LES MESURES DE CONFINEMENT FONCTIONNENT-ELLES POUR LES MALADIES À TRANSMISSION VECTORIELLE ET D'AUTRES MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES ET RÉ-ÉMERGENTES ?

UNE NOTE DE RECHERCHE À L'INTENTION DES DÉCIDEURS POLITIQUES MONDIAUX ET NATIONAUX

©IRD – Vincent Robert

RÉSUMÉ

Plusieurs mesures visant à endiguer les épidémies de maladies infectieuses sont en place à l'échelle mondiale. Toutefois, leur mise en œuvre et leur efficacité sont insuffisamment répertoriées. Nous avons réalisé un examen de la portée des mesures de confinement pour les maladies à transmission vectorielle (MTV) et d'autres maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes. Les articles examinés (n=31) ont démontré que les stratégies de confinement étaient avant tout conçues et lancées une fois les épidémies déjà déclarées et établies. La majorité des études présentaient des expériences portant sur la prestation de services de soins et des interventions environnementales ou à caractère sanitaire, avec peu d'interventions à base communautaire. Elles ne comportaient aucun renseignement sur des pratiques standardisées, des processus de mise en œuvre ou des modifications apportées aux interventions initialement conçues. L'évaluation de l'efficacité se faisait généralement par observation et était rarement de nature expérimentale. Les recommandations présentées dans les publications servaient à créer une liste de recommandations à l'intention des parties prenantes qui pouvaient ensuite être utilisées pour concevoir ou mettre en œuvre ultérieurement des directives propres à la gestion des épidémies.

CE QU'IL FAUT RETENIR

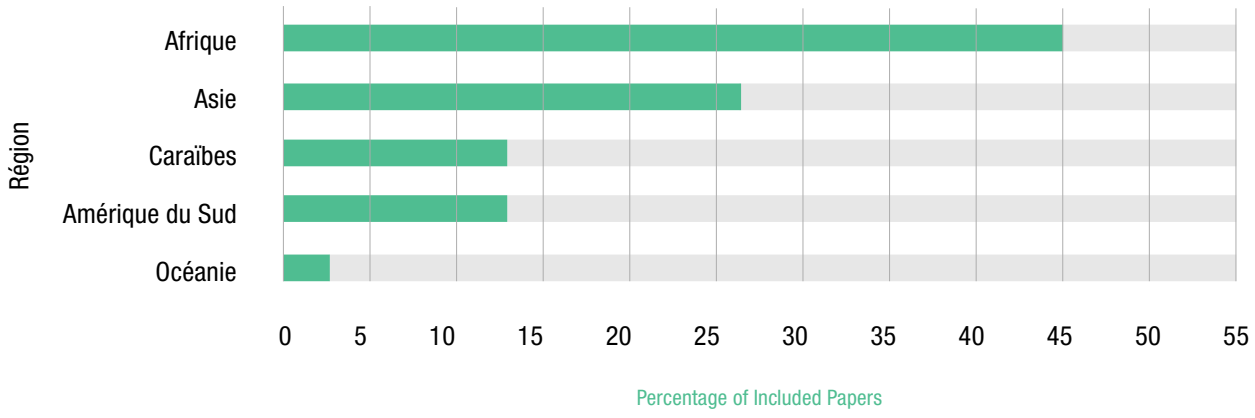
- **En présence de maladies cycliques ou saisonnières, les stratégies de confinement des épidémies doivent être planifiées ou conçues au préalable, dans la mesure du possible.**
- **La consignation systématique du modèle et du mode de mise en œuvre des mesures de confinement est nécessaire pour améliorer la création de directives standardisées à usage général.**
- **Il a été rapporté que l'amélioration de la structure du système de santé, notamment la formation des prestataires de soins, de la surveillance, et de la gestion et de l'affectation des ressources (lits, médicaments, etc.) constituaient des mesures efficaces pour endiguer les épidémies.**
- **L'inclusion de mesures environnementales et sanitaires, telles que la décontamination, la mise en quarantaine et la brumisation ont été citées parmi les mesures de confinement les plus fréquemment utilisées.**

INTRODUCTION

L'accélération de la croissance urbaine favorise l'émergence et la réémergence de maladies à transmission vectorielle et d'autres maladies infectieuses. Les mesures de confinement (MC) sont des stratégies mises en place pour la prévention et le contrôle efficaces des épidémies. Pour améliorer ces mesures à l'avenir, nous devons déterminer celles qui ont été mises en œuvre par le passé, évaluer leur efficacité et remédier aux lacunes de connaissances exposées précédemment. Bien que l'éclosion de certaines maladies puisse être prédite/anticipée, les systèmes de santé sont pris au dépourvu par des agents pathogènes nouveaux ou ré-émergents rendant difficile la prise en charge des épidémies. Par conséquent, pour vérifier les connaissances relatives à l'efficacité des mesures de confinement des maladies à transmission vectorielle et d'autres maladies infectieuses émergentes ou ré-émergentes en milieu urbain, nous avons réalisé un examen de la portée de ces mesures à travers un certain nombre de publications. Nous présentons ici un résumé des résultats et fournissons une liste de recommandations à l'intention des décideurs politiques.

APPROCHE

Nous avons recherché des bases de données sanitaires de premier plan pour consulter des articles publiées entre 2000 et 2016, avec au total 31 articles inclus dans notre examen sur la portée de ces mesures. Les études en question ont été réalisées en Afrique (n=14 ; 45%), en Amérique du Sud (n=4 ; 13%), en Asie (n=8 ; 26%), dans les Caraïbes (n=4 ; 13%) et en Océanie (n=1 ; 3%).

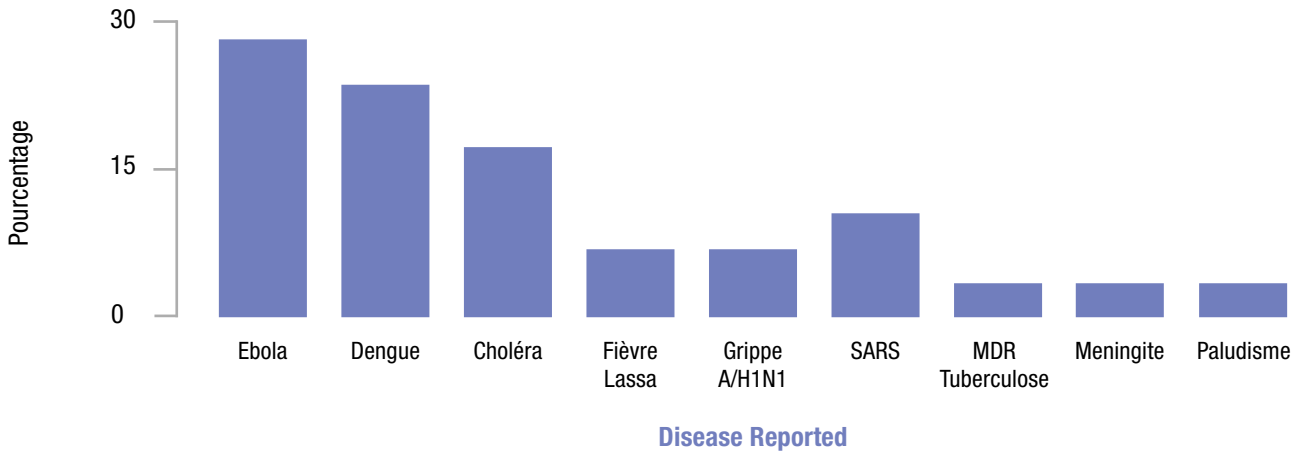


RÉSULTATS

Notre examen indique un degré d'efficacité variable des mesures de confinement, étant donné les différents modes de conception et de mise en œuvre et les différents facteurs contextuels. La plupart des renseignements obtenus concernaient des maladies de nature cyclique ou saisonnière. Plusieurs mesures de confinement ont été utilisées en simultané, bien que l'évaluation de leur efficacité n'ait été fondée que sur des observations sans indicateur standardisé ou directive préétablie.

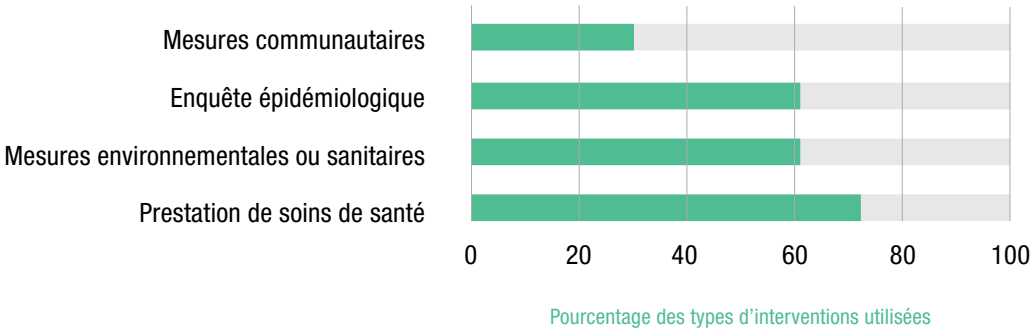
1. RÉPARTITION DES MALADIES

Parmi les maladies en question figuraient la maladie à virus Ebola (n=9 ; 29%), la fièvre dengue (n=7 ; 23%), le choléra (n=5 ; 16%), la fièvre Lassa (n=2 ; 6%), la grippe A/H1N1 (n=2 ; 6%), la maladie à infection respiratoire aigüe (n=3 ; 10%), la tuberculose multirésistante (n=1 ; 3%), la méningite (n=1 ; 3%) et le paludisme (n=1 ; 3%).



2. TYPES D'INTERVENTIONS UTILISÉES

Les mesures étaient regroupées en quatre catégories : prestation de soins de santé (n=22 ; 71%) enquête et/ou surveillance épidémiologique (n=19 ; 61%), mesures environnementales ou sanitaires (n=19 ; 61%) et mesures communautaires (n=9 ; 29%).



3. EFFICACITÉ RAPPORTÉE (EN MOYENNE) / PERSPECTIVE

La plupart des articles (24 sur 31) ont, dans l'ensemble, rapporté des résultats positifs, notamment en termes de réduction de la charge de morbidité et de propagation des maladies. Les résultats utilisés pour évaluer l'efficacité des interventions variaient grandement parmi les articles et comprenaient entre autres.

- Le nombre de cas
- Les taux de cas de décès
- Les indices entomologiques
- Les retards de détection des maladies ou le temps s'écoulant entre le début d'une maladie et l'hospitalisation
- La proportion de contacts parmi les nouveaux cas
- Le nombre de cas évités

4. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE ET TRANSFÉRABILITÉ

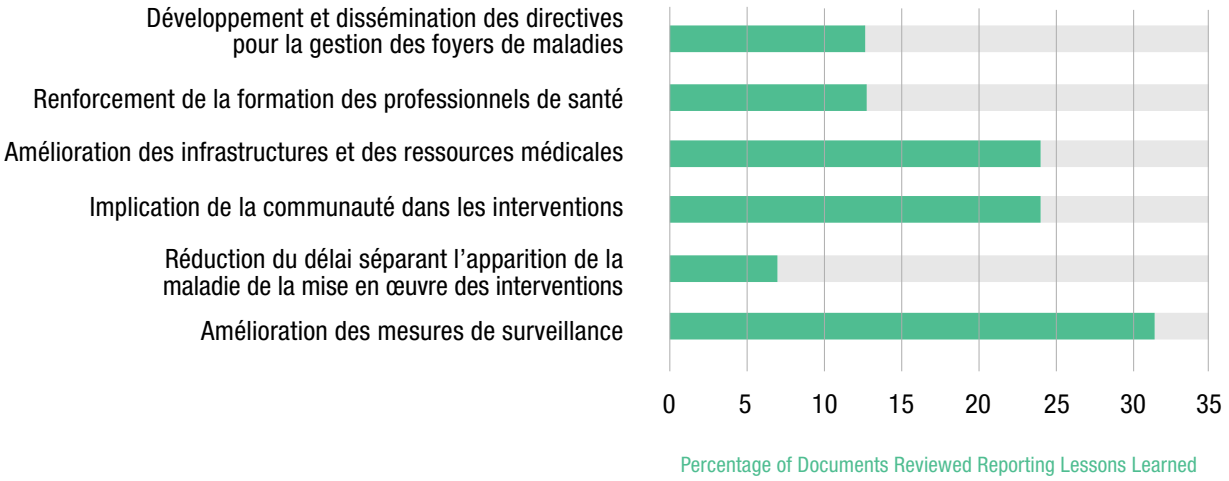
La population récipiendaire doit être mieux décrite tout en rapportant les mesures mises en œuvre. Seuls huit articles fournissaient des renseignements portant sur les caractéristiques épidémiologiques et/ou sociodémographiques. Les facteurs institutionnels influençant les interventions, tels que la volonté et l'engagement politiques ou les perceptions positives des décideurs politiques par rapport à l'intervention, ont rarement été décrits. Parmi les types de partenaires impliqués dans les interventions figuraient des organisations internationales (par exemple, l'OMS, Médecins Sans Frontières, des agences des Nations-Unies), des organisations non-gouvernementales locales et internationales, des institutions gouvernementales et d'autres parties prenantes, telles que des collectivités locales ou des leaders d'opinion. Les différents aspects liés au processus de mise en œuvre étaient à peine décrits dans la majorité des études.

5. DÉFIS

- Le manque d'expérience dans le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies en question parmi les médecins locaux, principalement en raison de la non-endémicité de ces maladies, a été cité comme le principal défi rencontré.
- L'identification des foyers et par conséquent le retard dans la mise en œuvre des mesures de confinement ont été associés au diagnostic erroné et à une sous-déclaration des premiers cas.
- L'absence de ressources suffisantes (matériel médical, médicaments, lits d'hôpitaux, etc.) et d'infrastructures a été définie comme un obstacle à l'endiguement efficace des foyers de maladies.

6. ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET RECOMMANDATIONS RAPPORTÉS DANS LES ÉTUDES EXAMINÉES

La plupart des articles fournissaient des recommandations pour un endiguement efficace des maladies à venir. Recommandations formulées dans les documents examinés : amélioration des mesures de surveillance (n=10 ; 32%), réduction du délai séparant l'apparition de la maladie de la mise en œuvre des interventions (n=9 ; 29%), implication de la communauté dans les interventions (n=7 ; 23%), amélioration des infrastructures et des ressources médicales (n=7 ; 23%), renforcement de la formation des professionnels de santé (n=4 ; 13%), et développement et dissémination des directives pour la gestion des foyers de maladies (n=4 ; 13%).



CONCLUSIONS

Bien que l'éclosion de certaines maladies soit anticipée et que des mesures de confinement soient par conséquent mises en place au préalable, notre recherche montre que les systèmes évalués dans le cadre de notre examen sont davantage réactifs que proactifs. Surtout, il est difficile d'établir un lien de causalité entre la mise en œuvre des mesures de confinement et la lutte aboutie contre les maladies, étant donné les différents contextes et la variabilité des processus de mise en œuvre. Néanmoins, malgré les données probantes limitées dont nous disposons sur l'efficacité des mesures de confinement, il est possible d'en dégager certaines ayant obtenu des résultats concluants : les activités planifiées de manière opportune, l'amélioration du système de santé (système de surveillance, formation des prestataires de soins) et l'attribution adéquate des ressources (économiques et matérielles et dotation en effectifs). Enfin, l'endiguement efficace des foyers de maladies est possible grâce à une planification adéquate, à une collaboration multidisciplinaire, à des rapports systématiques et à l'évaluation des activités.

EN SAVOIR PLUS

Le rapport d'étude intégral est disponible sur :
https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-018-0478-4

RECOMMANDATIONS

1er **Focalisez-vous sur les approches proactives, lorsque le temps et les ressources le permettent. Par exemple :**

- → **Reconnaissez et identifiez la présence d'un foyer de maladie au moment opportun.**
- → **Développez et préparez un plan de base générique pour lutter contre l'éclosion de la maladie en incluant la possibilité de procéder à une réaffectation des ressources économiques et humaines, le cas échéant.**
- → **Identifiez les états de santé cycliques et saisonniers (par ex. dengue ou paludisme après la saison des pluies) et produisez une procédure cadre évaluant le rôle de surveillance et la disponibilité des lits d'hôpitaux.**

2e **Favorisez la formation des professionnels de santé et l'amélioration des infrastructures médicales durant les périodes inter-épidémiques de menaces connues. Par exemple, la création de plans pour la formation du personnel médical, en charge de la surveillance et de l'assainissement sur les maladies connues et ré-émergentes contribue à l'amélioration du système de santé, comme cela a pu être observé dans les interventions les plus abouties.**

3e **Appuyez-vous sur des cadres d'action qui ont porté leurs fruits par le passé ou dans des contextes similaires (en d'autres termes, lorsque vous planifiez des interventions, fiez-vous à des recommandations étayées par des données probantes concernant des situations similaires à celles rencontrées dans votre contexte local).**

4e **Cherchez à promouvoir une description globale de votre intervention, en particulier s'agissant du contexte, en utilisant des listes de vérification validées.**

- → **Attribuez des ressources et du temps aux responsables du secteur de la santé publique pour qu'ils rapportent de manière globale et systématique le modèle et le mode de mise en œuvre des mesures de confinement.**
- → **Incluez une période d'évaluation adéquate dans la planification des interventions.**

5e **Cherchez à promouvoir une participation communautaire sur la durée, dans la mesure où cette démarche favorise son implication avant et après l'éclosion des maladies.**

Design ©Adeline Marteil

TDR For research on diseases of poverty
UNICEF • UNDP • World Bank • WHO

VERDAS scoping reviews received financial support from TDR, the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases co-sponsored by UNICEF, UNDP, the World Bank and WHO.