

---

Emmanuel N'koué Sambiéni, Nouratou Danko et Valéry Ridde

## **La Fièvre Hémorragique à Virus Lassa au Bénin en 2014 en contexte d'Ebola : une épidémie révélatrice de la faiblesse du système sanitaire**

---

### **Avertissement**

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

**revues.org**

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

### Référence électronique

Emmanuel N'koué Sambiéni, Nouratou Danko et Valéry Ridde, « 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* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 09 novembre 2015, consulté le 10 décembre 2015. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1772> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1772

Éditeur : Association Amades

<http://anthropologiesante.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://anthropologiesante.revues.org/1772>

Document généré automatiquement le 10 décembre 2015.

© Tous droits réservés

Emmanuel N'koué Sambiéni, Nouratou Danko et Valéry Ridde

# La Fièvre Hémorragique à Virus Lassa au Bénin en 2014 en contexte d'Ebola : une épidémie révélatrice de la faiblesse du système sanitaire

## Introduction

- 1 L'expérience de la gestion du virus d'immunodéficience acquise (VIH/sida), dans les années 1980-2000, a révélé de nombreuses faiblesses des États et des organisations internationales (Becker *et al.*, 1999 ; Benoist & Desclaux, 1996 ; Gruénais & Vidal, 2001) notamment dans l'absence de maîtrise des facteurs socioculturels, politiques, technologiques et institutionnels, etc. (Pinzon-Florez *et al.*, 2015). Après l'épidémie de sida, la Fièvre Hémorragique à Virus (FHV) – un ensemble d'infections virales (dont les virus Ebola et Marburg, réputés très dangereux), qui se manifestent par de la fièvre et des hémorragies – est l'une des plus importantes épidémies des dix dernières années. En effet, depuis 1967, on estime à près de 2 000 000 le nombre de cas de FHV par an dans le monde. Le virus Lassa atteint environ 350 000 personnes par an. Les autres virus sont tout aussi virulents et mortels, à savoir les virus de la fièvre jaune et de la dengue (Formenty, 2006). On a récemment découvert que c'est d'un rat que provient le virus de Lassa dont les terribles fièvres hémorragiques infectent chaque année environ 300 000 personnes en Afrique de l'Ouest et en tuent plus de 5 000 (Nancy, 2015). Malgré ces données épidémiologiques, force est de constater que les FHV, particulièrement celles causées par les virus Ebola et Lassa, sont des maladies tropicales négligées (MacNeil & Rollin, 2012). Pourtant, la dernière épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE) survenue en Guinée Conakry, Liberia et Sierra Leone, a permis de comprendre que ce ne sont pas des maladies à négliger, tant du point de vue de l'intervention que de celui de la recherche, pour renforcer les capacités des États et des institutions internationales à réagir efficacement (Heyman *et al.*, 2015) et qu'elles nécessitent une mobilisation des sciences sociales (Taverne, 2015). Autant d'arguments scientifiques et politiques qui justifient notre étude sur l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Lassa (FHV), survenue au Bénin entre octobre et novembre 2014. Le sujet est d'autant plus pertinent que le Niger, le Nigéria et le Mali, pays voisins du Bénin, ont aussi été touchés. Les frontières entre ces pays et le Bénin sont quotidiennement traversées par des commerçants et par différentes catégories de personnes. Dans cette recherche, nous cherchons à répondre aux questions suivantes : Comment la FVHL s'est-elle déclenchée dans le pays ? Comment a-t-elle été vécue et perçue par les acteurs des services de santé ? Comment les institutions décentralisées des services de santé s'y sont-elles prises pour gérer cette crise sanitaire ? Enfin, comment le réseau mondial d'alerte aux épidémies<sup>1</sup> s'est-il déployé ?

## Méthodologie de la recherche

- 2 Dès que l'épidémie Ebola a pris de l'ampleur en Afrique de l'Ouest, au premier trimestre 2014, nous nous sommes demandé comment le système national de soins du Bénin pourrait s'y prendre si une telle épidémie venait à se déclencher dans le pays. Notre intention d'en faire une recherche anthropologique, sans aucune demande externe, s'est concrétisée quand nous avons appris les premiers soupçons sur des cas dépistés dans le Nord Bénin, notre terrain de recherche précédent. Nous avons donc soumis un protocole de recherche, qui a été validé par le comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Parakou.
- 3 Notre recherche a mis en œuvre une méthode qualitative, combinant deux techniques d'enquête, des entretiens individuels semi-directifs et des observations directes, entre octobre 2014 et avril 2015, époque marquant le début de l'épidémie. Au total, nous avons réalisé 35 entretiens avec : 5 agents de santé (dont 1 qui a guéri de la FVHL) ; 15 personnes

âgées de plus de 50 ans appartenant au village touché par l'épidémie et ses environs (dont 7 femmes et 8 hommes) ; 2 tradipraticiens ; 5 cadres du ministère de la santé ; 1 responsable de l'Organisation Mondiale de la Santé ; 1 membre du Comité international d'alerte et de riposte contre les épidémies ; 3 journalistes et 3 cadres des autres ministères impliqués (Affaires étrangères, Développement et Finances). Les informateurs ont été choisis à l'intérieur de chaque structure concernée par l'épidémie (Hôpital Saint-Jean de Dieu de Tanguiéta, centres de santé et ministères). Les observations directes ont été réalisées dans les centres de santé et parmi les familles ayant connu des personnes atteintes par la FVHL. Elles ont porté sur la gestion des patients à l'hôpital, et sur l'observance des normes, comportements et pratiques recommandés pour la prévention de la transmission du virus Ebola. Nous avons aussi écouté les débats autour de la FVHL sur les places publiques. Dans le village d'origine du premier cas, nous avons d'abord repéré la famille du tradipraticien qui l'a reçu, afin d'identifier les survivants de cette famille, femmes et hommes témoins de l'événement ainsi que des personnes ressources (relais communautaires, responsables administratifs locaux et autres) du village. Au niveau international, nous avons rencontré un membre du réseau d'organisation de la riposte de la FHVE.

- 4 Les entretiens enregistrés et intégralement transcrits ont été enrichis par des prises de notes pour constituer une base de données qualitatives traitées avec le logiciel QDA Miner. Nous avons analysé les contextes des entretiens et triangulé les informations suivant les sources, les acteurs et les outils (documents, entretiens et observations) pour retenir les informations pertinentes pour l'analyse du contenu.

## **L'épidémie de FHVL à l'Hôpital Saint-Jean de Dieu de Tanguiéta : une expérience diversement interprétée**

- 5 Situé dans la ville de Tanguiéta, à environ 600 kilomètres de Cotonou, l'Hôpital Saint Jean de Dieu (HSJDT) a été fondé en 1970 par l'Ordre des Frères Hospitaliers de Saint-Jean de Dieu<sup>2</sup> de Milan en Italie. Exonéré des droits de douane et taxes pour les articles et matériaux depuis 1967, l'HSJDT a été reconnu par une convention avec l'État en 1989 et érigé en hôpital de zone en 1998. En 2014, il dessert une population locale de 273 089 habitants et compte 20 médecins, 44 infirmiers, 9 sages-femmes, 11 ingénieurs techniciens, 179 agents d'appui et 22 administratifs, soit un total de 285 agents. Une convention avec des universités nationales et européennes (Belgique, France, Italie) lui permet de recevoir pour les former de jeunes médecins, surtout en pédiatrie, gynécologie et chirurgie. Avec une capacité de 417 lits, l'hôpital a accueilli 14 870 patients en 2014, dont 5 579 dans le service de pédiatrie. Les urgences ont reçu 23 485 patients dont 13 390 enfants<sup>3</sup>. Deuxième hôpital du Bénin au regard des infrastructures, des équipements et des spécialités médicales, il est fréquenté par des usagers de plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Mali, Niger, Togo, Côte d'Ivoire).
- 6 L'épidémie de FHVL qu'il a connue a été vécue, décrite et interprétée diversement, selon au moins quatre versions.
- 7 La première – officielle – indique qu'un enfant de migrant en provenance du Nigéria a transmis le virus à plusieurs personnes dans son entourage et dans l'hôpital où il a été accueilli :

On était là quand une aide-soignante du service de la néonatalogie est tombée malade. On l'a soignée et on lui a donné trois jours de repos. Elle est partie. Quelques jours après, son état ne s'améliorait pas. Elle est décédée. Après, c'est une autre qui tombe malade, toujours à la néonatalogie, présentant les mêmes symptômes : diarrhée, vomissement et fièvre. On a commencé le traitement quand le médecin est tombé malade aussi. Il a commencé le traitement à la maison et comme ça n'allait pas, il est venu à l'hôpital, on l'a hospitalisé et on a commencé à le soigner. L'état de l'aide-soignante s'est complètement dégradé et elle est décédée aussi. L'état du médecin aussi a commencé par se dégrader quand on l'a référé au CNHU, à Cotonou. Il a fait trois jours en hospitalisation et il est décédé après. C'est là où on a fait le prélèvement pour amener au Nigéria les examens qui ont révélé la fièvre de Lassa. En fait, on a fait une étude rétrospective qui a permis de dire que les autres agents de santé ont souffert du même mal. On a cherché l'origine du mal et on s'est rendu compte que c'était un bébé venu de Serhounguè, un petit village de Coby, qu'on avait reçu à la néonatalogie, qui avait perdu sa mère à la naissance, qui était responsable de ce mal. Ce bébé, après la mort de sa mère, était malade et son père l'a ramené du Nigéria pour le

soigner chez un guérisseur<sup>4</sup>. Comme ça n'allait pas, ils l'ont amené ici. Le père du bébé avait trois femmes. La mère de l'enfant et celle qui l'a gardé après son décès sont toutes décédées ; même la troisième épouse est tombée malade et elle a été guérie. L'enfant qui dormait dans le même lit que le bébé est aussi décédé pour ce mal. Le père du bébé accusait ses femmes d'adultère (soignant de l'hôpital, décembre 2014).

8 Pour les médecins, c'est donc un agent pathogène – ici le virus Lassa, apporté de l'extérieur – qui est responsable des maladies et des décès enregistrés. Ce n'est pas l'opinion des autres agents de santé rencontrés au cours de notre enquête.

9 Cette deuxième version est portée par d'autres personnels de l'hôpital (paramédicaux, personnels administratifs et de soutien) ; ils sont souvent les premières victimes dans ce genre d'épidémie (Charpak, 2014). Ils évoquent une dispute entre deux agents comme point de départ des décès : deux agents (du service de la caisse générale et de celui de la radiographie) ont eu un conflit dans la gestion d'une ressource. Le pédiatre décédé aurait pris position en faveur de l'agent du service de consultation. Les deux agents ont proféré l'un contre l'autre des menaces de mort par « l'arme invisible », c'est-à-dire par les forces mystiques. Quelques semaines après le conflit, l'agent du service de radiographie a été victime d'un accident de circulation, un soir, en allant dans son village natal à quatre kilomètres de Tanguiéta. Il été découvert le lendemain matin, couché loin de la piste. Ses parents ont estimé que sa mort n'était pas naturelle, mais proviendrait de son activité professionnelle. Décidés à venger leur fils, ils seraient allés voir un sorcier pour retrouver le responsable afin de lui « rendre le coup ». Celui-ci leur a dit que le responsable de l'accident de leur fils allait périr, ainsi que tous ceux qui l'avaient soutenu. Le sorcier aurait prévu la mort de sept personnes. Quelques semaines après, le second agent impliqué dans le conflit est mort. Puis le pédiatre et bien d'autres agents sont aussi décédés.

10 Cette deuxième version est aussi soutenue par les agents de santé de Coby. Si ces derniers ne se prononcent pas sur les causes mystérieuses du décès, ils sont tout de même dubitatifs quant à l'existence du virus Lassa dans la commune. Voici les propos d'un agent de cette aire sanitaire :

On parle de la fièvre de Lassa, mais les études faites avec l'OMS ont montré qu'il n'y a pas de fièvre de Lassa ici au Bénin. C'est vrai, il y avait eu un cas en provenance du Nigéria, mais toutes les personnes mises en observation après ça ont été révélées saines. On a fait plusieurs jours sur le terrain pour observer les personnes supposées avoir eu un contact avec l'enfant infecté, mais les résultats ont été négatifs. Bon, il n'y a pas eu de preuves pour montrer qu'il y a la maladie dans la localité, ce sont des hypothèses qui n'ont pas été vérifiées. Nous tous, on a appris ça comme ça, mais est-ce qu'il y a eu des examens sur cet enfant qui prouvaient qu'il avait ce mal ? En plus, est-ce que cet enfant était le seul à être reçu à cette période ? Effectivement, c'est du centre de santé de Douagou qu'il a été transféré pour Tanguiéta, mais je n'ai pas encore appris qu'un agent de santé de ce centre ou une autre personne a présenté des effets similaires, au moment où les gens disent que tous ceux qui ont eu un contact avec cet enfant à Tanguiéta ont présenté les mêmes symptômes. Vraiment, il n'y a pas une explication que je pourrais donner à cela, en tout cas moi je ne sais pas (agent centre de santé de Coby, décembre 2014).

11 Pour mieux comprendre les conditions d'émergence de cette version, nous avons vérifié certains faits signalés dans les différents propos. Effectivement, un agent de la radiographie est décédé d'un accident de la route. Il y a réellement eu une dispute, avant l'accident, avec un autre agent qui est décédé lui aussi. Néanmoins, nous avons appris que ce dernier souffrait d'une très grave maladie chronique. Dans le bilan officiel des cas de FHVL, les autorités médicales et politiques ne citent pas ces deux cas.

12 Une troisième version, portée par les populations rurales autour de l'hôpital, est encore différente. Témoins de l'enchaînement des décès, ses partisans soutiennent la rumeur selon laquelle un frère médecin, en service depuis la création de l'hôpital, aurait signé un pacte avec une divinité<sup>5</sup> pour avoir de plus nombreux patients. C'est l'absence de respect par ce frère de certaines clauses contractuelles, notamment des sacrifices à la divinité, qui aurait causé les décès des agents. Les usagers de l'hôpital qui partagent cette croyance considèrent les statues de Jésus et de Marie, situées dans l'enceinte de l'hôpital, comme des autels de culte. Ils interprètent les prières du matin et du soir comme des incantations destinées à provoquer la maladie parmi les populations afin de remplir l'hôpital. Ils disent que si l'on y prête attention,

c'est seulement quand les lits sont vides que les frères organisent les prières, celles-ci seraient alors suivies d'arrivées massives de patients.

C'est le frère responsable qui a signé des pactes avec un fétiche pour avoir beaucoup de malades dans son hôpital ; c'est en offrande à ce fétiche qu'il a perdu tous ces agents de santé (Homme, Serhoungè, 55 ans environ, décembre 2014).

13 D'après les autorités médicales de l'hôpital, cette « légende » est construite et entretenue depuis longtemps, bien avant l'épisode de Lassa. Cette représentation permettrait d'interpréter des phénomènes incompréhensibles pour les usagers de l'hôpital, comme les statues, les prières et les flux de patients. Avec cette version, l'élaboration théorique populaire s'éloigne des faits matériels liés au virus. Il en est de même pour le point de vue des témoins des décès, dans le village d'origine du cas index.

14 Dans la quatrième version, rapportée notamment dans le village, tous les décès ont été interprétés à travers les rapports sociaux entre les morts et leur entourage. Dans l'ensemble de l'aire culturelle de la zone d'étude, la maladie est aussi perçue sous d'autres angles que celui biomédical qui repose sur différentes croyances (Augé & Herzlich, 1983 ; Fainzang, 1986). Dans les représentations populaires, il est communément admis que certaines conditions naturelles (pluie, soleil, froid, chaleur, vent, etc.) peuvent perturber le fonctionnement du corps, mais qu'elles ne peuvent pas tuer. La maladie mortelle, y compris l'accident, trouverait donc sa cause dans la société, constituant notamment la sanction d'une déviance sociale ou résultant d'un envoûtement pour des raisons diverses (Fainzang, 1986). Les maladies naturelles sont reconnues par leurs symptômes, comme le décrit une informatrice :

Ici, il y a le corps chaud, le rhume, *fiaba*<sup>6</sup> et ce qui gifle<sup>7</sup> les enfants, qu'on appelle souvent la maladie du ciel. Ces derniers jours, on nous parle de nouvelles maladies, je ne sais pas, on appelle ça Ebola ou Lassa ? Ils ont dit que c'est à Tanguiéta là-bas et d'autres disent que c'est dans notre village ici. Il y a eu des gens qui sont morts ici et ils ont dit c'était pour ça ; est-ce que moi je sais ? (Femme, Serhoungè, décembre 2014).

15 En fait, l'existence du virus Lassa, dans son fondement biomédical, n'est pas acceptée dans le village, comme c'est le cas avec bien d'autres pathologies, mêmes courantes, dans cette aire culturelle (Fainzang, 1984). Les populations trouvent ailleurs les causes des différents décès, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de leur milieu. Presque toutes les personnes rencontrées dans le village réfutent l'interprétation des décès faite au niveau de l'hôpital. Les causes évoquées sont la malchance ou la punition (pour le père de l'enfant-cas index et les femmes) et l'attaque du tradipraticien (par ses pairs concurrents), etc.

J'ai appris que le père de l'enfant était un malfaiteur. Il avait tué quelqu'un qui se vengeait en tuant aussi les membres de sa famille. Ce qui est bizarre, quand il avait amené l'enfant ici, il s'est enfui. Ce sont les femmes du guérisseur qui s'occupaient de l'enfant. Elles deux aussi sont décédées après la mort de l'enfant. Certains disent que c'est la victime du père de l'enfant qui a dit que tous ceux qui vont tenter de sauver un membre de cette famille en mourront également. D'autres disent que ce sont les pairs du guérisseur, qui le défient et qui lui font enregistrer des échecs de soins (Femme, village voisin de Serhoungè, décembre 2014).

16 La réfutation de l'explication biomédicale des décès entraîne la remise en cause des messages médiatiques et sanitaires sur le mode de transmission de la FHVL.

Ils ont dit que même si tu salues quelqu'un qui a la maladie, tu es contaminé, alors que le vieux qui s'occupait de l'enfant est encore là. Ils ont même dit que si tu touches le corps d'une personne qui a souffert de la maladie, ça te contamine aussi. Et pourtant, les parents des deux femmes du vieux qui étaient décédées étaient venus chercher leurs corps pour l'inhumation, une à Outchantiéou et l'autre à Gando au Togo. Mais ils ne sont pas morts (Homme, décembre 2014).

17 Les décès enregistrés à l'hôpital Tanguiéta, principalement parmi les agents de santé, ont été justifiés autrement.

Avant que l'enfant ne vienne à Tanguiéta, les gens ne mouraient pas ? Il y avait toujours des morts à l'hôpital de Tanguiéta, ce n'est pas cet enfant qui a amené la mort. Après le décès de l'enfant, est-ce qu'il y a eu d'autres décès dans le village ? Rien n'a changé, les gens mouraient et continuent de mourir (Femme, Coby, décembre 2014).

Il faut oublier ce que les gens racontent, avec tous les malades qu'il y a à Tanguiéta là, c'est cet enfant qui a fait mourir les agents de santé ? C'est son destin. Les femmes du guérisseur qui sont mortes ont leur problème ailleurs. L'enfant n'y est pour rien. Tu sais, il y a des choses que la femme ne doit pas faire dans cette vie mais les femmes de maintenant prennent ça à la légère. Comme leur époux tient encore les normes de la tradition, elles ont subi leurs mauvais comportements. Elles ont toutes touché au feu<sup>8</sup> et ça les a brûlées. La femme du guérisseur qui vit encore, c'est sa première femme, la plus âgée<sup>9</sup> (Homme, Coby, décembre 2014).

- 18 Nos données montrent donc une certaine hétérogénéité des interprétations entre les différents groupes d'acteurs. Il faut dire que le manque d'informations épidémiologiques ainsi que certaines situations institutionnelles et sociales, pendant la période de l'épidémie de Lassa au Bénin, laissent effectivement subsister des zones d'ombre propices aux divergences d'interprétation. Par exemple, le Nigéria n'a pas déclaré d'épidémie de Lassa entre 2013 et 2014. D'autre part, plusieurs personnes entrées en contact avec des patients décédés à l'hôpital et dans le village n'ont pas été malades : le père de l'enfant, le tradipraticien, la première épouse du tradipraticien, les parents des morts. Ces faits locaux ont nourri le doute à l'égard du discours officiel sur l'épidémie. Même dans le milieu sanitaire, plusieurs interprétations ont pu ainsi émerger. Les différences pouvant être rapportées à la double appartenance des soignants. Bien qu'ils aient reçu une éducation en milieu communautaire, leur formation et leur pratique biomédicales ne modifient pas complètement leurs croyances profondes. Ainsi, la FHVL a-t-elle trouvé sa place parmi les « sémiologies et nosologies, (les) 'ethnomédecines' autochtones » (Epelboin, 2010 : 5). C'est en puisant leur inspiration dans les sémiologies et nosologies, populaires ou savantes, que certains tradipraticiens vont s'approprier la maladie non encore connue. Leurs logiques sont fondées sur l'analogie des symptômes de la nouvelle maladie avec ceux des maladies déjà connues. A cela s'ajoute les enjeux économiques et financiers de leur métier de thérapeute. Dans le cas d'Ebola en Guinée en 2014, de nombreux tradipraticiens se disent compétents dans leurs annonces publicitaires (Epelboin, 2014). Les perceptions populaires de l'institution médicale et de la maladie en général, et de l'HSJDT de Tanguiéta en particulier, ont favorisé le rejet de la cause virale de l'épidémie de l'automne 2014.
- 19 A y regarder de près, on peut penser que les gestionnaires de l'épidémie ne sont pas parvenus, d'une part, à gérer les rumeurs, les pratiques médicinales populaires et les comportements peu professionnels des agents de santé, et d'autre part, à prendre les décisions et conduire les interventions nécessaires pour contenir l'expansion de l'épidémie.

## L'expérience béninoise de la FHVL : des faiblesses structurelles encastrées

- 20 Cette seconde partie traite des faiblesses de l'État en examinant les différents niveaux de gestion de l'épidémie, vus par l'analyse des mécanismes techniques, règlementaires, institutionnels et politiques prévus dans les documents stratégiques de renforcement du système national de soins et de santé (plan national de développement sanitaire, programme national d'appui au développement des zones sanitaires, etc.). L'expérience des FHVE au Congo avait pourtant montré qu'une meilleure gestion d'urgence passait par « la compréhension des modèles culturels des populations locales ainsi que des explications économiques et politiques de la maladie » (Hewlett et al., 2005 : 230). Qu'en a-t-il été pour la FHVL au Bénin ?
- 21 Au niveau du centre de santé périphérique où l'enfant a été envoyé, les agents de santé ne sont pas parvenus à convaincre les populations des comportements à adopter pour éviter la transmission, comme l'illustre ce récit d'un agent de santé :
- Vous savez bien que c'est toujours difficile de travailler avec les populations analphabètes, elles ont souvent du mal à comprendre les choses. Il faut qu'elles voient plusieurs personnes en mourir avant de croire que ce mal existe vraiment. Il y en a qui respectaient mais d'autres par contre circulaient comme ils en avaient l'habitude (Agent de santé, Coby, décembre 2014).
- 22 Au cours de cette période, le ministre de la santé du Bénin, en collaboration avec une équipe d'experts nationaux et internationaux, a organisé par Skype une conférence le 20 novembre

2014. Au cours de celle-ci, un expert international a déclaré qu'il était important de rechercher les sujets contacts au sein des populations. Puis le ministère de la santé, au cours d'une conférence de presse organisée le 25 novembre, a déclaré que 170 sujets contacts ont été identifiés et mis sous surveillance pour une période de trois semaines, temps d'incubation du virus Lassa. Le personnel de santé de l'hôpital de Tanguiéta aurait été mis sous surveillance pendant trois semaines. Mais, d'après nos observations sur les sites et nos entretiens avec les usagers et les agents, cette surveillance n'a pas été réelle. Elle n'a pas vraiment pris en compte l'ensemble des personnes qui ont côtoyé les patients décédés.

23 A l'HSJDT, une observation illustre les dysfonctionnements récurrents, techniques et organisationnels, de l'hôpital. Entre fin octobre et mi-novembre 2014, période critique de la FHVL, nous avons observé la prise en charge des malades au service des urgences où les patients suspectés de FHVL ont été reçus.

Une patiente a été admise à l'hôpital le samedi 1<sup>er</sup> novembre 2014 vers 20 heures. Le véhicule qui l'a transportée a stationné devant le service des urgences, à l'intérieur de l'hôpital. Les accompagnateurs ont réussi à poser la malade sur un brancard indiqué à distance par un agent pour la conduire dans la salle des urgences. Deux agents, un infirmier et un aide-soignant, ont indiqué le lit d'observation. Elle fut mise sur ledit lit par ses parents qui l'ont amenée. Les traitements ont commencé par la pose d'un perfuseur. Puis un coup de fil au médecin de garde, qui n'était pas sur les lieux. Le médecin hors de l'hôpital a donné des indications aux agents en place pour continuer les soins. La patiente en perfusion a passé une première nuit dans la salle de réanimation des urgences. Le lendemain matin, toujours dans le coma, elle a été transférée dans une autre salle des urgences, la salle des soins intensifs. Là-bas, seule une personne peut être admise comme garde du patient. L'équipe de garde composée d'un médecin, d'une infirmière et d'une aide-soignante, après un diagnostic, a dit que la patiente n'a pas récupéré malgré les soins de la veille, que le cas est compliqué. Le médecin a demandé une transfusion sanguine. Il fallait découvrir le groupe sanguin au laboratoire de l'hôpital. Il informe les parents de la patiente qu'il a fait un « bon » pour déterminer le groupe sanguin de la patiente au laboratoire. Le « bon » a été fait vers 9 heures. Autour de 11 heures, constatant que les choses n'avançaient pas, un accompagnant de la patiente s'est rapproché de l'infirmier pour savoir pourquoi la transfusion n'est pas faite. A ce moment, ce dernier s'est étonné de voir que le « bon » n'avait pas été transmis au laboratoire. Le garde-malade s'est proposé de l'amener. Une fois là-bas, son admission dans la salle des analyses a été repoussée. Une trentaine de minutes d'attente passée, le laborantin lui demande ce qu'il cherche. Il lui présente le « bon » qu'il récupère et promet de faire le groupage. Vers 13 heures, il se rend au laboratoire après avoir constaté que le sang n'avait pas été prélevé sur la patiente. Sur sa plainte, un laborantin prélève le sang. Vers 15 heures, il n'y avait pas de retour des analyses du laboratoire. Le garde-malade retourne au laboratoire et constate que les analyses sont faites mais juste déposées sans suite au service des urgences. Le laboratoire n'a pas ramené les résultats aux soins intensifs. Sur intervention du garde-malade, le dossier est ramené. Le laboratoire a profité pour dire aux parents que le sang requis pour la transfusion n'est pas disponible dans la banque de sang de l'hôpital. Tous les agents, des soins intensifs et du laboratoire, disent n'avoir aucune solution au manque de ce sang. Un laborantin dit au garde-malade qu'il peut se rendre à la banque de sang de Natitingou (50 kilomètres) pour voir s'ils en ont. Celui-ci décide d'y aller. Le laborantin lui donne le matériel de maintien en condition pour contenir le sang s'il en trouve. Il lui remet aussi les résultats du groupage de la patiente, à présenter au laborantin de Natitingou. Quelques trente minutes après, soit vers 18 heures, le garde-malade était de retour à Tanguiéta. La transfusion a été faite au crépuscule. Le processus de dépistage du facteur rhésus et de recherche de sang pour une personne dans le coma aura duré de 9 heures du matin à 9 heures du soir (Observation faite entre le 1<sup>er</sup> et le 4 novembre 2014).

24 Les comportements observés des urgentistes sont peu adaptés au contexte épidémique. A l'arrivée des malades, le personnel des urgences ne se précipite pas pour l'accueil et la mise en place des soins. Cette observation révèle que les services d'urgence et de laboratoire ne communiquent ni régulièrement ni rapidement pour établir le diagnostic. Ce sont les garde-malades (en général des proches parents) des patients qui doivent stimuler les services pour la réalisation des tests, comme le groupage sanguin, et la communication des résultats, et se mettre en quête de poche de sang à transfuser. Celle-ci étant parfois hors de l'hôpital, ils sont obligés de voyager sur une longue distance sans aucun document administratif, et doivent déboursier une certaine somme pour l'expédier. L'hôpital bénéficie pourtant d'une bonne réputation locale, nationale et internationale. On note un manque d'empressement des agents, le cloisonnement des services pourtant dépendants dans les filières de soins par

ce temps d'épidémie. Ces constats amènent à émettre l'hypothèse que la sécurité sanitaire des patients reste très embryonnaire, en raison soit de l'incompétence technique, soit de la mauvaise volonté des agents.

- 25 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. C'est le 13 novembre, soit environ un mois après les premiers décès, que le directeur de l'hôpital a informé le Représentant résident de l'OMS de l'évolution de la maladie. On constate également que l'information n'a pas été envoyée préalablement au ministère de la santé. C'est seulement après le décès du médecin que les premiers prélèvements ont été envoyés pour examen dans un laboratoire au Nigéria. Par ailleurs, on a observé des insuffisances techniques dans la protection des agents de santé et des patients pendant l'épidémie, corroborées par les propos de soignants.

On a pris beaucoup de dispositions de protection après cet incident<sup>10</sup>. Par exemple, avant, on ne portait pas de gants pour les bébés. Aujourd'hui, même pour un enfant d'un jour, on porte des gants, parce qu'on a su qu'un bébé peut causer beaucoup de choses. Toi-même tu as suivi hier, quand un patient vient, on demande sa provenance et on essaie de faire l'histoire de la maladie, c'est-à-dire les membres de la famille qui souffrent de la même maladie, les symptômes... C'est vrai, il y a la peur mais on travaille avec toutes les précautions possibles. Les patients même ont peur ; c'est pourquoi tu peux constater ce vide dans l'hôpital, sinon il n'y a souvent pas de places ici en pédiatrie (Soignant, service pédiatrie, décembre 2014).

Tous les enfants malades qui venaient en ce moment étaient pris avec beaucoup de précautions. C'est en ce moment qu'on nous avait demandé de porter des gants pour examiner tous les enfants qui arrivent (Un autre soignant du même service, décembre 2014).

- 26 Ces extraits d'entretiens suggèrent que l'hygiène médicale était négligée dans le service de néonatalogie, malgré la vulnérabilité des nouveau-nés reçus dans le service. L'abandon du service par les usagers, qui se traduit par le « vide » dont parle le soignant dans la citation ci-dessus, à cause de la peur, traduit aussi un problème de confiance qui aurait pu être pris en compte à travers une bonne communication de crise.
- 27 Des entretiens avec d'autres agents de l'hôpital révèlent, de même, de nombreux cas de conflits non gérés, de charges de travail non équitables et de détournements de ressources diverses. Ces situations courantes favorisent des conditions de travail peu déontologiques, surtout quand survient une épidémie (Charpak, 2014 ; Desclaux, 1999).
- 28 A un autre niveau, celui de l'EEZS (équipe d'encadrement de la zone sanitaire), les activités ont été très faibles au regard des attentes liées à ses attributions, sur la base de la décentralisation du système national de soins. En effet, la décentralisation fait de l'EEZS un acteur institutionnel de proximité, qui doit être vigilant et proactif en matière de veille et de surveillance sanitaire. Au cours de la téléconférence dont nous avons parlé ci-dessus, les conférenciers ont constaté des faiblesses qui relèvent de ce niveau de gestion du système de soins : mise en œuvre insuffisante des mesures de prévention et de contrôle de l'infection à l'hôpital et dans les communautés, inadéquation des structures d'isolement et de prise en charge des cas, manque de directives concernant la gestion de l'épidémie, manque de surveillance épidémiologique effective et insuffisance de communication au sein de la population. C'est surtout, de notre point de vue, la communication en direction des populations de la zone sanitaire que l'EEZS aurait dû développer assez rapidement pour tenter d'enrayer les représentations populaires défavorables à l'explication biomédicale de l'épidémie et réduire les comportements à risque. En effet, comme nous l'avons évoqué plus haut avec le décès du bébé cas index et des épouses du guérisseur, l'épidémie est survenue dans un espace socioculturel d'explications magico-religieuses des problèmes de santé (Jaffré & Olivier de Sardan, 1999).
- 29 L'absence d'une communication de proximité, reposant sur les connaissances anthropologiques de l'aire géographique, a laissé se développer de nombreuses épidémies dans bien d'autres espaces sociaux semblables, alors qu'on aurait pu l'éviter (Milleliri et al., 2004 ; Bonnet, 2004 ; Laplantine, 1992 ). Au regard des attentes institutionnelles et techniques non



comblées au niveau de la zone sanitaire, on est en droit de comprendre que les autorités au niveau national n'ont pas non plus joué leur rôle.

30 La synthèse rapide de l'information sanitaire, produite quotidiennement par une institution médicale réactive, est, de toute évidence, le signe de la bonne gestion d'une épidémie émergente. A l'ère de l'informatique, il est loisible d'utiliser un système de surveillance épidémiologique national qui offre des possibilités de synthèse, régulièrement mise à jour, en vue d'actions urgentes. Mais la plupart des pays du continent africain fonctionnent avec un système de surveillance épidémiologique non optimal (Rapp, 2014 ; Tutin, 1999), tandis que l'OMS appelle à la mise en place d'une surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (Munoz-Bertrand, 2015). L'apparition de la FHVL à Tanguiéta a permis de noter la faiblesse fondamentale de ce mécanisme technique et politique au Bénin, alors que, depuis 2012, des chercheurs avaient attiré l'attention des pays de la région sur la menace du virus (Sogoba et al., 2012). Il existe ailleurs des dispositifs d'utilisation de l'information satellitaire pour la prévention des maladies liées aux conditions éco-climatiques (Pinzon et al., 2005) comme par exemple les fièvres hémorragiques. Alors que les victimes ont commencé à mourir vers la mi-octobre 2014, la première conférence de presse du ministère de la santé du Bénin a eu lieu seulement le 17 novembre 2014. Face à ce retard dans la gestion de la crise, un expert de l'équipe internationale de préparation à la riposte nationale de l'épidémie d'Ebola au Bénin s'est exprimé en ces termes :

Les rumeurs et les commentaires dans les populations se sont développés pendant plus de trois semaines. Pendant ce temps, les autorités sanitaires n'ont pas déclaré la crise. Elles n'ont pris aucune initiative de communication de crise. La première conférence de presse que la ministre de la santé a organisée lui a été suggérée par l'Equipe internationale de riposte. La première mission pour évaluer la situation sur le terrain à Tanguiéta a été proposée par cette équipe. Le directeur de l'HSJDT a communiqué directement avec l'OMS, sans passer par une éventuelle surveillance épidémiologique nationale. On apprend que ce directeur n'aurait pas voulu une alerte médiatique autour de la situation (membre de l'Equipe internationale Ebola au Bénin, entretien, décembre 2014).

31 Le silence du ministère béninois de la santé corrobore des rumeurs relayées dans la presse écrite. Il y a même eu une alerte sur un cas de virus Ebola à Cotonou. Le journal *Le Matinal*, le 21 novembre 2014, a publié : « Virus hémorragique, deux cas de fièvre de Lassa détectés au Bénin ». À la suite de cette hyperactivité médiatique autour des virus Ebola et Lassa, le ministre a déclaré que « cette nouvelle épidémie sera vite cernée dans le pays ». Il a exhorté « les médias à ne pas créer la psychose au sein des populations ». Le ministère de la santé n'aurait, avait-il dit, rien à leur cacher, comme cela était écrit dans l'article intitulé « Fausse alerte au sujet d'un malade atteint du virus Ebola à Cotonou, le ministère de la santé dément et rassure » (*La Fraternité*, n° 3723 du 28 octobre 2014). Le retard des autorités sanitaires en matière d'information sur les maladies négligées est finalement récurrent ; cela a été le cas du Burkina Faso en 2013 à propos du virus de la dengue (Ridde et al., 2014).

32 Pourtant, la presse rapporte que des dispositions préventives avaient été prises par le ministère à propos de la crise Ebola, en réponse à l'alerte internationale liée à la situation au Libéria, en Guinée, en Sierra Leone et au Nigeria voisin pendant quelques mois. Selon cette presse, le ministre de la santé du Bénin, en collaboration avec les ministres en charge des enseignements primaire, secondaire et supérieur, a recommandé à l'attention des enseignants, des élèves et des étudiants des établissements publics et privés, d'intensifier la surveillance épidémiologique et le respect des règles d'hygiène et de prévention. Il a recommandé la vulgarisation des signes et symptômes, des modes de transmission, ainsi que des mesures de prévention, la mise en place d'un dispositif de lavage des mains à l'eau et au savon, le redoublement de l'état de veille en vue de la détection rapide d'un éventuel cas suspect, etc. Finalement, la description de la situation montre que le système de santé du Bénin, comme dans bien des pays du continent africain, est loin de disposer de la capacité de riposte contre une épidémie (Socé, 2015). C'est à une échelle supérieure que s'est produite une intervention qui a permis de maîtriser rapidement la situation.

33 La FHVE en Afrique de l'Ouest, comme au Congo bien avant (Formenty et al., 2003), devrait permettre au Bénin de réaliser une organisation efficace pour une riposte générale en

matière de gestion autonome d'épidémie (Milleliri, 2014). Cela n'a pas été le cas en ce qui concerne les réactions ou les manques de réactions enregistrés avec la FHVL. Cependant, en absence de pratiques institutionnelles et organisationnelles internes adéquates, le pays a bénéficié de l'action du Réseau mondial d'alerte (*Global Outbreak Alert and Response Network-GOARN*) créé depuis 2000 (Formenty, 2006). Le système national de soins au Bénin a réagi à l'épidémie de Lassa sous l'impulsion de ce réseau mondial, présent dans le pays dans le cadre de l'épidémie d'Ebola. Le niveau local n'a réagi qu'à la suite de l'intervention du niveau international. C'était aussi ce qui s'était passé au Niger lors des crises alimentaires de 2005 et de 2010 (Michels *et al.*, 2012).

34 En effet, venue à Cotonou pour appuyer l'équipe nationale dans le cadre d'Ebola, la mission s'est automatiquement saisie de la situation locale à l'égard du virus de Lassa. Dans ce cadre, elle a incité, le 18 novembre 2014, une délégation composée du ministre de la santé, du représentant résident de l'OMS et des cadres techniques du ministère, à se rendre à Tanguiéta pour apprécier la situation. Le lendemain, une équipe conjointe des organisations des Nations Unies, des Organisations Non Gouvernementales et autres partenaires internationaux et du ministère de la Santé du Bénin, s'est déployée sur le terrain, le 19 Novembre, pour approfondir les investigations, effectuer l'identification et le suivi des contacts et mettre en place les mesures de prévention et de contrôle de l'infection. Cette mission s'est rendue dans le village et dans la commune d'où est venu le bébé suspect. Le représentant résident de l'OMS y a animé une conférence de presse, le 20 novembre 2014, pour indiquer que des prélèvements étaient envoyés dans les laboratoires les plus appropriés pour rechercher et confirmer la présence des anticorps circulants. Quand les résultats ont été confirmés, une autre mission s'est rendue à Tanguiéta, composée d'une délégation d'experts de l'OMS et du ministre de la santé, pour suivre l'évolution de la situation, surtout au niveau des populations.

## Conclusion

35 L'analyse de la gestion du sida entre les années 1980 et les années 2000 a été si riche et controversée que l'anthropologie l'a parfois qualifiée de fantasmagique (Bibeau, 1991). Notre expérience concernant Lassa au Bénin confirme la complexité des relations, voire le franc écart, entre les connaissances disponibles et les prises de décisions pour l'action (Siron *et al.*, 2015). Des travaux scientifiques qui caractérisent et analysent les décisions sanitaires insistent sur la prise en compte de l'urgence dans la riposte en matière de santé des populations (Tabuteau, 2008). Les faiblesses fondamentales remarquées dans les systèmes de santé des pays concernés par la crise d'Ebola de 2014, la plus intense du genre depuis 1976, ont été rencontrées au niveau international (Houssin, 2014) et au Bénin avec la FHVL. En France, on peut rappeler la gestion catastrophique de la canicule de 2003 ou encore le drame des contaminations post-transfusionnelles par le virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) dans les années 1990 (Setbon, 2004), deux crises pour lesquelles l'État français a mis beaucoup de temps pour prendre des dispositions sanitaires.

36 L'analyse de ces deux crises a montré que certains paramètres contextuels influencent toujours le passage de la connaissance à l'action. Dans le cas béninois, les faiblesses sont notamment observées au niveau de la communication médiatique et communautaire, de la gestion hospitalière et de la coordination nationale du système de soins. C'est d'autant plus remarquable que cette épidémie s'est développée dans une institution privée, de bonne réputation. La léthargie du système national et des sous-systèmes de santé conforte le propos selon lequel la 25<sup>ème</sup> crise d'Ebola déclenchée en Afrique de l'Ouest en 2014 a permis d'assister à une « étrange coalition de l'inaction » (Houssin, 2014).

37 Malgré l'alerte internationale sur le potentiel épidémique de la FHVL au Bénin, le système national de santé a semblé très surpris par son émergence en 2014. Il a en outre accusé des faiblesses dans la veille sanitaire, l'application des dispositifs de décentralisation du secteur et la gestion de crise sanitaire. Cet épisode de FHVL a montré que les populations de la zone sanitaire de Tanguiéta, à l'instar de l'ensemble des populations des pays du Sud, entretiennent toujours un rapport étioologique magico-religieux important face à n'importe quelle maladie et une perception relativement peu favorable à l'institution médicale (Bonnet,

2004 ; Bougerol, 1994), ce qui n'est pas nouveau au Bénin (Ridde *et al.*, 2010). Il est évident que les dysfonctionnements structurels du système de soins ne peuvent que renforcer l'attitude des usagers et leurs perceptions défavorables de l'offre locale de santé.

---

### **Bibliographie**

AUGE M. et HERZLICH C., 1983. *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Editions des archives contemporaines.

BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C. et TOURE M. (éds.), 1999. *Vivre et penser le sida en Afrique / Experiencing and understanding AIDS in Africa*, Paris, Karthala-Codesria-IRD [en ligne] <http://www.codesria.org/spip.php?article587&lang=en> (page consultée le 26/08/2015).

BENOIST J. et DESCLAUX A. (dir.), 1996. *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*. Paris, Karthala.

BIBEAU G., 1991. « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et sociétés*, 15 : 125-147.

BONNET D., 2004. « Drépanocytose et ethnicité », In LAINE A., *La drépanocytose : regards croisés sur une maladie orpheline*. Paris, Karthala : 45-74.

BOUGEROL C., 1994. « Approche anthropologique de la drépanocytose des malades antillais », *Sciences sociales et santé*, 12 : 47-68.

CHARPAK Y., 2014. « Ebola : Faisons confiance et soutenons les professionnels locaux ! », *Santé Publique*, 26 : 749-751.

DESCLAUX A., 1999. « Des infirmières face au Sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels de pédiatrie du Burkina Faso », In BECKER C., DOZON J.-P., COBBO C. et TOURE M., *Vivre et penser le sida en Afrique*. Paris, Karthala-Codesria-IRD : 541-558.

EPELBOIN A., 2010. « L'anthropologue dans la réponse aux épidémies : science, savoir-faire ou placebo ? », *Bulletin Amades*, 78 [en ligne] <http://amades.revues.org/1060> (page consultée le 14/05/2015).

EPELBOIN A., 2014. *Approche anthropologique de l'épidémie de FHV Ebola 2014 en Guinée Conakry*. Rapport de recherche, OMS.

FAINZANG S., 1984. « Le regard du serpent : réflexions sur la théorie de la contagion chez les Bisa de Haute-Volta », *L'Homme*, 4 : 83-89.

FAINZANG S., 1986. *"L'intérieur des choses". Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris, L'Harmattan.

FORMENTY P., 2006. « Les FHV dans le monde : le point des dix dernières années », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 43-44 : 332-336.

FORMENTY P., LIBAMA F., EPELBOIN A., ALLARANGAR Y., LEROY E., MOUDZEO H., TARANGONIA P., MOLAMOU A., LENZI M., AIT-IKHLEF K., HEWLETT B., ROTH C. et GREIN T., 2003. « L'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en République du Congo, 2003 : une nouvelle stratégie », *Médecine Tropicale*, 63 : 291-295.

GRUENNAIS M.-E. et VIDAL L., 2001. « En Afrique, le sida réformateur ? », *Natures, sciences, sociétés*, 4 : 9-17.

HEWLETT, B. S., EPELBOIN, A., HEWLETT, B. L. et FORMENTY, P., 2005. « Medical anthropology and Ebola in Congo : cultural models and humanistic care », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 3 : 230-236.

HEYMAN D. L., CHEN L., TAKEM K., FIDLER D. P., TAPPERO J. W., THOMAS M. J., KENYON A. T., FRIEDEN R. T., YACH D., NISHTAR S., KALACHE A., OLLIARO L. P., HORBY P., TORREELE E., GOSTIN O. L., NDOMONDO-SIGONDA M., CARPENTER D., RUSHTON S., LILLYWHITE L., DEVKOTA B., KOSER K., YATES R., DHILLON S. R. et RANNAN-ELIYA P. R., 2015. « Global health security : the wider lessons from the West African Ebola virus disease epidemic », *Lancet*, 385 : 1884-1901.

HOUSSIN D., 2014. « La coopération sanitaire internationale abolie par Ebola ? », *Politique étrangère*, 4 : 85-95.

JAFFRE Y. et OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), 1999. *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris, PUF.

LAPLANTINE F., 1992. *Anthropologie de la maladie*. Paris, Payot.

- MACNEIL A. et ROLLIN P. E., 2012. « Ebola and Marburg hemorrhagic fevers : neglected tropical disease ? », *PLOS*, 6 : 1-7.
- MICHELS D., EGG J. et BLEIN R., 2012. « La répétition des crises alimentaires et nutritionnelles au Niger : la rénovation urgente des politiques de sécurité alimentaire », *Cahiers Agricoles*, 21 : 302-310.
- MILLELIRI J. M., TEVI-BENISSAN C., BAIZE S., LEROY L. et GEORGES-COURBOT M. C., 2004. « Les épidémies de fièvre hémorragique due au virus Ebola au Gabon (1994-2002) : Aspects épidémiologiques et réflexions sur les mesures de contrôle », *Bulletin de la société des pathologies exotiques*, 3 : 199-205.
- MILLELIRI J.-M., 2014. « Ebola : une opportunité pour les systèmes de santé ? », *Médecine et santé Tropicale*, 24 : 341-342.
- MUNOZ-BERTRAND M., 2015. *Analyse de la surveillance de la dengue au Burkna Faso*. Rapport de stage en vue de l'obtention du grade de maîtrise en santé communautaire, Faculté des Etudes Supérieures, Montréal.
- NANCY D., 2015. *Les origines du virus de Lassa sont enfin connues* [en ligne] UdeMNouvelles : <http://www.nouvelles.umontreal.ca/recherche/sciences-de-la-sante/20150824-les-origines-du-virus-de-lassa-sont-enfin-connues.html> (page consultée le 26 août 2015).
- PINZON J. E., WILSON J. M. et TUCKER C. J., 2005. « Climate-based health monitoring systems for eco-climatic conditions associated with infectious diseases », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 98 : 239-243.
- PINZON-FLOREZ C. E., FERNANDEZ-NINO J. A., RUIZ-RODRIGUEZ M., IDROVO A. J. et LOPEZ A. A., 2015. « Determinants of performance of health systems concerning maternal and child health : A global approach », *PLoS ONE*, 1-27.
- RAPP C., 2014. « Epidémie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest : réalités et perspectives », *Médecine et santé tropicale*, 24 : 229-231.
- RIDDE V., CARABALI M., LY A., DRUETZ T., KOUANDA S., BONNET E. et HADDAD S., 2014. « The Need for More Research and Public Health Interventions on Dengue Fever in Burkina Faso », *PLoS Negl Trop Dis.*, 8 : 1-3.
- RIDDE V., YACOUBOU M., HADDAD S. et YACOUBOU I., 2010. « Exploratory Study Of The Impacts Of Mutual Health Organizations On Social Dynamics In Benin », *Social Science & Medicine*, 71 : 467-474.
- SETBON M., 2004. *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*. Paris, Elsevier.
- SIRON S., DAGENAIS C. et RIDDE V., 2015. « What research tells us about knowledge transfer strategies to improve public health in low-income countries : a scoping review », *International Journal of Public Health*, DOI 10.1007/s00038-015-0716-5.
- SOCE F. I., 2015. « Quels systèmes de santé pour lutter contre Ebola et les autres urgences en Afrique subsaharienne ? », *Médecine et santé tropicale*, 25 : 5-6.
- SOGOBA N., FELDMANN H. et SAFRONETZ D., 2012. « Lassa Fever in West Africa : Evidence for an Expanded Region of Endemicity », *Zoonoses Public Health*, 2 : 43-47.
- TABUTEAU D., 2008. La décision sanitaire. *Santé Publique*, 4 : 297-312.
- TAVERNE B., 2015. « Anticiper les flambées épidémiques à virus Ebola : pas sans les sciences sociales ! », *Global Health Promotion*, 0(0) : 1-2.
- TUTIN C. E., 1999. *Ecologie et organisation sociale des primates de la forêt tropicale africaine : aide à la compréhension de la transmission des rétrovirus*. Centre International de Recherches médicales du Gabon. Paris, Institut Pasteur de Paris.

---

## Notes

- 1 Institution mise en place par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
- 2 Fondé au 16ème siècle.
- 3 Source : Rapport d'activité 2014 de l'HSJDT, Tanguiéta, 2015.
- 4 Un tradipraticien du village de Serhoungué dans la commune de Cobly au Nord-Ouest du Bénin.
- 5 Ils pensent que ce sont les « dieux des blancs » qui ont les hôpitaux. Ces dieux donnent la maladie aux populations pour que l'hôpital trouve des clients.

6 *Fiba* est la prononciation locale de *fever*, fièvre en anglais. Ce terme est entré dans la langue Mbèlmè avec le retour de migrants du Ghana au début du 20<sup>ème</sup> siècle.

7 Le verbe « gifler » traduit la façon dont cette maladie se manifeste brutalement dans le corps des enfants. Ils perdent subitement force et conscience. Certains sont même immédiatement paralysés d'un côté (membre supérieur et inférieur).

8 « Toucher au feu » est une image verbale qui veut dire « se chercher des problèmes ».

9 La référence à l'âge évoque à la fois le respect de la tradition et la retraite sexuelle qui évite la transgression mortelle.

10 Il parle des cas de décès imputés à la FHVL.

### ***Pour citer cet article***

#### Référence électronique

Emmanuel N'koué Sambieni, Nouratou Danko et Valéry Ridde, « 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* [En ligne], 11 | 2015, mis en ligne le 09 novembre 2015, consulté le 10 décembre 2015. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1772> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1772

### ***À propos des auteurs***

#### **Emmanuel N'koué Sambieni**

Socioanthropologue, enseignant et chercheur à l'Université de Parakou et au Laboratoire d'Etudes et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (Lasdel), BP 123, Parakou (Benin) ; [esambieni@yahoo.fr](mailto:esambieni@yahoo.fr) ou [samnkoue@gmail.com](mailto:samnkoue@gmail.com)

#### **Nouratou Danko**

Socioanthropologue, chercheuse au Lasdel et Directrice de la Coopération Décentralisée et de l'Action Humanitaire au Bénin, BP 1383, Parakou (Benin) ; [dnouratou@yahoo.fr](mailto:dnouratou@yahoo.fr)

#### **Valéry Ridde**

Professeur agrégé à l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal, Titulaire de la chaire REALISME des IRSC, Université de Montréal – IRSPUM, Pavillon 7101, Avenue Du Parc ; C.P. 6128, succ. Centre-ville, Montréal, (Québec) H3C 3J7 (Canada) ; [valery.ridde@umontreal.ca](mailto:valery.ridde@umontreal.ca)

### ***Droits d'auteur***

© Tous droits réservés

### ***Résumés***

L'histoire de la gestion de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Lassa (FHVL), survenue au Bénin en 2014, se situe dans un contexte d'épidémie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest. La présente recherche vise à comprendre les conditions sociales du déclenchement et de l'évolution de l'épidémie de FHVL, d'une part, et les processus techniques, politiques et institutionnels de sa gestion par l'État et le réseau international d'alerte et de riposte sanitaire, d'autre part. L'enquête de terrain s'est déroulée sur plusieurs sites : au ministère de la santé à Cotonou, dans les services de santé (dont l'hôpital Saint-Jean de Dieu de Tanguiéta au Nord du pays), et dans les familles de l'aire géographique de l'épidémie. L'enquête qualitative a associé des observations directes dans les milieux sociaux et hospitaliers, des entretiens semi-structurés et la recension d'articles scientifiques, de littérature grise et de presse. L'article suggère qu'au plan institutionnel et médical, l'État a fait preuve de faiblesse dans la riposte d'urgence, surtout en matière de communication et de diagnostic. Du côté des populations et des agents de santé, les symptômes vus, entendus ou appris ont été interprétés selon les modèles étiologiques locaux de la maladie, empreints de logiques magico-religieuses. L'offre privée confessionnelle de santé, malgré ses forces et sa réputation, est encore peu outillée pour réagir rapidement à une épidémie d'urgence comme celle-ci. Les structures décentralisées

du système de soins ne se sont pas appropriés leurs rôles. L'État manque d'un système de surveillance et de capacités de gestion des épidémies d'urgence.

### The Lassa Virus Hemorrhagic Fever in Benin in 2014 : an Epidemic that Reveals the Weakness of the National Health System

The management of the Lassa hemorrhagic fever outbreak in Benin in 2014 must be situated within the context of the Ebola epidemic in West Africa. The research presented here aims to understand the social conditions of the emergence and development of the epidemic on the one hand, and the technical, political and institutional processes of management undertaken at the State level and of the international network of health crises management on the other hand. The research was conducted at different levels : at the Ministry of health in Cotonou, in health services (including the Saint-Jean de Dieu de Tangueta Hospital in the northwest side of the country) and in the households of the disease area. A qualitative approach associated methods of direct observations in social and hospital environments, semi-structured interviews and the review of scientific articles, of gray literature and press. Institutionally and medically, situations have shown a structural weakness of the State in emergency action and communication management. Regarding the people and even the health workers themselves, the observed, heard, or learned symptoms were interpreted according to local etiological models of the disease, mainly of magical-religious tendency. The private health service, despite its strength and reputation, is still not able to respond quickly to an emergency epidemic. The decentralized structures of the healthcare management did not fulfill their roles. Benin lacks a monitoring system and capacities for the prevention and management of emergency epidemics.

#### *Entrées d'index*

**Mots-clés** : Bénin, Ebola, Lassa, urgence, santé, système de santé

**Keywords** : Benin, Ebola, Lassa, emergency, health, health system