



Orientations pour la prévention des infections par le COVID-19 parmi les personnes à risque élevé dans les camps et autres sites de ce type

Version : 31 mars 2020

Auteur : Caroline Favas

Contributeurs : Nada Abdelmagid, Francesco Checchi, Sylvia Garry,
Prudence Jarrett, Ruwan Ratnayake, Abdihamid Warsame

Sommaire

Liste des acronymes	3
1 Introduction	4
2 Principes généraux	4
3 Qui protéger et isoler au sein des zones vertes ?	5
4 Création de zones protégées ou « zones vertes »	8
5 Mise en œuvre	11
5.1 Communication sur les risques et participation communautaire	11
5.2 Création de comités d'aide sociale pour les zones vertes	11
5.3 Étapes préalables à la mise en place des zones vertes	12
5.4 Tenue d'un registre des résidents des zones vertes	12
5.5 Points spécifiques à prendre en considération	13
6 Prévention et contrôle des infections	13
6.1 Entre les zones vertes et le reste du camp	13
6.2 À l'intérieur des zones vertes	14
7 Prise en charge des résidents de la zone verte qui présentent des symptômes	15
8 Services d'assistance	15
8.1 Distribution de provisions	15
8.2 Services de santé	15
9 Bibliographie	17

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
ONG	Organisation non-gouvernementale
PCI	Prévention et contrôle des infections
PFMR	Pays à faible et à moyen revenu
SARS-CoV-2	Coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
SMS	Short message service
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 déplacées de force qui résident dans des camps ou autres sites de ce type¹ sont susceptibles d'être particulièrement vulnérables à des épidémies de COVID-19 en raison de la surpopulation, d'un manque d'accès à l'eau salubre et à des installations sanitaires, ainsi que d'un accès limité aux services de santé (1,2). En l'absence de mesures de contrôle, les camps et autres sites du même type risquent de connaître des taux d'attaque et une mortalité très élevés. Cela se traduirait par un très grand nombre de patients nécessitant des soins intensifs sur une brève période (quelques mois), comme le suggèrent les prévisions par modélisation réalisées pour les camps de réfugiés du district de Cox's Bazar, au Bangladesh (3).

Les mesures d'endiguement coûteuses en ressources qui imposent des restrictions de déplacements et contacts très strictes à l'ensemble de la population, telles que les mesures collectives de confinement, de distanciation sociale, d'auto-isollement et de mise en quarantaine, risquent de ne pas être adaptées à certains camps ou sites du même type, où il serait matériellement impossible de mettre de telles mesures en place ou de les maintenir sur une longue période sans menacer les moyens de subsistance des populations (4). Plus généralement, pour que ces mesures destinées à l'ensemble de la population parviennent à réduire sensiblement le taux de transmission du COVID-19, il faudrait qu'elles soient très scrupuleusement respectées : en effet, il est fort probable que la transmissibilité de base du virus dans des camps surpeuplés offrant un accès inadéquat aux installations sanitaires s'avère nettement supérieure à la transmissibilité observée jusqu'ici dans des communautés disposant d'importantes ressources. C'est pourquoi il pourrait 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 le COVID-19 au sein des populations déplacées, afin de réduire la mortalité et la pression sur les services de santé : c'est ce que l'on appelle l'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 camps et autres sites de même type accueillant des réfugiés, des populations déplacées internes ou des migrants. Il est destiné aux communautés de personnes déplacées elles-mêmes, aux acteurs humanitaires et aux officiels assurant la gestion/la coordination des camps.

2 Principes généraux

La stratégie de protection 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) mise en place d'une capacité d'hospitalisation suffisante ; (ii) mise à disposition d'un vaccin ou d'options thérapeutiques efficaces pour un large public ou (iii) recul de l'épidémie de COVID-19 touchant la population du camp 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 ».

La principale caractéristique de cette stratégie est la création de « zones vertes », au sein de chaque foyer, quartier ou secteur d'un camp, dans lesquelles les personnes à risque élevé sont relogées temporairement. Ces zones vertes sont destinées à limiter les contacts au maximum avec les autres membres de la famille et les résidents du camp moins susceptibles de développer une forme sévère de la maladie. Le choix de configuration de ces zones vertes dépendra du contexte socio-culturel et des caractéristiques pratiques de

¹ On entend ici par « camps ou sites du même type », les populations déplacées de force, y compris les réfugiés et les personnes déplacées vivant dans des camps d'accueil officiels ou informels à forte densité de population, dans des abris individuels ou collectifs.

chaque camp : 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 possible localement, un système de dépistage (test) et de référencement des résidents 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 contaminés par le virus. Son impact sur la mortalité directement attribuable au 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. Du fait que les personnes à risque élevé représentent, en nombre, une part peu importante de la population, cette intervention n'a pratiquement pas d'influence sur l'acquisition d'une immunité collective (via 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. Cela reposera sur l'implication et la participation de la communauté au moment de la conception et de la mise en œuvre de cette stratégie ainsi que sur les capacités à communiquer, au niveau local et via des canaux adaptés, des informations exactes et cohérentes (5). 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.

3 Qui protéger et isoler 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 pour le groupe à protéger. Ces critères reposent sur les connaissances actuelles et sur des hypothèses plausibles en matière de réduction des risques là où nous ne disposons pas encore de données validées. Les critères d'inclusion liés à l'existence de comorbidités doivent être appliqués uniquement si le statut de la maladie est connu.

Les décès dus au COVID-19 surviennent dans toutes les tranches d'âge, y compris chez des patients apparemment 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 de compromettre les avantages potentiels de cette approche.

Actuellement, aucune donnée ne prouve que la malnutrition aiguë augmente le risque de développer une forme sévère de COVID-19 (6). En outre, les manifestations cliniques du COVID-19 chez l'enfant paraissent moins sévères que chez l'adulte et le taux de létalité semble diminuer avec l'âge (7,8). 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 et de traitement précoce 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 (9), 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 limités.

La grossesse ne semble pas être associée à un risque accru de développer une forme sévère de COVID-19 (6). 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).

Tableau 1 : 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 du COVID-19 semble augmenter avec l'âge, en particulier chez les personnes de 70 ans et plus (8,10). 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 camps), jusqu'à ce que des données probantes soient disponibles.
MNT	Hypertension, diabète, maladie cardiovasculaire ; 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'hypertension, le diabète et les maladies cardiovasculaires paraissent associées à un risque accru de développer une forme sévère de COVID-19 et de décès(8,10). 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 ne suggère un risque accru lié au COVID-19 chez les personnes atteintes du VIH. Toutefois, les personnes séropositives au VIH présentent une plus grande vulnérabilité aux infections (11,12). 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 au COVID-19 et à la sévérité de cette maladie (13). Toutefois, les patients atteints de TB auront besoin d'être isolés séparément des autres (voir ci-dessous).
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 (6). 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 donc pas entraîner un surcroît de charge de travail. C'est pourquoi nous suggérons d'inclure les 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 (en attendant des 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 du COVID-19. C'est pourquoi nous suggérons d'inclure les 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. Au niveau du bloc/quartier
3. Au niveau du secteur²

Chaque option présente des avantages et des inconvénients/risques qui doivent être minutieusement examinés lors de l'élaboration d'une stratégie par la communauté. 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 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 zones réservées aux hommes/aux femmes). Toutefois, ces ajustements au contexte local ne doivent 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.

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 abris³. Les zones vertes devraient plutôt être créées en procédant à des échanges/en libérant certains abris, en fonction des préférences de la communauté.
- Pour éviter que les personnes se sentent mises à l'écart de force / limiter le risque de stigmatisation, les zones vertes ne devront pas nécessairement être matérialisées par des barrières.
- La zone verte et les espaces de vie pour les résidents à risque élevé doivent répondre à des normes minimales(14). Par exemple, ces zones doivent être nettement moins peuplées que le reste des hébergements du camp afin de permettre à chacun de disposer d'un espace séparé pour dormir et de limiter au maximum le nombre de personnes partageant un abri au sein de la zone verte. En outre, ces zones devraient être équipées d'installations sanitaires (latrines/toilettes et douches).
- Les résidents des zones vertes doivent, si possible, se connaître ou avoir 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, quelques « aidants » (p. ex., 1 aidant pour 5 à 10 résidents) pourront être isolés 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, et devraient 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 au COVID-19 et guéries, car elles devraient présenter une immunité au moins temporaire à la maladie.
- Dans la mesure du possible, l'un des abris de la « zone verte » doit être réservé à l'auto-isolement des résidents qui présenteraient des symptômes évocateurs du COVID-19 (voir ci-dessous).

² Dans un camp ou un site de même type, un secteur se compose de plusieurs blocs. Un bloc est un groupe d'abris ou un abri collectif accueillant plusieurs familles/ménages.

³ Nous appelons ici « abri » tout type d'habitation dans laquelle vit la population déplacée (p. ex. des tentes bâchées en plastique, des logements préfabriqués etc...).

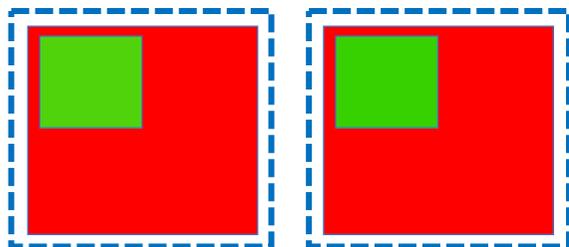
Option n° 1 : Au niveau du foyer

Zone verte : espace désigné au sein du foyer (une pièce spécifique ou un abri dans le cas d'un foyer composé d'un ensemble de plusieurs abris).

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 creuses durant lesquelles les enfants dorment) et, lorsque de tels déplacements ont lieu, des mesures de distanciation sociale doivent être mises en œuvre.



Foyer Zone verte

Foyer (il peut s'agir d'un abri individuel ou d'un ensemble de plusieurs abris)

Option n° 2 : Au niveau du bloc/quartier

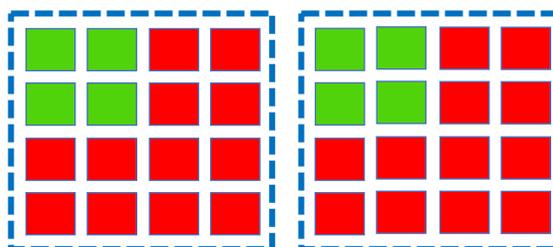
Zone verte : abri / groupe d'abris (rassemblant un maximum de 5 à 10 ménages) spécifiquement désignés au sein d'une petite section du camp (p. ex., au sein d'un bloc).

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.



Abri Abri classé « zone verte »

Petite zone du camp (comptant 5 à 10 foyers/abris au sein du même quartier/bloc)

Option n° 3 : Au niveau du secteur

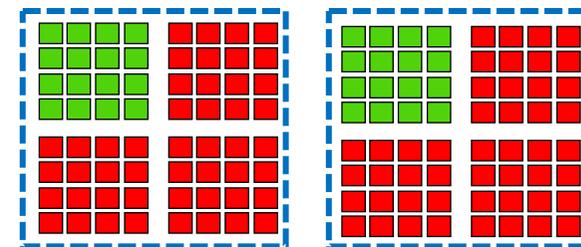
Zone verte : un groupe spécifique d'abris au sein d'un secteur du camp (max. de 50 personnes à risque élevé par zone verte).

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.



Abri Abri classé « zone verte »

Secteur du camp

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>Possible dans les ensembles de plusieurs abris ou les logements comprenant plusieurs pièces (non recommandé si l’abri est occupé par plusieurs familles)</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 camps les plus étendus en raison du grand nombre de zones vertes</p> <p>Mise en œuvre des mesures de prévention des infections</p> <p>Plus de risques de « fuites » (nécessité de se déplacer hors de la zone verte, p. ex. pour accéder aux douches/latrines)</p>
2. Isolement au niveau du bloc ou quartier	<p>Tous les types de camps, en particulier si les abris à une seule pièce sont courants (auquel cas l’option n° 1 n’est pas envisageable)</p> <p>La communauté 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>Plus 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 secteur	<p>Camps de grande envergure (p. ex. de plus de 15 000 personnes) ou</p> <p>Isolement à plus petite échelle (option n° 2) impossible à mettre en place/rejetée par la communauté</p> <p>Espace suffisant dans le camp pour mettre en place des zones vertes</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 (les personnes à risque élevé sont réunies dans quelques zones dédiées)</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 prévention et contrôle des infections (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 Communication sur les risques et participation communautaire

Sauf si le contexte local du camp (p. ex., des tensions déjà présentes au sein de la communauté) impose l'adoption d'une approche verticale, la mise en œuvre de la ou des options choisies devrait être 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 la zone verte, des abris qui seront libérés/feront l'objet d'un échange et des équipements (p. ex. des lits et articles ménagers) à déplacer d'un abri à l'autre.

Plus fondamentalement, les acteurs humanitaires devraient impérativement, en anticipation de cas de transmission locale ou dès le début de l'épidémie, s'engager pro-activement auprès des communautés et les impliquer, afin de :

- 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), par le biais d'une communication sur les risques fondée sur la médiation et adaptée au contexte socio-culturel. Si cela est utile, l'expérience vécue par d'autres sites pourrait être rapportée ;
- Leur présenter les principales options pour la mise en place des zones vertes et leur communiquer les principales exigences en matière de prévention des infections ;
- Donner aux membres de la communauté 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, ce sont eux, et non les organismes de gestion du camp, qui sont à même de concevoir la solution la mieux adaptée localement. Les acteurs humanitaires les assisteront ensuite à mettre cette solution en place.

5.2 Création de comités d'aide sociale pour les zones vertes

La création de comités d'aide sociale pourrait faciliter l'acceptation et l'adhésion aux dispositifs des zones vertes et mesures de protection. Un comité d'aide sociale par zone verte (ou par groupe de zones vertes dans le même secteur du camp si l'option 1 ou 2 a été retenue) pourrait être établi. Sa 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 comités d'aide sociale pourraient assumer les 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 autres informations pertinentes ;
- Mettre en place 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 par des personnes résidant hors de la zone verte ;
- Assurer la liaison avec les services de santé du camp au cas où un résident aurait besoin de soins ou présenterait des symptômes évocateurs du COVID-19 ;
- Recueillir les commentaires et les plaintes.

Une autre possibilité (qui peut être complémentaire) serait de s'appuyer sur les réseaux existants d'agents de santé communautaire, à condition que ceux-ci fonctionnent bien, que ces travailleurs communautaires soient bien acceptés au sein de la population et que cela ne représente pas une charge de travail supplémentaire ingérable. Les bénévoles de la Croix-Rouge / du Croissant-Rouge pourraient également jouer un rôle important.

Les membres du comité d'aide sociale (ou les agents de santé communautaire) devraient recevoir des informations et du matériel adaptés (p. ex., des carnets, des stylos, du crédit téléphonique) de façon à ce qu'ils puissent remplir leurs fonctions correctement.

5.3 Étapes préalables à la mise en place des zones vertes

Les abris, latrines/toilettes, douches et autres objets (p. ex. les 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 et au sein de son foyer) avant d'aller s'installer dans la zone verte qui lui est attribuée.

Les comités d'aide sociale et autres groupes de soutien désignés (tels que les bénévoles de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge, les ONG) devront 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.

5.4 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 doivent 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 d'installations d'hygiène et d'assainissement nécessaires au respect des mesures de PCI (voir le chapitre suivant) ;
- La mise au point d'un mécanisme d'alerte adéquat pour signaler et isoler immédiatement les résidents qui présentent des symptômes évocateurs du COVID-19 ;
- Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie.

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.

5.5 Points spécifiques à prendre en considération

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 devraient être isolées 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 venir de 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 immunodéficience sévère, des personnes âgées atteintes de démence ou des personnes atteintes de troubles psychiques graves. Dans ces cas spécifiques, l'isolation 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'isolation individuelle ou dans une autre zone verte. En règle générale, *nul ne devrait être forcé de rester dans une zone verte contre son gré.*

6 Prévention et contrôle des infections

Quelle que soit l'option 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 regroupée dans les zones vertes.

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 ».

6.1 Entre les zones vertes et le reste du camp

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, les interactions sociales avec la famille et les proches, qui apportent un soutien, doivent être maintenues afin de favoriser le bien-être des résidents, tout en faisant appliquer des mesures strictes de contrôle et de prévention des infections.

Dans le cadre des options n° 1 et 2, les non-résidents ne devraient pas pénétrer dans les pièces/abris désignés comme « zone verte », sauf si cela s'avère absolument nécessaire et ce uniquement après s'être lavé les mains. Les interactions entre les résidents et les non-résidents devraient avoir lieu dans le respect de la distance de sécurité (environ 2 mètres).

Dans le cadre de l'option n° 3, il est préférable que les lignes de démarcation des zones vertes restent virtuelles afin que ces zones soient mieux acceptées et pour atténuer le risque de stigmatisation. Toutefois, un point d'entrée unique et matérialisé doit être mis en place : les entrées et sorties de personnes et de provisions devront toutes passer par ce point. Un espace de visite proche du point d'entrée devra 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, en fonction des dimensions de cet espace. 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 devront 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.

La nourriture et les autres provisions fournies aux résidents doivent être déposées à l'entrée de la zone verte (options n° 1 et 2) ou dans l'espace de visite (option n° 3). 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). À son retour dans la zone verte, le résident devrait se laver les mains au niveau du point d'entrée.

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 (15). Il faut donc 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 abri. La diffusion de messages fondamentaux 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 expliqué dans la section sur les principes fondamentaux, les zones vertes devraient, dans la mesure du possible, être moins peuplées que les autres zones du camp. Le fait de dormir les uns à côté des autres et la concentration d'un grand nombre de résidents dans le même abri sont à éviter, même au prix d'un surpeuplement accru parmi les personnes à moindre risque en dehors de ces zones.

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. Les personnes partageant leur abri devraient leur fournir de l'eau et du savon 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 devraient 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 mis à disposition des résidents afin de limiter leurs déplacements hors de la zone verte.

Les abris au sein des zones vertes devraient être tenus propres en permanence. Les résidents devraient être approvisionnés en produits et matériel de nettoyage⁴ afin de pouvoir faire le ménage dans leur espace de vie.

⁴ Si possible, un premier nettoyage devrait être effectué à l'aide de savon ordinaire ou de détergeant, puis, après rinçage, un second nettoyage devrait être effectué à l'aide d'un produit désinfectant ménager contenant 0,5 % d'hypochlorite de

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

Un mécanisme d'alerte devrait être mis en place pour permettre le signalement immédiat de tout résident qui viendrait à présenter des symptômes évocateurs du COVID-19 (notamment une fièvre et au moins un signe/symptôme de maladie respiratoire, tel qu'une toux ou un essoufflement (16)). Tout résident chez qui de tels symptômes ont été signalés devrait être immédiatement isolé et, si les ressources disponibles le permettent, soumis à un test de dépistage du COVID-19. Les modalités d'isolement pourront varier en fonction du contexte et de la configuration choisie. Elles devraient être décidées et mises en place au moment de l'élaboration de la stratégie par la communauté.

Ce mécanisme d'alerte et ses modalités devraient être définis par la communauté de sorte qu'ils soient adaptés au contexte, aux contraintes locales (telles que l'absence de réseau téléphonique) et reflète ses préférences. Une possibilité consiste à désigner des interlocuteurs privilégiés : un membre de chaque comité d'aide sociale, des agents de santé communautaire ou des bénévoles de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge le cas échéant. Tout cas de maladie évocatrice du COVID-19 dans la zone verte sera signalé à cet interlocuteur soit oralement, soit 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 du camp.

8 Services d'assistance

La mise en place d'une coordination intersectorielle entre les acteurs humanitaires du camp est indispensable pour garantir des conditions de vie adéquates et l'accès aux services de base et à l'aide sociale aux résidents des zones vertes.

8.1 Distribution de provisions

Les résidents protégés devraient bénéficier de distributions de provisions (nourriture et produits non alimentaires) organisées dans l'enceinte du camp dans le respect des normes (17). Une personne ou une équipe devrait 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), d'un membre du comité d'aide sociale ou d'un agent de santé communautaire (options n° 2 et 3).

8.2 Services de santé

Dans la mesure du possible, les services de soins de base devront être amenés au plus près des zones vertes afin de limiter les déplacements des résidents hors de 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

sodium (15). Si nécessaire, du matériel de nettoyage et de stockage de l'eau devraient également être fourni (seaux, serpillères, balais, bidons etc...).

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 le COVID-19(18). Afin d'éviter les contacts au maximum, les résidents qui suivent un traitement médical 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.

S'il est absolument impossible de mettre en place des cliniques mobiles ou d'autres solutions innovantes, les soins de santé de base seront dispensés au niveau des centres de santé. Toutefois, cette solution n'est pas encouragée car elle risque de compromettre certains avantages de l'approche « bouclier ». 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 le COVID-19 (18). 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 du centre de soins.

Les résidents devraient également avoir accès aux services de santé secondaires, tout en étant 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 du 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 du COVID-19, dans la mesure du possible. Une salle, un service ou des chambres isolés devraient être désignés pour recevoir les résidents. Les mesures PCI devront être strictement respectées, conformément aux directives de l'OMS concernant le 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. On pourra notamment envisager d'intégrer ce type de services à ceux offerts par les cliniques mobiles proposant des soins de base. D'autres moyens innovants pour apporter ce soutien devraient être également pris en considération.

Clause de non-responsabilité : Ce document n'est pas un document officiel et ne remplace pas les directives globales ou locales pour le contrôle du COVID-19. Ce document n'a pas été formellement revu par des pairs et ne représente pas nécessairement les opinions ou conseils de la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

9 Bibliographie

1. WHO. Pandemic influenza preparedness and mitigation in refugee and displaced populations WHO guidelines for humanitarian agencies Second edition. 2008.
2. Blundell H, Milligan R, Norris SL, Garner P. WHO guidance for refugees in camps: systematic review. *BMJ Open*. 2019;9:1–7.
3. Truelove S, Abraham O, Altare C, Azman AS, Spiegel PB. COVID-19: Projecting the impact in Rohingya refugee camps and beyond. 2020.
4. 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 ?
5. 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
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Information for healthcare professionals Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. 2020.
7. 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
8. 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.
9. Calder PC, Jackson AA. Undernutrition, infection and immune function. *Nutr Res Rev*. 2000;13:3–29.
10. 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;
11. CDC. What people with HIV should know about COVID-19. 2020.
12. 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
13. 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>
14. The Sphere Handbook [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 12]. Available from: https://handbook.spherestandards.org/en/sphere/#ch007_004
15. WHO. Water , sanitation , hygiene and waste management for the COVID-19 virus. 2020.
16. 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))
17. UNHCR. Commodity distribution (NFIs, food) - UNHCR|Emergency Handbook [Internet]. [cited 2020 Mar 28]. Available from: <https://emergency.unhcr.org/entry/43130/commodity-distribution-nfis-food>
18. WHO. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected. Vol. 38. 2020.