

EFFICACITE DE LA RIPOSTE CONTRE LES FIEVRES HEMORRAGIQUES VIRALES LASSA DANS LE DEPARTEMENT DU BORGOU AU BENIN

Hugues Pascal S. SETHO

setugfr@yahoo.fr

&

David S. HOUETO

Université de Parakou

&

Luc BÉHANZIN

Université de Parakou

&

Emmanuel N'KOUÉ SAMBIÉNI

Université de Parakou

&

Placide F.G.A CLEDJO

Université d'Abomey-Calavi

Résumé : Quarante-cinq ans après la découverte du virus de Lassa au Nigéria, le Bénin a connu son premier cas en 2014. Dès lors, des successions d'épidémies ont été enregistrées. Pour y faire face, le Bénin a mis en place un dispositif de riposte. La présente recherche envisage d'évaluer l'organisation de la riposte dans le département du Borgou au Bénin. La méthodologie adoptée s'appuie sur une revue documentaire et une étude transversale descriptive à deux volets quantitative et qualitative utilisant une technique d'échantillonnage "choix raisonné". Au total soixante agents de santé et cinq responsables de la gestion riposte sont investigués. Le test de $\chi 2$ d'homogénéité de Fisher a été utilisé pour analyser les données.

Les résultats montrent une structuration de la riposte alignée sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2018), l'existence d'outils, de plan et de protocoles selon les normes internationales. Toutefois, la gestion des épidémies se fait avec de l'impréparation.

Presque tous les agents de santé (96,7 %) ont une connaissance moyenne générale du Lassa. Ces prestataires de santé parlent le langage des "Symptômes" pour décrire l'image qu'ils se représentent des FHVL. Concomitamment, 90 % ont affiché l'habileté à référer vers les structures adaptées de prise en charge. Le renforcement des plateaux techniques de certains centres stratégiques à l'instar de celui de Papané et des postes de santé avancés de Kassouala, Kabo Tandou, le renforcement de la sécurité sanitaire au niveau des frontières sont suggérés.

Mots clés: Lassa, Riposte, Connaissances Pratiques, Centre de Santé, Borgou.

Abstract: Over fifty years, after the discovery of the Lassa Virus in Nigeria, Benin experienced its first case in 2014. Since then, successive epidemics have been recorded. The Beninese has put in place a response mechanism. This research aims to evaluate the organisation of this response to the Lassa viral haemorrhagic fever epidemics in the department of Borgou in Benin through the practical organisation of the response and the level of knowledge and practice of providers. The methodology adopted is based on a documentary review and a descriptive cross-cutting study with quantitative and qualitative components. With the "reasoned choice" sampling technique, sixty health workers and five response management managers were investigated. The theoretical model "One Health" on the transmission of zoonoses and the Fisher's test of homogeneity of χ^2 were used. Results show that there is good structuring according to standards, sufficient tools and protocols in the department of Borgou. However, the Outbreaks are carried out with a lack of preparation. Regarding the level of knowledge and practices, almost all health workers (96.7%) have an average general knowledge of Lassa. They use the language of "Symptoms" to describe their image of VLHF. Accordingly, 90% have shown the ability to refer to the appropriate management structures. The reinforcement of the technical facilities of certain strategic centres such as Papané and the advanced health posts of Kassouala and Kabo Tandou; the reinforcement of health security at the borders are suggested. Keywords: Response, Knowledge, Practices, Lassa, Borgou.

Introduction

Depuis 1969, l'Afrique a connu la survenue de la Fièvre Hémorragique Virale (FHV) due à un aréna virus dénommé virus de Lassa. « Le virus de Lassa a été isolé en 1969 aux Etats-Unis, lors d'une épidémie d'infections nosocomiales, à partir d'une infirmière rapatriée de Lassa (Nigéria) à New York, elle-même contaminée à Lassa par une sagefemme décédée sur place » P. Aubry et B. Gaüzère (2019, p. 1). Les épidémies à virus Lassa sont classées parmi les zoonoses qui, selon le réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS), région des Amériques (2020, p. 14), représentent « 60 % des maladies infectieuses humaines sont d'origine animale, et 75 % des agents qui ont un potentiel bioterroriste sont des agents zoonotiques ». Pour confirmer l'ampleur de ce défi de santé, la CEDEAO précise que,

« Les épidémies de fièvre de Lassa persistent dans quatre (4) pays de la communauté : le Liberia, le Nigeria et la Sierra Leone depuis 2010 et le Bénin depuis 2016. En 2017, ces pays ont enregistré cumulativement 889 cas dont 118 décès » (CEDEAO 2018, p. 9).

De même, A. Houot (2016, p. 14) allègue que « De plus, l'Afrique de l'Ouest est une région fortement touchée par les maladies infectieuses endémiques, comme le paludisme, le choléra ou la fièvre de Lassa, dont les symptômes précoces similaires à ceux de la maladie à virus Ebola, sont sources de confusion ».



Certaines FHV se manifestent par une transmission interhumaine très rapide « rapid killing epidemics » puisque causant la mort dans 50 à 90 % des cas cliniquement diagnostiqués (E. Ahossi 2019, p. 20).

« Certaines infections virales se situent parmi les infections hautement contagieuses ; c'est le cas de certaines Fièvres Hémorragiques Virales (Lassa, Ebola, Marburg) et de la grippe », HCSP¹(2001, p. 20). Le Bulletin d'informations épidémiologique de l'OOAS², informe que dans la sous-région, du

« 1er janvier au 28 avril 2019, le nombre de cas de fièvre de Lassa, s'élevait à 581 cas confirmés (554 au Nigéria, 19 au Libéria, 09 au Bénin, 02 en Sierra-Leone, 01 au Togo et 01 en Guinée) et à 132 décès parmi les cas confirmés (124 au Nigéria, 04 au Libéria, 02 en Sierra-Leone, 01 au Togo et 01 en Guinée) », OOAS (2019, p. 4).

Faisant le bilan de 2014 à 2018, l'OMS (2018, p. 6) confirme qu'« Au Bénin, d'octobre 2014 à mars 2018 il a été rapporté 96 cas au total avec 47 décès, soit un taux de létalité globale de 49 %. Sur les 96 cas, 25 cas ont été confirmés dont 17 décès ». Le Plan d'Action National de la Sécurité Sanitaire du Bénin, 2019 – 2021, OMS, (2019, p.7), précise qu' « A l'instar des pays africains, le Bénin n'est pas à l'abri des crises sanitaires ». Abordant la gestion d'un centre de traitement Lassa : cas de l'hôpital Saint Martin de Papané, les auteurs E.C. Kouthon et *al*. (2016, p. 19) ont conclu que :

« la gestion d'un centre hospitalier au cours d'une épidémie Lassa présente de nombreux défis en termes de gestion d'intrants, ressources humaines et financières pour assurer le paiement des frais de missions, hygiène hospitalière, maintien de la clientèle, évitement de la stigmatisation, gestion des salles d'hospitalisation ».

En termes d'évaluation des capacités, L. Gahou et *al.* (2016, p. 23) ont conclu que « malgré les nombreux efforts consentis par les acteurs du Ministère de la santé et les partenaires techniques et financiers, la plupart des formations sanitaires n'ont pas pu développer une réelle capacité de prise en charge médicale des cas de Lassa ». En ce qui concerne l'évaluation des capacités de détection et de riposte aux épidémies de Fièvre Hémorragique à Virus Lassa dans la zone sanitaire de Lokossa Athiémé au Bénin en 2016, D. Daddah et *al.* (2016, p. 24), ont démontré entre autres que « les Procédures Opérationnelles Standardisées de détection et de riposte aux FHVL ne sont pas respectées dans cette zone sanitaire ». Il

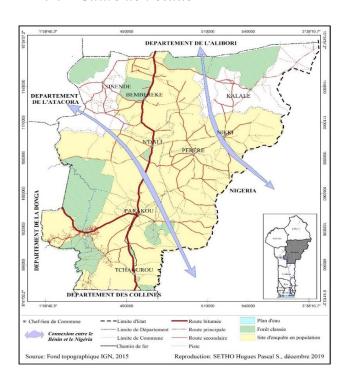
¹ Haut comité de la santé publique

² l'Organisation Ouest Africaine de la Santé

convient de noter que « des insuffisances techniques et organisationnelles ont également été observées dans la gestion même de la FHVL. Il a fallu à peu près un mois après les premiers décès pour que l'alerte d'une épidémie soit lancée par l'hôpital » (E.N. Sambiéni et al., 2015, p. 8). Fort de ces constats, nous postulons que les faiblesses de l'organisation de la riposte renforcent les risques de propagation du virus. C'est pourquoi la présente recherche vise à explorer l'organisation de la riposte contre les épidémies de FHVL dans le département du Borgou à travers la description de l'organisation pratique de la riposte et le niveau de connaissances et pratiques des prestataires d'autre part.

1. Méthodologie

1.1. Cadre de l'étude



Comme l'indique la littérature, les premiers cas d'infection au virus Lassa au Bénin sont notés dans ce département du Borgou et beaucoup d'autres cas ont transité par ce département. Depuis lors, des infections périodiques sont enregistrées dans ce département surtout dans la commune de Tchaourou. Les Centres de Santé d'Arrondissement (CSA) des communes traversées par les axes routiers les plus importants dans le cadre de la présente recherche sont : Bembèrèkè, N'Dali, Nikki, Parakou,



Pérèrè et Tchaourou. Ces sites ont été choisis sur la base de la fréquentation des axes routiers qui les traversent et leur connexion avec le déplacement des cas index. Au regard des objectifs fixés pour cette recherche, une revue de littérature, une étude descriptive transversale de nature mixte (qualitative et quantitative) avec une méthode d'échantillonnage "choix raisonné" a été nécessaire. Les variables quantitatives recherchées sont en lien avec le niveau de Connaissances, d'Attitudes et de Pratiques face aux FHVL en milieu hospitalier. Les variables qualitatives sont relatives aux représentations et la structuration de la riposte.

1.2. Population d'étude

La technique d'échantillonnage choisie est celle raisonnée qui a ciblé au sein de chaque centre de santé d'arrondissement visé, un médecin/major, un infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) en service au passage de l'équipe de collecte. Au total 60 prestataires de l'enquête sur les points de prestation dans 28 CSA de la zone d'étude ont été investigués. Afin d'apprécier la structuration de la riposte, des discussions enregistrées ont permis d'investiguer trois personnels du Service de la Santé Publique et de la médecine traditionnelle de la DDS Borgou et deux personnels de l'hôpital de Zone Saint Martin de Papané.

1.3. Collecte de données

Les données ont été collectées avec un questionnaire et un guide d'entretien semi structuré. Le choix est porté sur la technologie mobile pour la collecte et le transfert des données. Open Data Kit (ODK) tournant sous Android. La répartition des soixante prestataires de santé enquêtés par catégorie par Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) est présentée dans le tableau suivant :

Tableau I: Répartition par commune des enquêtés dans les CSA

	Communes	Médecin	Infirmier	Aide-soignant	Nbr CSA	Total
	Tchaourou	1	1	1	4	12
	Parakou	1	1	1	4	12
Borgou	Ndali	1	1	1	3	9
- 8	Bembèrèkè	1	1	1	2	6
	Pèrèrè	1	1	1	3	9
	Nikki	1	1	1	4	12
	Total	6	6	6	20	60

Source: Travaux terrain H. P. Sétho, 2020

Le tableau I indique que dans les 6 communes d'enquête 20 CSA ont été visités.

1.4. Traitement et analyse des données

La description des variables (pourcentages, moyenne et/ou médiane) est faite en utilisant le test de $\chi 2$ ou de Fisher pour la comparaison des pourcentages observés dans le logiciel Stata (Software for Statistics and Data Science).

$$X^{2} = \sum_{i=1}^{k} \sum_{j=1}^{m} \frac{(n_{ij} - T_{ij})^{2}}{T_{ij}}.$$

L'analyse des données quantitatives a été faite en deux étapes essentielles que sont la pondération et la confection des différents tableaux statistiques. En ce qui concerne les aspects opérationnels des variables, il a été fait référence aux normes de Vakevisser et al., 1991, avec l'utilisation d'une échelle (Bon niveau = > 80%; Niveau moyen = 80-60%) et Faible niveau = < 60%).

En ce qui concerne les considérations éthiques, les normes de référence sur la clairance éthique, la confidentialité, l'anonymat, la description des risques et bénéfices et le consentement éclairé sont respectés.

2. Résultats

2.1. Structuration et organisation pratique de la riposte

Selon les informations reçues auprès des personnes investiguées au niveau de la Direction Départementale de la Santé du Borgou, l'organisation de la riposte a démarré effectivement en 2016 où les actions étaient limitées surtout à la surveillance épidémiologique. Une équipe formée à cet effet s'occupe de la prise en charge des cas.



Ensuite, le renforcement des capacités du personnel, des leaders d'opinions des chefs quartiers et des guérisseurs traditionnels a été organisé. Après ces actions urgentes, la structuration de la riposte a été effective au cours de la même année. Cette structuration est composée d'une Commission au niveau national et d'une sous-commission au niveau départemental composée de 6 volets (Coordination - Surveillance et logistique - Prévention - Prise en charge - Mobilisation sociale et communication).

La synergie et l'interaction entre les différents volets de cette structuration, permet d'organiser la riposte. A chaque épidémie, chaque volet fait son plan de riposte. Sur cette base est centralisée les besoins de la riposte. Grâce à l'appui de l'OMS, le centre de traitement des épidémies a été institué et mis en place par arrêté. Toutefois, le "centre de traitement des épidémies" est actuellement en matériaux précaires (bâches), sans identifiant et fermé à notre passage en novembre 2020. Selon les personnes investiguées, il y existerait un projet en cours pour la réalisation d'un centre en bonne et due forme dont la phase de prospection est déjà bouclée. De façon pratique, l'équipe se sert des définitions des cas pour les suspecter et les identifier. Dès que les cas suspects sont identifiés, l'équipe d'intervention rapide descend pour les valider et les envoie au niveau des centres d'isolement et de prise en charge. Le cas est ensuite prélevé et le prélèvement transféré à Cotonou pour confirmation. La DDS prend le lead de cette action, en vulgarisant les définitions de cas au niveau des zones sanitaires qui disposent de comités de mobilisation contre le Lassa dénommé "comité de veille" qui s'appuient surtout sur les relais communautaires. Ces derniers ont pour rôle d'exécuter des actions de prévention à travers la sensibilisation à l'endroit de la population. En cas de décès, il est organisé un enterrement digne et sécurisé qui se fait par une équipe composée des hygiénistes et la croix rouge en présence du représentant désigné de la famille avec un respect scrupuleux des formalités d'usage. En ce qui concerne le volet mobilisation sociale, à l'annonce du cas, sur la base de la déclaration officielle du ministère en étroite collaboration avec l'OMS, immédiatement, sur la base d'un point de presse du ministre, le DDS, la préfecture fait son point de presse suivi d'un communiqué diffusé pour la presse (Radio surtout). Le but de cette communication n'est pas prioritairement pour informer la population des comportements, mais pour la rassurer afin de prévenir une psychose généralisée. C'est alors qu'un plan de communication existe et réajusté chaque année,

assorti de micro plans de communication. Ces plans sont soutenus par les partenaires (UNICEF, OMS, Projet REDISSE, OCAL). En ce qui concerne la prévention, au niveau de chaque commune, il existe des comités locaux de mobilisation sociale qui ont un certain nombre de rôles à jouer. Les médias relaient les activités des comités sur les modes de transmission et les signes majeurs.

Selon les informations reçues sur place à l'hôpital de Papané qui devait servir de centre d'isolement pour les cas de la zone sanitaire de Tchaourou, les cas suspects identifiés sont systématiquement référés à la DDS. Ce constat se justifie par le fait que l'Etat ne serait pas venu en aide à la structure ni pendant, ni après l'épidémie. Les vivres, frais de soins des cas pris en charge seraient restés à la charge de l'hôpital. Toutefois, l'équipe de l'hôpital de Papané reconnait que grâce au Ministère de la Santé et aux partenaires, le personnel est bien formé et bien organisé pour mettre en place le dispositif au besoin. Elle ne craint plus la psychose d'une maladie virale car le système d'alerte est en place et l'équipement est disponible et stocké.

Ci-dessous quelques verbatim qui illustrent ces allégations :

Elles sont déjà bonnes car les sensibilisations sont très importantes » (Femme, 43 ans, Infirmière, Bembèrèkè, mars 2020);

Pour le moment, elles sont adaptées mais beaucoup reste à faire car les sensibilisations n'ont d'effets que s'il y a une situation factuelle qui se présente » (Homme, 44 ans, Major, N'Dali, mars 2020).

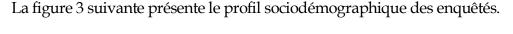
- « Il manque de moyens de transport pour transférer le malade de Virus Lassa » (Femme, 43 ans, Infirmier, 10 ans d'exercice, Nikki, mars 2020).
- « L'insuffisance du personnel, le cadre qui ne répond pas, seul à faire le travail l'on n'arrive pas à prendre des précautions de préventions! Vous faites face à plusieurs patients en même temps » (Homme, 44 ans, Majors, 19 ans d'exercice, Bembèrèkè, mars 2020).
- « Manque de salle d'observation, le mélange des patients, manque de préparation psychologie et technique » (Homme, 32 ans, Major, 10 ans d'exercice, Nikki, mars 2020).

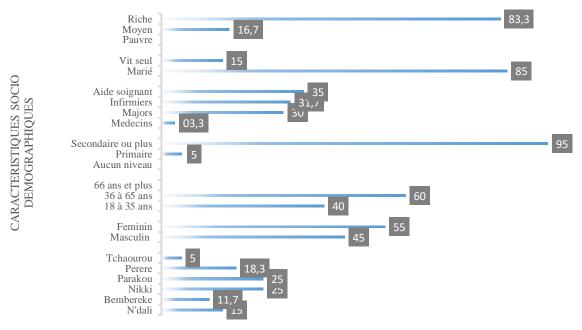
2.2. Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de sante face aux FHV

Afin de mesurer le niveau de connaissance, les attitudes et pratiques des prestataires face au Lassa, une recherche a été menée auprès des prestataires sur les points de prestation de santé, avec la technique d'échantillonnage "choix raisonnée" qui a ciblé au sein de chaque centre de santé d'arrondissement du Borgou, un médecin/major, un infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) en service au passage de l'équipe de collecte. Au total, 60 réponses valides ont été analysées.

2.2.1. Description du profil sociodémographique des enquêtés





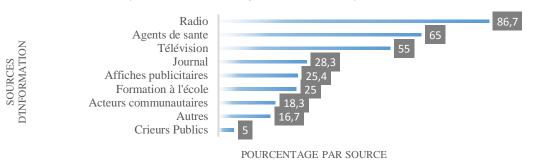


POURCENTAGE PAR CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

Figue 3 : Profil sociodémographique des enquêtés Source des données : travaux de terrain, H. P. Sétho, 2020

Selon la commune de provenance, environ cinq enquêtés sur dix (50 %) interrogés résident dans les communes de Parakou et Nikki contre 18,3 % des enquêtés résident dans la commune de Pérèrè. Pour la répartition selon le sexe, 55,0 % des enquêtés sont de sexe féminin et 45,0 % sont de sexe masculin. Répartis selon l'âge, les enquêtés sont majoritairement dans la tranche de 36 à 65 ans et 60,0 % ont entre 36 à 65 ans. Le plus âgé des interviewés a 56 ans et le moins âgé en a 22 ans. Selon la profession, l'enquête montre que 35 % des enquêtés étaient des aide-soignant, 31,7 % des infirmiers, 30 % des majors. Les médecins reprennent seulement 3,3 % du total des enquêtés. En ce qui concerne le niveau de bien-être économique, la majorité des prestataires de santé enquêtés vivent dans des ménages qu'on peut qualifier de riches à partir des biens de possession du ménage. Sur l'ensemble des enquêtés, environ 8 personnes sur 10 soit 83,3 % proviennent de ces ménages et 2 personnes sur 10 soit 20 % sont à un niveau moyen de bien-être économique.

2.2.2. Principaux canaux d'information des prestataires sur les FHVL

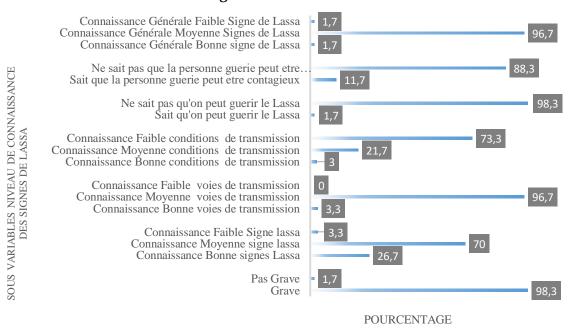


Figue 4: Principaux canaux d'information sur le Lassa

Source des données : travaux de terrain, H. P. Sétho, 2020

La figure 4 révèle que, le canal le plus utilisé par le personnel de santé pour avoir des informations sur le Lassa est la Radio (86,7 %); viennent ensuite les agents de santé euxmêmes (65,0 %), la télévision (55,0 %) qui sont les principaux canaux d'information des agents de santé.

2.2.3. Connaissance des signes de Lassa



Figue 5 : Connaissance des Signes de Lassa par le personnel de santé Source des données : travaux de terrain, H. P. Sétho, 2020

La figure 5 montre la connaissance des différents signes de Lassa par les agents de santé. En effet, 98,3 % des agents de santé pensent que la maladie à Virus Lassa est grave pour la santé. S'agissant de la connaissance des signes de Lassa, environ 7 agents sur 10 (70



%) disposent d'un niveau de connaissance moyenne. Aussi, 9 agents de santé sur 10 (96,7 %) ont-ils un niveau de connaissance moyenne des voies de transmission de Lassa et 7 agents sur 10 (73,3 %) connaissent les conditions de transmission de ce virus. Enfin, en termes de connaissances générales sur le Lassa à travers l'indicateur proxy, il est noté que presque tous les agents de santé (96,7 %) ont un niveau de connaissance moyenne générale du Lassa.

Afin de mieux catégoriser le niveau de connaissance des prestataires, une analyse bi-variée croisant la connaissance et les caractéristiques sociodémographiques a été faite.

Tableau II: Connaissance générale de Lassa Prestataire de santé

Connaissance générale de	Bonne	Connaissance	Connaissance	Effectifs	p-
Lassa Prestataire de santé	Connaissance	Moyenne	Faible		value
âge					0.338
18 à 35 ans	0,0	95,8	4,2	24	
36 à 65 ans	2,8	97,2	0,0	36	
66 ans et plus	0,0	0,0	0,0	0	
Sexe					0.360
Masculin	0,0	96,3	3,7	27	
Féminin	3,0	96,9	0,0	33	
Niveau d'instruction					.947
Primaire	0,0	100,0	0,0	3	
Secondaire ou plus	1,8	96,5	1,8	57	
Situation matrimoniale					.833
Marié	1,9	96,1	1,9	51	
Vit seul	0,0	100,0	0,0	9	
Profession					0.065
Médecins	0,0	100,0	0,0	2	
Majors	0,0	100,0	0,0	18	
Infirmiers	5,3	94,7	0,0	19	
Aide-soignant	0,0	95,2	4,8	21	
Niveau de bien être-économique					0.072
Moyen	0,0	90,0	10,0	10	
Riche	2,0	98,0	0,0	50	
Total	1,7	96,7	1,7	60	

Source des données : travaux de terrain, H. P. Sétho, 2020

Le tableau II montre que parmi les enquêtés prestataires de santé, environ 1 personne sur 10 (1,7 %) a un niveau de bonne connaissance générale du virus lassa; environ 9 personnes sur 10 (96,7 %.) ont un niveau de connaissance moyenne et seulement environ une personne sur 10 a un niveau de connaissance faible (1,7 %) avec une différence significative entre cette variable, la profession, le niveau de bien-être économique et la profession si l'on considère un espace de confiance de 90 %. En effet selon la profession, seuls tous les médecins et les majors interviewés ont un bon niveau de connaissance générale des informations sur Lassa (100 %), environ 9 sur 10 des rangs des infirmiers (94,7 %) et des aides-soignants (95,2 %) ont un niveau de bonne connaissance générale des informations sur Lassa.

2.3. Pratiques des agents de santé en cas de Lassa et actions en communauté2.3.1. Pratiques des agents de santé

L'évaluation des pratiques des agents de santé en cas de Lassa a été faite à travers la recherche d'informations sur le comportement à avoir en face d'un cas de Lassa en tant que prestataire.

Pour apprécier ce niveau de pratique générale, une analyse bi-variée croisant la variante « pratique » générale et les caractéristiques sociodémographiques a été faite. Le tableau ci-dessous fait le point de cette analyse bi-variée.

Tableau III : Pratiques coutumières en cas de décès dans la communauté

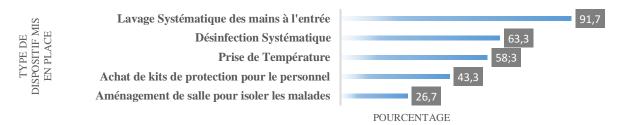
Gérer le cas de lassa dans le centre	Référer vers les centres de PEC	Effectifs	p-value
			0.226
4,2	95,8	24	
0	100,0	36	
			0.3702
0,0	100,0	27	
3,0	97	33	
			0.8208
0,0	100,0	3	
1,8	98,2	57	
			0.016
0,0	100,0	51	
	1assa dans le centre 4,2 0 0,0 3,0 0,0 1,8	lassa dans le centre les centres de PEC 4,2 95,8 0 100,0 0,0 100,0 3,0 97 0,0 100,0 1,8 98,2	lassa dans le centre les centres de PEC 4,2 95,8 24 0 100,0 36 0,0 100,0 27 3,0 97 33 0,0 100,0 3 1,8 98,2 57

Vit seul	11,1	88,9	9	
Profession				0.6134
Médecins	0,0	100,0	2	
Majors	0,0	100,0	18	
Infirmiers	0,0	100,0	19	
Aide-soignant	4,8	95,2	21	
Niveau de bien-être économique				0,6586
Moyen	0,0	100,0	10	
Riche	2,0	98,0	50	
Total	1,7	98,3	60	

Source des données : travaux de terrain, H. P. Sétho, 2020

Le tableau III montre que parmi les enquêtés prestataires de santé, plus de 90 % des agents de santé pensent adopter l'attitude requise en cas de suspicion de l'infection Lassa.

2.3.2. Respect des conduites à tenir et dispositif mis en place



Figue 6 : Respect des CAT et dispositifs dans les centres de santé pour prévenir les infections nosocomiales

Source des données: travaux de terrain, H. P. Sétho, 2020

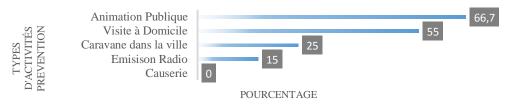
Des informations présentées par la figure 6, selon les agents de santé qui ont participé à l'enquête, le principal dispositif mis en place dans le centre est le dispositif de lavage des mains systématique à l'entrée du centre (91,7 %). Viennent ensuite la désinfection systématique des lieux (63,3 %), la prise de température (58,3 %), l'achat des kits pour le personnel (43,3 %) et l'aménagement d'une salle pour isoler les malades (26,7 %). Cidessous quelques verbatim qui illustrent ces allégations :

- « Elles sont déjà bonnes car les sensibilisations sont très importantes » (Femme, 43 ans, Infirmière, Bembèrèkè, mars 2020) ;
- « C'est bon mais il faut renforcer les équipements de prise en charge et de protection » ;
- « Pour le moment, elles sont adaptées mais beaucoup reste à faire car les sensibilisations n'ont d'effets que s'il y a une situation factuelle qui se présente » (Homme, 44 ans, Major, N'Dali, mars 2020).

En ce qui concerne le niveau de préparation de la riposte, environ 52 % des enquêtés pensent que leur structure de santé est préparée pour riposter à une épidémie de Lassa. Pour le reste soit la préparation est insuffisante. Ces allégations sont confirmées par les verbatim suivants :

- « Il manque de moyens de transport pour transférer le malade de Virus Lassa » (Femme, 43 ans, Infirmier, 10 ans d'exercice, Nikki, mars 2020).
- « L'insuffisance du personnel, le cadre qui ne répond pas, seul à faire le travail l'on n'arrive pas à prendre des précautions de préventions! Vous faites face à plusieurs patients en même temps » (Homme, 44 ans, Majors, 19 ans d'exercice, Bembèrèkè, mars 2020).

2.3.3. Activités de prévention du Lassa réalisées par les centres



Figue 7: Activités réalisées par le centre

Source des données : travaux de terrain, H. P. Sétho, 2020

Selon la figure 7, les activités réalisées par les centres de santé sont surtout les animations dans les lieux publics (66,7 %), les visites à domicile (55 %), les caravanes dans la ville (25 %) et les émissions radio (15 %).

2.4. Représentation des FHVL par les prestataires



Figure 8: Représentations FHVL selon les agents de santé

Source: travaux de terrain, H. P. Sétho, 2020

De la figure 8, il convient de retenir que les agents de santé parlent le langage des symptômes pour décrire l'image qu'ils se représentent des fièvres hémorragiques virales Lassa. Le vomissement est le premier signe cité (occurrence 17), suivi de la fièvre (occurrence 13), les hémorragies (occurrence 13), la maladie (occurrence 11) puis le saignement (occurrence 09) sur un total de 147 mots émis.



3. Discussion

3.1. Organisation de la riposte

Avec la maitrise de la période de survenue des épidémies, la riposte devrait être en alerte avec des dispositifs palpables et évident pour contenir les premiers cas. Cependant, force est de constater qu'en pleine période favorable, les dispositions ne sont pas en place. En marge les constats prouvés surtout par l'état du centre de prise en charge de l'Hôpital de Papané et du CHD-Borgou, seulement 52 % des enquêtés pensent que leur structure de santé est préparée pour riposter à une épidémie de Lassa. Ces constats sont corroborés par A. C. Atihou, (2019, p. 5) qui affirme que : « Mais, il est à noter que tant que ladite épidémie ne s'est pas déclenchée dans une zone, aucune préparation n'est faite pour la riposte ». Selon le même auteur, « des trois composantes explicatives, c'est la composante processus qui a un bon score ... Le niveau de préparation de la ZS Cotonou 1 et 4 pour la riposte à l'épidémie de la FHVL en 2019 était faible avec un score de 58,37 % » A. C. Atihou, 2019, (p. 50). Toujours selon les résultats des travaux de E. Ahossi, (2019, p. 179), « Dans la ville de Parakou, les résultats ont montré qu'il n'existe pas d'infographies ni d'affiches de sensibilisation de la population. De plus, les secteurs tels que l'éducation, l'assainissement, l'eau et l'élevage ne sont pas impliqués dans la lutte contre la fièvre Lassa ».

Par ailleurs, selon les acteurs investigués, la gestion des épidémies se fait généralement avec de l'impréparation. Pas de ressources locales suffisantes, la mobilisation des ressources se fait à la survenue de l'épidémie. Ceci malgré l'existence d'un plan de contingence budgétisé détaillé avec plusieurs scenarios réalisés en 2017. Les zones sanitaires devraient faire des simulations pour se préparer mais ce n'est pas le cas observé. Au cours des investigations en novembre (à la porte de l'épidémie, qui généralement s'enregistre entre octobre et décembre) tout le système devrait être activé. Malheureusement rien n'était encore en place au cours de cette période d'investigation. Le Bénin ne serait pas le seul pays à vivre cette réalité. Ce constat est observé dans plusieurs pays africains comme le confirme le HCPS, (2001, p. 71), « Dans le cas des fièvres hémorragiques virales africaines, des épidémies récentes ont montré le retard important que pouvait prendre le déclenchement de l'alerte au sein du pays où émergeait l'épidémie ».

Toutefois, il convient de préciser qu'il existe suffisamment de matériels et de protocoles dans le département du Borgou. Ce dernier dispose actuellement d'un laboratoire P2 qui peut permettre de faire rapidement le test et rendre le résultat disponible en un temps record. Aussi, l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP) dispose d'un laboratoire ambulatoire P3.

3.2. Connaissances Attitudes et pratiques des prestataires de santé

Contrairement aux données de l'enquête en population, les prestataires de services de santé ont un niveau de bien-être économique plus élevé, car la majorité des personnes enquêtées environ 8 personnes sur 10 (83,3 %) proviennent des ménages qu'on peut qualifier de "riches" à partir des biens de possession du ménage. De même, les données collectées confirment l'organisation en pyramide des profils des agents de santé dans les CSA dont la base bien large est constituée des aides-soignants (agents non qualifiés) qui pourtant sont la porte d'entrée de l'accueil des malades et fortement exposés. Les prestataires sont informés par la radio (86,7 %), des agents de santé eux-mêmes (65,0 %), des crieurs publics (39,6 %) et donc moins exposés aux canaux communautaires d'information à l'instar des crieurs publics encore moins aux panneaux routiers. Ce qui fait une différence avec les résultats en communauté et confirme une faible mobilité des agents de santé comparée aux enquêtés de la recherche en population.

Presque tous les agents de santé (96,7 %) ont un niveau de connaissance moyenne générale du Lassa, c'est-à-dire celle qui devrait détenir un agent de santé sur les infections hémorragiques virales Lassa. Ce résultat n'est pas en phase avec les normes de qualité de soins même si le niveau de perception de la gravité de la maladie par les prestataires est élevé (98,3 %). Les outils utilisés pour l'évaluation de la qualité des soins à l'instar du Health Network Quality Improvement System (HNQIS, 2018) utilisé par l'ABMS/PSI se base sur la loi de tout ou rien. Il est donc aisé d'affirmer que les prestataires de soins santé enquêtés n'ont pas toutes la connaissance requise pour la prévention des épidémies ou des infections nosocomiales. Même si un effort de renforcement de capacité est fait, il devra être renforcé surtout dans l'esprit de prévention ciblant spécifiquement les personnels au bas de l'échelle (Les aides-soignants).



En effet, selon la profession, seuls tous les médecins et les majors interviewés ont un niveau de bonne connaissance générale des informations sur Lassa (100 %), environ 9 sur 10 dans le rang des infirmiers (94,7 %) et des aides soignant (95,2 %) ont un niveau de bonne connaissance générale des informations sur Lassa. Les travaux de A. C. Atihou, (2019, p. 40) dans Cotonou corroborent ce constat « Les médecins ont une meilleure connaissance de la FHVL que les autres agents de santé ».

En ce qui concerne les pratiques, environ 90 % des enquêtés ont affiché l'habileté à référer vers les structures adaptées de prise en charge. Ces différents constats sont en phase avec ceux de E.N. Sambiéni et al. (2015, p. 8) quand ils affirment « Des insuffisances techniques et organisationnelles ont également été observées dans la gestion même de la FHL ». Tenant compte de ces résultats, nous suggérons au terme de cette discussion une intégration systématique d'un plan de lutte contre les infections virales. Cette intégration devra viser le renforcement des plateaux techniques de certains centres stratégiques à l'instar de celui de Papané. De même, l'équipement des postes de santé avancés au niveau des centres de Kassouala, Kabo Tandou et le renforcement de la sécurité sanitaire au niveau des frontières restent indispensables pour une lutte efficace. Enfin, une recherche spécifique sur les flux migratoires et les autres facteurs de propagations du virus serait très utile pour mieux appréhender tous les contours de la survenue des épidémies.

Conclusion

Cette recherche qui vise à explorer la riposte contre les FHVL, montre que malgré le dispositif en place, l'organisation de la riposte reste à revoir. Les points nécessitant une attention particulière concernent surtout la mobilisation de ressources, le renforcement du niveau de connaissances, de pratiques des prestataires et le renforcement des dispositifs de protection et de sécurisation. Au terme ces analyses, il est suggéré le renforcement des plateaux techniques de certains centres stratégiques à l'instar de celui de Papané; l'équipement des postes de santé avancés au niveau des centres de Kassouala, Kabo Tandou et le renforcement de la sécurité sanitaire au niveau des frontières restent indispensables pour une lutte efficace.

Références bibliographiques

- AHOSSI Eusebe Coovi, 2019, « Soins infirmiers en contexte d'épidémie à mortalité rapide : cas de la fièvre hémorragique à Virus Lassa au Bénin : un défi professionnel Thèse », p. 404
- ATIHOU Melle Ayéliéto Chalène, 2019, « Évaluation du niveau de préparation de la Zone Sanitaire de Cotonou 1 et 4 pour la riposte à l'épidémie de la Fièvre Hémorragique à Virus Lassa au Bénin en 2019 », p. 151
- AUBRY Pierre et GAÜZERE Bernard-Alex 2019, « Fièvre de Lassa, Actualités 2019 », Médicine tropicale, p. 8
- BEHANZIN Luc et al., 2018, Annales de l'Université de Parakou, Série "Sciences de la Santé", Vol.(8), n°2(2018), Fièvre Hémorragique Lassa dans la commune de Tchaourou au Benin: un modèle d'intervention en promotion de la sante utile pour la lutte, p. 16
- DADDAH Donatien, AHANHANZO-GLELE-HESSOU Yolaine, UWANYUZE-GUEZO-MEVO Angélique, 2016, Évaluation des capacités de détection et de riposte aux épidémies de fièvre hémorragique à Virus Lassa dans la zone sanitaire de Lokossa Athiémé au Bénin en 2016, Actes 1ère Conférence nationale sur l'épidémie de la fièvre hémorragique à Virus Lassa au Bénin, p. 48
- GAHOU L et al., 2016, Évaluation des capacités de prise en charge médicale des FVH par les structures de santé au Bénin, Actes 1ère Conférence nationale sur l'épidémie de la fièvre hémorragique à Virus Lassa au Bénin, p. 48
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2001, « Infections virales aiguës, importées, hautement contagieuses, et leur prise en charge », p. 107
- Hewlett, B. L. et Hewlett, B. S. (2005). Providing care and facing death: Nursing during Ebola outbreaks in central Africa. Journal of Transcultural Nursing, 16(4), 289-297
- HOUOT Alexandra, 2016, « Le Virus Ebola, de sa découverte au développement d'une vaccination efficace, Sciences pharmaceutiques », p. 154



- KOUTHON Emile. Cossi et al., 2016, La gestion d'un centre de traitement Lassa : cas de l'hôpital Saint Martin de Papané, Actes 1ère Conférence nationale sur l'épidémie de la fièvre hémorragique à Virus Lassa au Bénin, p. 48
- Organisation Mondiale de la Santé OMS, 2018, RAPPORT annuel 2017 2018, activités de l'OMS dans la région africaine, p. 52
- Organisation Mondiale de la Santé, 2019, Plan d'Action National de la Sécurité Sanitaire du Bénin, 2019-2021, p. 155
- Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), 2019, Bulletin d'informations épidémiologique, p. 6
- RÉFIPS, région des Amériques, 2020, La relation entre les inégalités sociales et les zoonoses, p. 94
- N'KOUE SAMBIENI Emmanuel, Danko Nouratou, Ridde Valéry, 2015, La Fièvre Hémorragique à Virus Lassa au Bénin en 2014 en contexte d'Ebola : une épidémie révélatrice de la faiblesse du système sanitaire, anthropologie & Santé, 11, p. 14
- YADOULETON Anges et al., 2019, Lassa Virus in Pygmy Mice, Benin, 2016–2017, RESEARCH LETTERS, p. 1977