - la lutte contre la COVID-19 entraînera inévitablement d'importants aménagements des pratiques religieuses, des coutumes et des traditions. Cela ne signifie pas pour autant que les mesures de contrôle de l'épidémie doivent être mis en œuvre de manière coercitive, ou avec une approche « militariste ». La valeur que les communautés accordent au principe de solidarité ainsi qu'au respect et à la protection des proches âgés et personnes vulnérables doit être soulignée. Il faut également valoriser la capacité des personnes à faire des sacrifices exceptionnels pour aider ces proches respectés.

5.3 Gouvernance communautaire

Un mécanisme de gouvernance communautaire pourrait être utile pour faciliter la mise en œuvre de l'approche « bouclier », améliorer l'observance des mesures de contrôle de l'infection et aider la communauté à s'approprier le processus. La nature, la structure et les fonctions de ce mécanisme de gouvernance peuvent prendre des formes variées ; tout dépend des structures sociales existantes et du contexte. Toutefois, elles devraient suivre un principe fondamental d'inclusivité sociale, c'est-à-dire qu'aucune catégorie de population ne devrait être exclue, stigmatisée ou marginalisée, qu'elle soit impliquée dans la mise en œuvre de l'approche « bouclier » ou non. Quelques options alternatives/complémentaires ont été répertoriées :

- Il est possible de créer des comités d'aide sociale, chacun chargé de quelques zones vertes au sein d'un secteur géographique défini (par exemple, un quartier ou une rue). Leur composition variera selon le contexte mais elle devrait être représentative des familles des personnes à risque élevé protégées dans les zones vertes. Le mode de fonctionnement du comité et le rôle/la fonction accordé(e) à chacun seraient définis par ses propres membres ;
- Les réseaux existants d'agents de santé communautaire ou de bénévoles de la Croix-Rouge/du Croissant-Rouge pourraient aider à la mise en place de l'approche, à condition que ces réseaux fonctionnent bien, que les agents de santé communautaires/bénévoles soient bien acceptés au sein de la population et que cela ne représente pas une charge de travail supplémentaire ingérable. Si ces réseaux d'aide communautaire sont bien intégrés au système de santé, ils peuvent constituer des intermédiaires précieux entre la communauté et les services de santé ;
- D'autres organisations ou associations reconnues au sein de la communauté, notamment les associations de femmes et les institutions confessionnelles, pourraient être mobilisées.

Les membres de l'organisme de gouvernance devraient recevoir de l'aide et des informations ainsi que du matériel adapté (p. ex., des carnets, des stylos, du crédit téléphonique), de façon à pouvoir remplir leurs fonctions correctement. Ils pourraient être chargés des responsabilités suivantes :

- Aider les foyers à identifier les membres de la communauté à risque élevé ;

- Faciliter la prise de décision concernant la/les configuration(s) de zones vertes la/les mieux adaptée(s) à la communauté ;
- Tenir un registre des personnes à risque élevé protégées au sein des zones vertes ;
- Diffuser des informations adaptées à la culture locale concernant les comportements à adopter, les mesures de PCI et d'autres informations pertinentes ;
- Faire appliquer différentes mesures de réduction des risques telles que l'utilisation d'un point d'entrée unique, le lavage des mains à l'entrée et à la sortie de l'espace de visite ou de la zone verte, le respect des distances et la désinfection des objets présents dans l'espace de visite ;
- Coordonner le ravitaillement en nourriture et autres articles de la part des personnes résidant hors de la zone verte ;
- Assurer la liaison avec les services de santé au cas où un résident aurait besoin de soins ou présenterait des symptômes évocateurs de la COVID-19 ;
- Assurer la liaison avec d'autres services d'aide fournis par les autorités et associations locales et/ou les acteurs du secteur humanitaire ;
- Recueillir les commentaires et les plaintes.

5.4 Étapes préalables à la mise en place des zones vertes

Les logements, latrines/toilettes, douches et autres équipements (p. ex. lits, tables, articles ménagers, etc.) destinés à une zone verte doivent être méticuleusement nettoyés.

Toute personne à risque élevé et malade (fièvre et toux persistante) ou vivant dans un foyer où se trouvent des personnes malades doit attendre la disparition de tous les symptômes (chez elle ou chez les personnes malades de son foyer) avant d'aller s'installer dans leur zone verte.

Les comités d'aide sociale et/ou autres groupes de soutien désignés (tels que les bénévoles de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge, les ONG) peuvent inspecter les zones vertes au fur et à mesure de leur création et offrir des conseils constructifs ou de l'aide matérielle lorsque ces zones ne répondent pas aux critères détaillés ci-dessous et essentiels au contrôle des infections.

5.5 Tenue d'un registre des résidents des zones vertes

Un registre des personnes à risque élevé isolées au sein des zones vertes ainsi qu'un plan indiquant où se situent les zones vertes et leurs configurations peuvent être créés (et tenus constamment à jour), afin de permettre :

- L'identification du type et des modalités de services d'assistance à apporter à ces personnes ;
- L'approvisionnement des résidents en articles d'hygiène et la mise en place de points d'accès à l'eau et d'installations sanitaires nécessaires au respect des mesures de PCI (voir ci-dessous) ;
- La mise en place d'un mécanisme d'alerte adéquat pour signaler et isoler immédiatement les résidents qui présentent des symptômes évocateurs de la COVID-19 ;
- Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de l'approche « bouclier ».

L'enregistrement des personnes ne nécessite pas la collecte d'informations médicales confidentielles, sauf si cela est absolument nécessaire pour assurer la continuité des soins dans le cadre de maladies préexistantes.

5.6 Points spécifiques à prendre en considération et atténuation des risques

Tout enfant identifié comme présentant un risque élevé doit être isolé en compagnie d'un seul aidant, qui sera également considéré comme un résident de la zone verte en ce qui concerne ses déplacements et ses contacts avec les personnes situées en dehors de la zone verte.

Les personnes atteintes de tuberculose active devraient s'isoler séparément des autres personnes protégées dans les zones vertes : elles peuvent être isolées au sein du foyer (option n° 1), ou dans une zone verte qui leur serait réservée. Cette décision doit être discutée avec et prise par la communauté. Une telle zone verte ne peut être mise en place sans tenir compte de la question de la stigmatisation et sans protection adaptée (p. ex., elle pourrait être appuyée/supportée par un centre de santé, une ONG ou une institution religieuse).

Des solutions spécifiques devraient également être discutées concernant l'isolement des personnes qui présentent une immunodéficiência sévère, des personnes handicapées, des personnes âgées atteintes de démence ou des personnes atteintes de troubles psychiques graves. Dans ces cas spécifiques, l'isolement individuelle au sein du foyer semble plus adaptée.

Les personnes qui signalent des abus sexuels, des violences physiques ou toute autre forme d'abus et de discrimination de la part des autres occupants de la zone verte doivent se voir proposer immédiatement une autre solution, p. ex. l'isolement individuelle ou dans une autre zone verte. En règle générale, *nul ne devrait être forcé de rester dans une zone verte contre son gré.*

Les principaux risques identifiés en lien avec la mise en œuvre d'une approche « bouclier », leurs conséquences et les mesures permettant de les atténuer sont répertoriés dans le Tableau 3 ci-dessous. Ce sujet est abordé de manière plus approfondie à la section suivante.

Tableau 3 : Description des risques et mesures d'atténuation.

| Description du risque | Conséquences | Mesures d'atténuation spécifiques |
|---|--|---|
| Une personne infectieuse (atteinte de la COVID-19) s'isole au sein d'une zone verte (introduction du virus dans une zone verte) | Risque élevé de transmission aux autres résidents de la zone verte Méfiance de la communauté Faible observance | <ul style="list-style-type: none"> • Limiter le nombre de résidents au sein de chaque zone verte • Prévoir un espace et des moyens d'hygiène adéquats dans les zones vertes afin de permettre aux résidents d'observer les règles de distanciation physique entre eux • Communication sur les risques claire et adaptée à l'attention des résidents protégés • Si des personnes à risque élevé ou des membres de leur foyer présentent des symptômes évocateurs de la COVID-19, elles doivent attendre la disparition de leurs symptômes (ou de ceux des membres de leur foyer) avant de rejoindre une zone verte • Si possible, tester systématiquement les personnes avant qu'elles ne s'isolent en zone verte |
| Des personnes non-résidentes ont transmis l'infection à des résidents de la zone verte | Risque élevé de transmission aux autres résidents de la zone verte Méfiance de la communauté Faible observance | <ul style="list-style-type: none"> • Communication sur les risques claire et adaptée • Limiter voire, de préférence, interdire totalement l'accès physique aux zones vertes aux personnes non-résidentes • Établir un point d'entrée unique dans la zone verte, avec des règles de PCI très strictes (par ex., lavage des mains obligatoire) • Aider les résidents de façon à ce qu'ils ne soient pas obligés de quitter la zone verte (par ex., pour s'approvisionner en nourriture ou en médicaments) • Charger des membres de la communauté de la surveillance du point d'entrée |

| | | |
|--|---|---|
| | | Faciliter les interactions sociales sûres entre les résidents protégés et leurs proches (par ex., avec la création d'un espace de visite pour l'option 3) |
| Des résidents de la zone verte présentent des symptômes évocateurs de la COVID-19 | Risque élevé de transmission aux autres résidents de la zone verte Méfiance de la communauté Faible observance | <p>Limiter le nombre de résidents au sein de chaque zone verte</p> <p>Communication sur les risques claire et adaptée à l'attention des résidents protégés</p> <p>Prévoir un espace et des moyens d'hygiène adéquats dans les zones vertes afin de permettre aux résidents d'observer les règles de distanciation physique entre eux Mettre en place un mécanisme d'alerte efficace afin de permettre l'identification précoce, l'auto-isolation et, si nécessaire, l'orientation vers les structures adaptées des cas suspects</p> |
| Transmission d'autres maladies infectieuses entre les résidents protégés | Morbidité et mortalité des résidents protégés | Dispositifs spécifiques de zones vertes réservées aux membres de la communauté à risque élevé et atteints de maladies infectieuses telles que la tuberculose (par ex., zone verte individuelle) |
| Stigmatisation des résidents des zones vertes | Faible observance Tensions entre les résidents de la zone verte et les autres ; tensions entre résidents de la zone verte Impact négatif sur la santé mentale et le fonctionnement psychosocial | <p>Communication sur les risques et participation communautaire</p> <p>Envisager l'isolement au sein du foyer pour les personnes à risque élevé exposées à un risque de stigmatisation</p> <p>Aide psychologique et sociale aux résidents protégés</p> |
| Violences physiques, abus sexuels ou toute autre forme d'abus ou de discrimination parmi les résidents | Faible observance Impact négatif sur la santé mentale et le fonctionnement psychosocial | <p>Communication et participation communautaire</p> <p>Zones vertes séparées pour les hommes et les femmes</p> <p>Mécanismes de protection s'appuyant sur la communauté</p> <p>Mécanisme clair pour recueillir les commentaires et les plaintes (par ex., par l'intermédiaire d'un organisme de gouvernance, la création d'un numéro d'appel spécial, etc.)</p> <p>Proposer immédiatement une autre solution de protection</p> <p>Aide psychologique et sociale</p> |

6 Prévention et contrôle des infections

Quelle que soit la configuration des zones vertes choisie, des mesures de contrôle des infections strictes mais réalistes doivent l'accompagner, ainsi que des règles de distanciation sociale au sein des zones vertes. Ceci est particulièrement important dans le cadre de l'option n° 3, en raison du risque de transmission à grande échelle si le virus est introduit au sein de la population concentrée dans les zones vertes.

6.1 Entre les zones vertes et l'extérieur

Il est capital de réduire le plus possible les contacts entre les résidents et les non-résidents ainsi que les déplacements des non-résidents au sein des zones vertes, afin de limiter le risque de transmission. Toutefois, il est essentiel que les interactions sociales avec la famille et les proches, qui apportent un soutien, soient maintenues afin de favoriser le bien-être des résidents, tout en faisant appliquer des mesures strictes de contrôle et de prévention des infections.

Les non-résidents ne devraient pas pénétrer dans les pièces/logements désignés comme zone verte, sauf si cela s'avère absolument nécessaire, et ce uniquement après s'être lavé les mains. Le respect de la distance de sécurité (environ 2 mètres) doit être fortement encouragé lors des interactions entre les résidents et les non-résidents.

Un point d'entrée unique et matérialisé doit être mis en place et surveillé : les entrées et sorties des personnes et des provisions passeront toutes par ce point. Un espace de visite proche du point d'entrée peut également être désigné à l'attention des non-résidents venant rendre visite aux résidents. Un nombre maximum de visiteurs autorisés à se trouver en même temps dans l'espace de visite devrait être stipulé. Une distance de sécurité (environ 2 mètres) devrait être respectée entre les résidents et les non-résidents au sein de l'espace de visite et tout contact physique devrait être évité. Les résidents comme les non-résidents doivent être encouragés à se laver les mains avant de pénétrer dans l'espace de visite. Les objets éventuellement présents dans cet espace, tels que des chaises en plastique, devront y rester et être nettoyés au savon et à l'eau, ou à l'aide de tout produit nettoyant disponible, après chaque utilisation. Il est également possible de réserver des chaises et autres objets à l'usage des résidents uniquement tandis que d'autres seront réservés aux non-résidents. Les non-résidents ne devraient pas pénétrer dans les zones vertes à l'exception de l'espace de visite, sauf si cela s'avère absolument nécessaire, et ce uniquement après s'être lavé les mains.

Pour éviter les contacts directs, la nourriture et les autres provisions fournies aux résidents pourront être déposées à l'entrée de la zone verte ou dans l'espace de visite. Les non-résidents devraient être encouragés à se laver les mains avant de toucher la nourriture et les provisions destinées aux résidents. Le cas échéant, ces provisions devraient être nettoyées au savon et à l'eau avant de pouvoir être collectées par les résidents près du point d'entrée.

Les résidents devraient quitter la zone verte uniquement pour recevoir des soins médicaux essentiels. Si, pour quelque raison que ce soit, un résident sort de la zone verte, il devrait être encouragé à respecter les mesures de distanciation sociale (p. ex., maintenir une distance de sécurité d'environ 2 mètres) et à se laver les mains au point d'entrée à son retour dans la zone verte.

Comme au temps de la lutte contre la variole (à la différence qu'on isolait alors les personnes infectées), il pourrait être acceptable de désigner (et éventuellement rémunérer) des membres de la communauté pour aider à gérer les points d'entrée des zones vertes. Leur rôle serait de surveiller avec bienveillance les allées et venues, de rappeler aux gens les comportements à adopter et d'organiser de l'aide si un résident d'une zone verte exprime le besoin de sortir de la zone.

6.2 À l'intérieur des zones vertes

L'une des mesures d'hygiène les plus importantes pour la prévention de la propagation/transmission de l'infection repose sur un lavage fréquent et correct des mains (25). Il est donc essentiel de garantir l'accès ininterrompu à l'eau et au savon pour le lavage des mains, non seulement pour les résidents, mais également, dans le cas de l'option n° 1, pour les non-résidents vivant dans le même foyer. La diffusion de messages clés sur le lavage des mains (comment et quand les laver) auprès des résidents (et des non-résidents) devrait être renforcée.

Comme cela a déjà été mentionné dans la section sur les principes fondamentaux, les zones vertes devraient, dans la mesure du possible, offrir suffisamment d'espace pour que les résidents ne soient pas obligés de dormir les uns à côté des autres et pour qu'ils ne soient pas regroupés en nombre trop important au sein d'une même zone verte.

Dans le cas de l'option n° 1, les résidents ne disposeront probablement pas d'installations permettant de se laver les mains dans leur zone verte. L'eau et du savon peuvent être fournis par les membres de leur foyer résidant à l'extérieur, en respectant les mesures d'hygiène déjà mentionnées.

Dans le cas des options n° 2 et 3, des installations permettant de se laver les mains pourraient être mises en place dans les zones vertes, à des endroits faciles d'accès. Au strict minimum, on devrait en trouver au point

d'entrée de chaque zone. En outre, dans la mesure du possible, des installations sanitaires (douches/latrines) et un point d'eau devraient être réservés aux résidents.

La ou les pièce(s)/le(s) logement(s) au sein des zones vertes devraient être tenus propres en permanence. Les résidents devraient être approvisionnés en produits et matériel de nettoyage¹ afin de pouvoir faire le ménage dans leurs espaces de vie.

6.3 Port de masques

L'OMS recommande le port du masque uniquement pour les personnes qui présentent des symptômes respiratoires ou les personnes en bonne santé qui prennent soin d'un malade(26). Les données sur l'efficacité du port du masque pour protéger le public ne sont pas univoques. Bien que certaines études suggèrent que le port d'un masque diminue le risque d'exposition au virus ainsi que le risque d'infection(27), les données disponibles pour le SARS-CoV-2 sont limitées. En outre, la protection offerte par les masques dépend grandement de la façon dont ils sont utilisés. Enfin, avec la propagation de la COVID-19, la demande en masques a explosé ; il faut donc les fournir en priorité à ceux qui en ont le plus besoin (dont les professionnels de santé).

Les masques ne doivent donc pas être considérés comme une condition préalable à la mise en œuvre de l'approche bouclier. Toutefois, si les communautés expriment le souhait de porter des masques ou d'autres dispositifs de protection faciale, ou si les autorités locales recommandent ou ont décrété leur port obligatoire, la communication sur les risques doit comprendre des informations claires sur l'utilisation correcte de ces masques et la manière de les jeter en toute sécurité.

7 Prise en charge des résidents de la zone verte qui présentent des symptômes

Au moment de la conception de l'approche avec la communauté, un mécanisme d'alerte devrait être identifié, pour permettre le signalement immédiat de tout résident qui viendrait à présenter des symptômes évocateurs de la COVID-19 (notamment une fièvre et au moins un signe/symptôme de maladie respiratoire, tel qu'une toux ou un essoufflement (28)). Tout résident chez qui de tels symptômes ont été signalés devra immédiatement s'isoler et, si les ressources disponibles le permettent, soumis à un test de dépistage de la COVID-19. Les modalités d'isolement pourront varier en fonction du contexte et de la configuration choisie. Elles devraient être discutées et décidées au moment de l'élaboration de la stratégie.

Le système d'alerte et ses modalités devraient être définis par la communauté, de sorte qu'il soit adapté au contexte et aux contraintes locales (telles que l'absence de réseau téléphonique) et reflète ses préférences. Quelle que soit l'option retenue, pour être efficace, ce système doit réunir les éléments fondamentaux suivants :

- Connaissance des risques : des informations adaptées sur les symptômes de la COVID-19 doivent être fournies aux résidents des zones vertes, afin de leur permettre de reconnaître les symptômes évocateurs de la maladie ;
- Des canaux de communication clairs doivent être établis et connus à tous les niveaux du système d'alerte, afin que chaque signalement soit effectué dans les délais les plus brefs ;

¹ Si possible, un premier nettoyage peut être effectué à l'aide de savon ordinaire ou de détergent, puis, après rinçage, un second nettoyage peut être effectué à l'aide d'un produit désinfectant ménager contenant 0,5 % d'hypochlorite de sodium(25). Si nécessaire, du matériel de nettoyage et de stockage de l'eau pourraient également être fournis (seaux, serpillères, balais, bidons, etc.).

- Des mécanismes clairs de réponse aux alertes doivent être définis et connus à tous les niveaux du système d'alerte, afin que les cas suspects de COVID-19 au sein des zones vertes puissent être immédiatement pris en charge (auto-isolement, référencement vers une structure de santé si symptômes sévères etc.).

Une possibilité pourrait être de désigner un interlocuteur privilégié parmi les membres de chaque comité d'aide sociale ou des autres réseaux de gouvernance communautaire. Tout cas de maladie évocatrice de la COVID-19 dans la zone verte sera signalé à cet interlocuteur, oralement, par téléphone ou SMS ou via tout autre moyen de communication adapté. Ces interlocuteurs seront ensuite chargés de veiller au respect des procédures d'auto-isolement et assureront la liaison avec les services de santé.

Actuellement, il n'existe pas de données claires au sujet de la conduite à adopter par les autres résidents de la zone verte au cas où l'un d'eux présenterait des symptômes de COVID-19 : selon l'intensité de la transmission en dehors de la zone verte à la même période, il pourra être tantôt moins risqué que cette personne reste dans la zone verte, tantôt préférable qu'elle retourne chez elle. Au minimum, les résidents devraient être encouragés à observer une distanciation physique très stricte pendant au moins une semaine avant de retourner aux règles normalement en vigueur dans la zone si aucun autre résident ne présente de symptômes. Comme expliqué auparavant, les résidents de la zone verte devraient être libres de quitter leur hébergement en zone protégée si cela leur paraît préférable.

8 Services d'assistance

Une réponse intersectorielle devrait être mise sur pied, en coordination avec les autorités locales, les organisations humanitaires locales et internationales et la communauté, pour garantir aux résidents des zones protégées des conditions de vie adaptées et des services d'assistance adéquats, comme entre autres la possibilité de s'approvisionner en nourriture ainsi que l'accès aux services de base et à l'aide sociale.

8.1 Distribution de provisions

Les membres du foyer des résidents protégés devraient pouvoir s'organiser comme ils l'entendent, avec l'aide des comités d'aide sociale ou d'autres organismes de gouvernance, pour fournir aux résidents isolés les biens essentiels (nourriture et articles ménagers) qui répondent à leurs besoins les plus fondamentaux et leur permettent de vivre dignement dans les zones vertes. Une personne ou une équipe pourrait être désignée comme responsable de la collecte de ces provisions et de leur dépôt au point d'entrée de la zone verte. Il pourrait s'agir d'un membre du foyer (option n° 1) ou d'un membre du comité d'aide sociale ou de tout autre organisme de gouvernance (options n° 2 et 3).

En outre, en fonction des besoins, les résidents protégés et les membres de leur foyer pourraient recevoir le soutien des acteurs du secteur humanitaire, afin de les aider à préserver leurs moyens de subsistance, de leur garantir des conditions de vie adéquates et de faciliter l'application des mesures de PCI. Ces aides pourraient inclure la distribution de produits non alimentaires (tels que des articles ménagers ou des fournitures d'hygiène), de bons alimentaires, d'argent liquide, de téléphones et de crédit téléphonique pour les résidents protégés et les membres de leur foyer, etc. Les modalités de distribution devront être définies avec précision et adaptées au contexte local afin de réduire le plus possible les risques de transmission.

8.2 Services de santé

Dans la mesure du possible, les services de soins de base doivent être amenés au plus près des zones vertes afin de limiter la nécessité pour les résidents de quitter leur zone protégée. Les prestations peuvent être fournies selon différentes modalités, en fonction du contexte et des ressources disponibles.

Une solution envisageable consiste à déployer des cliniques mobiles qui passeraient dans les zones vertes à intervalles réguliers ou à la demande, afin d'offrir des soins de santé de base aux résidents. Le nombre d'intervenants au sein de ces équipes médicales devrait être réduit au strict minimum nécessaire pour fournir des prestations de qualité. Le personnel devra respecter les règles de PCI applicables aux soins de santé, conformément aux directives de l'OMS concernant la COVID-19(29). Afin d'éviter les contacts au maximum, les résidents qui suivent un traitement médicamenteux de longue durée (p. ex. prise d'antihypertenseurs ou d'antirétroviraux) devraient recevoir des ordonnances pour la quantité maximale de médicament pouvant être prescrite en toute sécurité sur le plan médical. Les interventions au moyen de cliniques mobiles peuvent être difficiles à réaliser dans les zones urbaines très densément peuplées ou si une grande partie des personnes à risque élevé est isolée individuellement dans les foyers (option n° 1).

Une autre solution serait d'offrir des services de santé de proximité. Un (ou plusieurs) professionnel(s) de santé de l'établissement en charge de chaque secteur abritant des zones vertes pourrait être désigné pour effectuer des visites à domicile, à la demande. Une ligne de communication claire devrait être établie pour faire le lien entre les résidents protégés et l'établissement de soin dont ils dépendent. Un organisme de gouvernance communautaire et/ou des agents de santé communautaires pourraient en être chargés. En ce qui concerne les cliniques mobiles, le nombre d'intervenants au sein de ces équipes médicales devrait être réduit au strict minimum nécessaire pour fournir des prestations de qualité. Le personnel devra respecter les règles de PCI applicables aux soins de santé, conformément aux directives de l'OMS concernant la COVID-19(29).

En plus des solutions déjà évoquées, le personnel de santé pourrait proposer des consultations téléphoniques aux résidents protégés. Il pourrait ainsi faire un premier tri dans les patients et, selon les besoins, dispenser de l'aide et des conseils, organiser une visite à domicile ou l'envoi d'une équipe mobile, ou encore orienter les patients vers l'hôpital.

Si aucune des solutions déjà évoquées n'est possible, les soins de santé de base devront être dispensés au niveau des centres de santé. Toutefois, cette solution n'est pas encouragée car elle risque de compromettre certains avantages de la stratégie. Les professionnels de santé devraient porter des équipements de protection adaptés et respecter les règles de PCI applicables aux soins de santé, conformément aux directives de l'OMS concernant la COVID-19(29). Si possible, des mesures spécifiques devraient être prises, telles que la création de salles d'attente séparées pour les résidents, un respect très strict de la distanciation sociale dans les centres de soins, des horaires d'ouverture réservés aux résidents ou une salle de consultation réservée aux résidents au sein de la structure de santé.

Les résidents devraient également avoir accès aux services de santé secondaires. Les résidents doivent être isolés des autres patients autant que possible, par exemple en créant des salles d'attente et d'examen clinique séparées. L'hospitalisation devrait être évitée chaque fois que cela est possible et un traitement à domicile devrait être envisagé afin d'éviter l'exposition aux patients atteints de la COVID-19 présents dans l'hôpital. Si l'hospitalisation s'avère inévitable, les résidents ne devraient pas être admis dans un service où ils risqueraient d'être exposés à des patients atteints de la COVID-19, dans la mesure du possible. Une salle, un service ou des chambres isolés pourraient être désignés pour recevoir les résidents. Les mesures PCI devront être strictement respectées, conformément aux directives de l'OMS concernant la COVID-19. Les résidents hospitalisés en tant que cas suspecté de COVID-19 ne devraient pas être placés avec les autres patients COVID-19 tant que le diagnostic n'a pas été confirmé.

Les résidents des zones vertes peuvent être exposés à un risque important pour leur santé mentale en raison de l'isolement et du risque élevé qu'ils encourent de présenter une forme sévère de COVID-19, entre autres. Par conséquent, un soutien psychologique et social devrait leur être proposé. Ces services pourraient être intégrés à ceux offerts par les cliniques mobiles/dans le cadre de visites à domicile ou dispensés par téléphone. Un réseau communautaire de soutien psychosocial ou d'autres moyens innovants d'apporter ce soutien devraient être également pris en considération.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ : Le présent document d'orientation n'est pas un document officiel et n'a pas pour vocation de remplacer les directives locales ou internationales en vigueur sur la lutte contre la COVID-19. Le présent document n'a pas été soumis à une relecture officielle par des pairs et ne représente pas nécessairement le point de vue ou les recommandations de la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

9 Bibliographie

1. Neiderud C-J. How urbanization affects the epidemiology of emerging infectious diseases. *Infect Ecol Epidemiol* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 7];5(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.3402/iee.v5.27060>
2. Johnstone-Robertson SP, Mark D, Morrow C, Middelkoop K, Chiswell M, Aquino LDH, et al. Social Mixing Patterns Within a South African Township Community: Implications for Respiratory Disease Transmission and Control. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2011 [cited 2020 Apr 7];174(11):1246–55. Available from: <http://aje.oxfordjournals.org/>
3. Alirol E, Getaz L, Stoll B, Chappuis F, Loutan L. Urbanisation and infectious diseases in a globalised world. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2011;11(2):131–41. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70223-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70223-1)
4. Moreno EL. Concepts, definitions and data sources for the study of urbanization: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2017.
5. Un-Habitat. UN-Habitat: Twenty First Session of the Governing Council [Internet]. 2007 [cited 2020 Apr 7]. Available from: www.unhabitat.org
6. ICRC. Displaced in Cities [Internet]. 2018. Available from: https://shop.icrc.org/displaced-in-cities-experiencing-and-responding-to-urban-internal-displacement-outside-camps-2822.html?__store=default
7. Jarvis C, Zan Vandvoort K, Gimma A, Prem K, Klepac P, Rubin GJ, et al. Quantifying the impact of physical distance measures on the transmission of COVID-19 in the UK. 2020.
8. Dahab M, Zandvoort K Van, Flasche S, Warsame A, Spiegel PB, Waldman J, et al. COVID-19 control in low-income settings and displaced populations : what can realistically be done ?
9. Van Zandvoort K, Jarvis CI, Pearson CAB, Davies NG, Russell TW, Kucharski AJ, et al. Response strategies for COVID-19 epidemics in African settings: a mathematical modelling study. 2020.
10. Gillespie AM, Obregon R, Asawi R El, Richey C, Manoncourt E, Joshi K, et al. Social Mobilization and Community Engagement Central to the Ebola Response in West Africa: Lessons for Future Public Health Emergencies. *Glob Heal Sci Pract* [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 26];4(4):626–46. Available from: www.ghspjournal.org
11. Andrew C, Mark J, Warren-Gash C, Guthrie B, Wang HH, Mercer SW, et al. How many are at increased risk of severe COVID-19 disease? Rapid global, regional and national estimates for 2020 | CMMID Repository [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 30]. Available from: https://cmmid.github.io/topics/covid19/Global_risk_factors.html
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Information for healthcare professionals Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. 2020.
13. Dong Y, Mo X, Hu Y. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *Pediatr* (pre-publication release) [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 26]; Available from: www.aappublications.org/news
14. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;2019:24–7.
15. Sinha IP, Harwood R, Semple MG, Hawcutt DB, Thursfield R, Narayan O, et al. COVID-19 infection in children. *Lancet Respir* [Internet]. [cited 2020 Mar 30]; Available from: <https://doi.org/10.1016/S2213-2600>
16. Calder PC, Jackson AA. Undernutrition, infection and immune function. *Nutr Res Rev*. 2000;13:3–29.
17. Permar SR, Griffin DE, Letvin NL. Immune Containment and Consequences of Measles Virus Infection in Healthy and Immunocompromised Individuals. *Clin Vaccine Immunol*. 2006;13(4):437–43.

18. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020 Mar 7;395(10226):809–15.
19. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020 Mar;
20. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, Hardwick H, Pius R, Norman L, et al. Features of 16,749 hospitalised UK patients with COVID-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol. *JmedRxiv* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 30]; Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.04.23.20076042>
21. CDC. What people with HIV should know about COVID-19. 2020.
22. Finkelstein DM, Williams PL, Molenberghs G, Feinberg J, Powderly WG, Kahn J, et al. Patterns of Opportunistic Infections in Patients with HIV In...: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirology* [Internet]. 1996 [cited 2020 Mar 31];12(1):38–45. Available from: https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/1996/05010/Patterns_of_Opportunistic_Infections_in_Patients.6.aspx
23. Chen Y, Wang Y, Fleming J, Yu Y, Gu Y, Liu C, et al. Active or latent tuberculosis increases susceptibility to COVID-19 and disease severity [Internet]. *medRxiv*. 2020 [cited 2020 Mar 26]. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.03.10.20033795>
24. WHO. Risk communication and community engagement readiness and response to coronaviruse disease (COVID-19). 2020.
25. WHO. Water, sanitation, hygiene and waste management for the COVID-19 virus. 2020.
26. WHO. When and how to use masks [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 9]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>
27. Van Der Sande M, Teunis P, Sabel R. Professional and Home-Made Face Masks Reduce Exposure to Respiratory Infections among the General Population. *PLoS One* [Internet]. 2008 [cited 2020 Apr 9];3(7). Available from: <http://www.osha.gov/pls/>
28. WHO. Global Surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2020. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))
29. WHO. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected. Vol. 38. 2020.