



Offre de soins infirmiers en équipement de protection individuelle: cas de la fièvre hémorragique à virus Lassa au Bénin

Provision of Nursing in Personal Protective Equipment: Case of Lassa Hemorrhagic Fever Virus in Benin

AHOSSI Eusèbe Coovi¹, ADOGNIBO Gérard Sulpice², AVANON Justin³, DJABOUTOU Ismanth K.⁴, DOSSOU Estelle⁵, Clémence Dallaire⁶.

1,2,3,4, 5. Département des sciences infirmières, Institut national médico-sanitaire, Université d'Abomey Calavi, République du Bénin.

6. Faculté des Sciences infirmières, Université Laval. Québec, Canada

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.15516239>

Résumé

Introduction : La République du Bénin a connu entre 2014 et 2018 quatre épidémies confirmées de Fièvre Hémorragique Virale (FHV) Lassa et s'est inscrite sur la liste des pays endémiques à cette maladie. Celle de 2016 fut la plus longue (6mois). Au total, 43 décès, dont 5 agents de santé sur 93 personnes infectées, ont été enregistrés. La riposte a été à la hauteur des attentes grâce à la promptitude et l'engagement professionnel des agents de santé. Le centre de traitement Lassa (CTL) exige le port de l'Équipement de Protection Individuelle (EPI). L'offre de soins en EPI a des exigences particulières différentes du contexte de soin ordinaire. **But** : Cette étude avait pour but de décrire les spécificités liées à l'offre des soins infirmiers en équipement de protection individuelle. **Cadre de référence** : Le cadre de référence de l'étude intègre trois éléments : la théorie des soins centrés sur la personne de McCormack et McCance (2015), le cadre de soins fondamentaux de Kitson, Robertson-Malt et Conroy (2013) et les guides des mesures de prévention et de contrôle des FHV de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2014b) et du Centre de Prévention et de Contrôle et des infections (CDC, 2014). **Méthode** : un devis qualitatif de type étude de cas multiple est utilisé avec une approche exploratoire, descriptive et explicative. Un guide d'entretien semi-structuré nous a permis de collecter les données. Deux groupes de participants ont été privilégiés pour cette étude: les survivants patients (n= 4) et les prestataires de soins

infirmiers (n= 6). La méthode d'analyse qualitative de Ritchie, Lewis, Nicholls et Ormston (2013) a été utilisée pour raffiner et dégager les concepts clés de l'étude. **Résultats** : La prestation des soins a été analysée à partir des soins physiques, psycho-sociaux et relationnels du modèle des soins fondamentaux de McCormack et McCance (2015). Les survivants patients ont été satisfaits des soins reçus. Les prestataires de soins, malgré les décès enregistrés dans leur rang et les contraintes liées à l'offre de soins en EPI, ont été aussi satisfaits d'avoir gagné le combat contre l'épidémie de 2016. **Discussion et conclusion** : L'offre de soins infirmiers en EPI perturbe le confort (chaleur, transpiration, vision floue, essoufflement), réduit la dextérité des soins, limite la qualité de communication et exige des efforts supplémentaires des prestataires de soins quant à l'établissement d'une relation de confiance (visage caché dans l'EPI) et le respect strict des mesures d'hygiène surtout lors du retrait de l'EPI. L'offre de soins infirmiers en EPI en contexte d'épidémie mortelle exige des habiletés particulières et un engagement professionnel prouvé qui nécessite le soutien et l'accompagnement des soutenus des autorités en charge de la santé au Bénin.

Mots clés : Soins infirmiers - FHV Lassa - mesures préventives et de contrôle de la FHV - Soins fondamentaux – Bénin

Abstract

Introduction: Between 2014 and 2018, the Republic of Benin experienced four confirmed epidemics of Lassa Viral Hemorrhagic Fever (VHF) and was added to the list of endemic countries for this disease. The 2016 outbreak was the longest (6 months). In total, 43 deaths were registered, including 5 health workers out of 93 infected patients. The response met expectations due to the promptness and professional commitment of health workers. The Lassa Treatment Center (LTC) requires the use of Personal Protective Equipment (PPE). Providing care while wearing PPE has specific requirements that differ from ordinary care settings.

Purpose: This study aimed to describe the specificities related to providing nursing while wearing Personal Protective Equipment.

Frame of Reference: The study's frame integrates three elements: McCormack and McCance's (2015) person-centered care theory, Kitson, Robertson-Malt, and fundamental care framework of Conroy (2013), and the guidelines of VHF prevention and control measures from the World Health Organization (WHO, 2014b) and the Center for Infection Prevention and Control (CDC, 2014).

Method: A qualitative multiple case study design was used with an exploratory, descriptive, and explanatory approach. A semi-structured interview guide allowed us to collect data. Two groups of participants were prioritized for this study: patient survivors (n=4) and nursing providers (n=6). Ritchie, Lewis, Nicholls, and Ormston's (2013) qualitative analysis method was used to refine and identify the key concepts of the study.

Results: Care provision was analyzed based on the physical, psycho-social, and relational care aspects of McCormack and McCance's (2015) fundamental care model. Patient

survivors were satisfied with the care received. Care providers, despite deaths registered among their ranks and constraints related to providing care in PPE, were also satisfied to win the battle against the 2016 epidemic.

Discussion and conclusion: Providing nursing in PPE disturbs comfort (heat, sweating, blurred vision, shortness of breath), reduces care dexterity, limits communication quality, and requires additional efforts from care providers in establishing trust relationship (face hidden in PPE) and strict adherence to hygiene measures, especially when removing PPE. Providing nursing in PPE during deadly epidemics requires particular skills and proven professional commitment that necessitates support and assistance from Benin's health authorities.

Keywords: Nursing - Lassa VHF - VHF preventive and control measures - Fundamental care - Benin

1 INTRODUCTION

Le Bénin a connu quatre épisodes d'épidémies de fièvre Lassa (2014, 2016, 2017 et 2018). Des pertes en vies humaines ont été enregistrées tant dans la population que parmi les agents de santé. L'épidémie de 2016 déclenchée à l'hôpital de zone de Papané dans le nord du Bénin fut la plus longue qui a duré six mois et touché tous les départements du pays faisant 28 morts sur 54 cas confirmés, soit un taux de létalité de 52% (N'koué Sambiéni et al., 2015). Durant cette épidémie, 4 agents de santé ont été infectés et 2 décédés (DNSP/MS, 2016). Face à cette épidémie meurtrière, le gouvernement béninois avec l'appui des partenaires (OMS et UNICEF) a pris des mesures de prévention et de riposte efficacement à titre de formation, d'installation des centres de traitement de Lassa (CTL) et de dotation de matériel et d'équipement de protection individuelle dans tous les départements du pays avec un intérêt particulier aux épicentres (communes de Tchaourou, Parakou et Natitingou) (MS, 2016). Des agents issus de différents domaines (hygiénistes et environnementalistes, médecins, biologistes, techniciens de laboratoires, infirmières, sages-femmes, urgentistes, psychologues et assistants sociaux) dont des infirmières ont été formées et réparties dans toutes les communes pour la prise en charge des cas dans les CTL (Archives MS, 2017).

Les CTL sont des environnements de soins à haut risque de contamination, stressants et exigeants pour les professionnels soignants en particulier les infirmières. Toute intervention dans un tel environnement exige des connaissances spécifiques, la maîtrise de techniques de protection et l'application rigoureuse des mesures d'hygiène de base. L'offre de soins infirmiers en Equipement de Protection Individuelle (EPI) est un art qui exige de la part des infirmières

des compétences supplémentaires en matière d'adaptation, vigilance, de communication et d'établissement de la relation de confiance infirmière-patient.

L'utilisation de l'EPI lors des soins aux personnes aux prises avec les maladies contagieuses est une exigence de l'OMS et du CDC (Houlihan et Behrens, 2017). En général, l'EPI est destiné à protéger personnellement un travailleur contre un agresseur physique. Il constitue un bouclier qui isole le professionnel d'un danger imminent. En soins de santé, l'EPI permet de protéger la peau et les orifices des professionnels soignants contre les liquides biologiques souillés (Bayeux-Dunglas et *al.*, 2016). Il demeure l'un des moyens de protection le plus recommandés. Toutefois, il n'est pas sans conséquence sur l'état général, la dextérité de certains gestes et la qualité communicationnelle des infirmières. L'offre des soins en EPI en Afrique tropicale génère des malaises qui rendent les interventions infirmières pénibles en contexte d'épidémie mortelle. Bien que le temps de l'administration de soins en EPI n'excède pas souvent 30 à 45Min, il semble long et épuisant physiquement et émotionnellement compte tenu de l'intensité du travail et des malaises ressentis (Bridges et *al.*, 2013). En effet, la combinaison ainsi que les accessoires (gangs doubles, lunettes, masques, bottes) confectionnés en grande partie en latex, sont pesants et entretiennent la chaleur (Wolf et *al.*, 2015). L'offre de soins en EPI réduit le temps consacré aux soins du patient tout en altérant la vision et la voix de l'infirmière ainsi que la dextérité de ses gestes (OMS, 2014b). L'accomplissement des tâches infirmières complexes, telles que la réalisation des injections médicamenteuses et autres gestes de sauvetage tout en portant des gants doubles et des masques (Feistritz et *al.*, 2014) constituent une habileté complémentaire que doivent développer les infirmières des CTL. Pour Davillerd, (2001), l'utilisation de l'EPI perturbe les modes opératoires et amoindrit le confort de manipulation habituel. Cette réalité est plus visible face à un patient présentant des symptômes de FHV à titre de gastro-intestinaux sévères et incontrôlables nécessitant une hydratation par voie intraveineuse (Matlock et *al.*, 2020). Cette étude a pour but de comprendre comment les infirmières ont administré des soins au centre de traitement Lassa en contexte d'épidémies de fièvre Lassa au Bénin. Autrement dit, cette étude vise à décrire les spécificités de l'offre des soins infirmiers en contexte d'épidémie de FHV Lassa.

2 CADRE DE REFERENCE

Le cadre de référence est constitué de trois éléments dont deux conceptions infirmières et des mesures de prévention et de contrôle des FHV élaborées par l'OMS (2014b) et le CDC (2014). Parmi les conceptions, une, reste centrale (théorie des soins centrés sur la personne de McCormack et McCance (2016) l'importance de centrer les soins sur une personne porteuse de maladie contagieuse et mortelle et l'autre, secondaire (cadre de soins fondamentaux de (Kitson et al., 2013), précisant les soins spécifiques administrés par les infirmières aux patients dépendants. Les mesures de prévention et de contrôle des FHV de l'OMS, (2014b) et de CDC (2014) sont regroupées en activités spécifiques de sécurité et de protection propres aux FHV venant du niveau décisionnel et rigoureusement appliquées pendant la gestion des épidémies de FVH en général.

Le contexte de soin en épidémie de FHV est un environnement à haut risque de contamination et mortel. La profession infirmière est un métier de contact qui nécessite une présence étroite et constante avec le malade. Les facteurs tels que l'environnement, l'équipement et la formation sont indispensables pour une riposte de qualité (Kra et al., 2022). Cinq thématiques ont été dégagées du cadre de référence pour guider la collecte et l'analyse des données issues des entretiens. Il s'agit de: 1) prérequis (connaissances des participants); 2) environnement de soin; 3) prestation de soin; 4) satisfaction au soin et 5) mesures de prévention et contrôle des infections. Cet article a particulièrement mis l'accent sur la thématique de la prestation des soins.

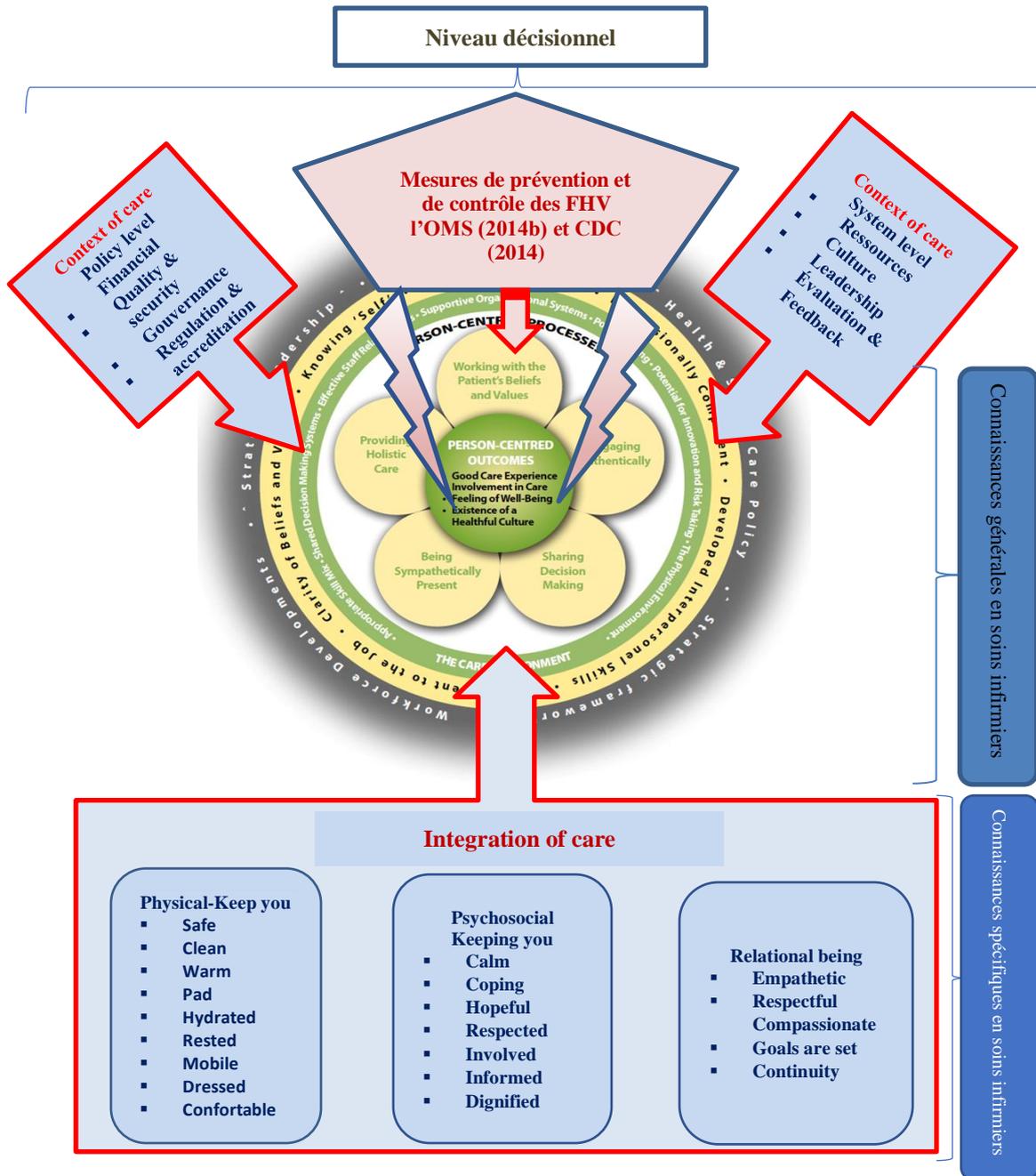


Figure 1. Intégration des éléments du cadre de référence

3. MÉTHODE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude de cas multiple de type descriptif et explicatif. Un guide d'entretien semi-structuré nous a permis de recueillir les données. L'étude s'est déroulée pendant 03 mois (d'août à octobre 2018) dans le septentrion au Bénin (Communes de Tchaourou et de Parakou). Les entretiens ont duré en moyenne 35mn. Deux groupes de participants ont été priorisés pour cette étude: les survivants patients (n= 4) et les prestataires de soins infirmiers et obstétricaux (n= 6). En effet, l'épidémie de fièvre Lassa de 2016 qui a duré environ six mois, 29 communes des 77 soit 38% que compte le Bénin ont été déclarées officiellement touchées par l'épidémie avec une prédominance dans le septentrion (Archives MS, 2016). Les épicentres de l'épidémie se trouvent dans le département du Borgou plus précisément dans les communes de Tchaourou et de Parakou (Organisation des Nations Unies, 2016). Les structures hospitalières de ces communes (L'Hôpital Saint Martin de Papané et le Centre Hospitalier Départemental et Universitaire (CHD-B/A) de Parakou) ont reçu et traité le plus grand nombre de cas confirmés de fièvre Lassa. Le cadre d'analyse de Ritchie et al., (2013) a été utilisé pour une analyse approfondie des thématiques du cadre conceptuel qui ont servi à collecter les données. Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Ils ont été conduits, selon la convenance en lieu et en temps des participants et après accord téléphonique.

4. RESULTATS DE L'ETUDE

4.1 Résultats des survivants patients (P)

Nous avons interviewé 04 survivants (n=4) patients (P) sur 08 initialement prévus soit un taux de participation de 50 %. Les 04 patients survivants ont été tous pris en charge dans le CTL de CHDU-Borgou de Parakou et constituent la cohorte de certains survivants des épidémies de fièvre Lassa de 2017 et 2018. En effet, au cours de l'épidémie meurtrière de 2016 à l'hôpital de zone de Papané, aucun survivant patient n'a été enregistré. Le seul cas probable (la femme admise au service d'urgences) qui aurait été à l'origine de la contamination des professionnels soignants de l'hôpital est décédée.

Thème : Préréquis

Caractéristiques des survivants patients

Tableau 1. Caractéristiques des survivants patients (P) (n=4)

Variables	Modalités
Age	- 8 ans à 56 ans - Age moyen : 32ans
Sexe	- Masculin : 03 - Féminin : 01
Situation matrimoniale	- Mariés : 03 - Célibataire : 01
Nombre d'enfants	- Au moins deux enfants : 03 - Zéro enfant : 01
Niveau d'instruction	- Primaire : 03 - Secondaire : 01
Activités exercées	- Commerçant - Fermier - Artisan - Écolier

Thème : Prestation de soin

Appréciation des prestations des soins infirmiers et engagement professionnel lors de l'offre de soin

Les patients survivants ont déclaré ce qui suit :

J'ai beaucoup apprécié leur manière de s'occuper de moi, je les félicite vraiment. Ils sont très dévoués. Ils m'ont sauvé la vie, il faut que je leur reconnaisse cela, vous voyez non? (P01)

Si les soignants constatent que je suis sale, ils me nettoient et changent mes draps et mes pagnes avant de me faire des injections (...). À cause de la maladie, on était comme des enfants ! (P02)

Sans vous mentir, même mes propres parents auront peur de me nettoyer comme ils (majors=infirmiers) l'ont fait, ils auront peur de mourir, il faut comprendre, ils ont trop fait, ils viennent régulièrement nous voir. (P01)

Les majors (infirmiers) étaient souvent avec nous, ils nous nettoient, rangent tout autour de nous, vont jeter les choses sales avant de nous donner des médicaments. Ils ont été gentils envers nous, seulement, ils font vite, vite... et n'attendent pas trop longtemps. (P03)

Les majors sont souvent avec d'autres personnes (hygiénistes) qui gardent des appareils (pulvérisateurs) contenant un liquide (solution chlorée à 0,05%) ! Ce sont eux qui versent le liquide sur les parties sales avant que les majors les nettoient. (P04)

Ce qui nous fait peur dans cette maladie, c'est le sang qui sort, tous nos pagnes sont tachés de sang, le sol et le drap aussi! Nos propres parents auront peur de s'approcher de nous dans cet état! Seuls les docteurs (infirmières et hygiénistes) peuvent avoir ce courage (...)! (P03)

Décrire la relation patient-infirmière sous l'ÉPI

Ces extraits des survivants nous ont aidés à comprendre la relation patient-infirmière

Durant les soins, les soignants ne faisaient que nous soutenir et nous encourager! On était "tout le temps" ensemble avec eux ! Ils nous faisaient des gestes d'encouragement. (P02)

Nous avons trop peur parce que c'est une maladie très dangereuse qui tue facilement. C'est peut-être à cause de cela que les majors (infirmiers) nous donnaient le courage et faisaient des choses pour nous faire rire un peu. On était comme des familles. (P03)

Lorsque j'ai commencé à me sentir mieux, c'est en ce moment que notre amitié est devenue très forte, on était tous contents, ils étaient plus contents chaque fois qu'ils arrivent me voir. (P01)

Thème : Satisfaction aux soins reçus

Écoutons l'avis des patients survivants sur la satisfaction au soin.

Je suis bien satisfait car ils m'ont bien pris en charge et je suis guéri, que Dieu les protège pour nous. (P01)

Je suis guéri et je suis content, ils ont donné de bon traitement et mon corps a accepté les médicaments. (P02)

Leur manière de nous donner les soins était bonne, j'avais trop confiance en Dieu et aux soignants, Dieu a écouté mes prières! Il est grand ! (P04)

Résultats des prestataires de soins infirmiers en EPI

Au total 06 participants (02 à Papané et 04 au CHDU-B) ont répondu à l'enquête (n= 6) sur 09 participants attendus soit un taux de participation de 67%.

Thème : prérequis

Caractéristiques des prestataires de soins infirmiers

Tableau 2. Caractéristiques des prestataires de soins infirmiers et obstétricaux (S) (n=6)

Variables	Modalités
Age	- De 25 à 49ans - Age moyen : 38 ans
Sexe	- Masculin : 05 - Féminin : 01
Situation matrimoniale	- Mariés avec enfants : 05 - Marié sans enfant : 01
Niveau d'étude	Niveau supérieur
Lieu de travail	- Hôpital Papané : 02 - CHDU-Borgou : 04
Fonction exercée	- IDE : 02 - Sage-femme : 01 - Urgentistes : 02 - Anesthésistes : 01

Comment êtes-vous sélectionné pour administrer des soins

Les extraits suivants nous permettent de comprendre comment les soignants ont été sélectionnés.

Sur proposition de l'administration de l'hôpital, j'ai volontairement accepté. (S01)

Je me suis donné volontiers parce qu'en tant que responsable, je voulais donner le bon exemple aux collègues. (S02)

J'avais accepté volontairement en tant que surveillant de l'hôpital, mais il faut que j'intervienne. (S03)

Avez-vous reçu une formation sur la prise en charge des malades atteints de fièvre Lassa ?

Les participants ont expliqué ce qui suit :

Oui, j'ai été formé, mais après l'épidémie de 2016 et la formation a porté sur la biosécurité, la fièvre hémorragique Lassa et les techniques d'habillage. (S03)

Non, aucune formation en son temps mais après cette épidémie, nous avons suivi plusieurs formations. (S01)

Non, aucune formation spécifique pour cette épidémie de 2016, on avait suivi les consignes des experts envoyés en renfort par le Ministère de la Santé. (S06)

Thème : environnement de soin

Décrire l'environnement de soin de Centre de Traitement de Lassa (CTL)

Les soignants ont décrit le centre de traitement des malades atteints de Lassa comme suit :

Le centre de traitement Lassa se présente de la même manière que le centre de traitement Ébola, on préfère même l'appeler centre de traitement Ébola. Généralement, le centre comporte trois zones : zone à haut risque (zone rouge), zone à moins de risque (zone jaune ou orange) et zone sans risque (zone verte). (S01).

Les zones sont classées en fonction du degré de risque de contamination. Par exemple la zone rouge héberge les cas confirmés, la zone jaune héberge les cas en attente de confirmation et sans symptôme franc de Lassa, la zone verte comporte le lieu d'habillage en EPI. (S02)

Chaque zone est subdivisée en plusieurs compartiments depuis l'entrée jusqu'à la sortie. Les différents groupes de malades (cas confirmés, cas suspects et cas probables ne se rencontrent pas. (S03)

Il existe trois équipes : l'équipe administrative, l'équipe d'accueil et de tri et l'équipe de soins. (S04)

Le centre de traitement est électrifié, alimenté en eau, de douches, de cuisines, le nécessaire pour le confort du malade, mais sans climatisation. (S06)

Thème : Prestation de soin

Satisfaction des besoins vitaux et établissement d'une bonne relation patient-infirmière

Voici quelques extraits des propos des prestataires de soin en EPI

Nous administrons des médicaments par voie orale, faisons des soins techniques tels que les injections médicamenteuses, prenons les abords veineux avec de cathéters, prélevons le sang pour les examens de laboratoire, posons des perfusions pour réhydrater, des transfusions sanguines en cas d'anémie, surveillons les réactions des malades, les effets des médicaments administrés, nous remplaçons aussi les veines bouchées ou éclatées. (S04; S02; S06)

Nous nous occupons des plus faibles qui n'ont personne en les alimentant, en veillant sur leur propreté et la propreté autour d'eux, en les aidant à se lever pour satisfaire leurs besoins d'élimination et autres petits soins utiles pour leur confort. (S01)

Par rapport aux soins d'hygiène et de confort, nous le faisons aux malades les plus faibles et qui n'ont aucun parent suspect ou confirmé de Lassa capable de s'occuper d'eux. Souvent, les malades viennent avec un ou plusieurs de leurs parents ou amis infectés aussi. Les plus forts s'occupent des plus faibles en leur faisant des toilettes, en les alimentant, ou en faisant des soins dentaires et autres. (S02)

Lorsqu'un malade faible n'a personne, si nous constatons qu'il est souillé, nous laissons les soins à faire et demandons le nécessaire pour la toilette à l'équipe non habillée et terminons les soins de propreté et de change de literie avant de lui faire ses soins techniques. (S02)

Nous préparons dans la salle de soin et allons administrer les soins contre la douleur, la fièvre. Nous réhydratons, transfusions du sang ou de plasma total. Nous administrons du médicament anti-Lassa (la ribavirine) par voie orale ou injectable selon la prescription médicale. (S01)

En cas de guérison, avec l'aide des agents d'hygiène, nous donnons de "douche de joie" qui consiste à désinfecter et à détruire les objets du malade, lui faire une toilette complète, lui remettre ensuite

de nouveaux vêtements (signe d'une renaissance à la vie) avant de le faire sortir avec un certificat de guérison. (S06)

En cas de décès, nous confions le corps aux hygiénistes pour les exigences d'inhumation sécuritaire. (S03)

Nous faisons aussi la sensibilisation des patients et leurs proches sur le caractère dangereux de la maladie et aux respects des normes de déplacement et de distance à respecter vis-à-vis des malades suspects ou confirmés dans le centre de prise en charge. (S04)

S'il s'agit d'une femme enceinte avec avortement incomplet, on fait la révision utérine correcte pour arrêter le saignement, administre les soins pour soulager la douleur, arrête les saignements par des médicaments antihémorragiques, prévient les infections et surveiller la patiente. (S05)

Comment se faire la communication sous EPI

Les soignants nous ont révélé que la manière de communiquer sous EPI comporte des particularités.

Sous l'EPI, nous communiquons avec des gestes, des signes et c'est agréable. Si nous ouvrons la bouche pour parler, nous dégageons de la vapeur qui se forme sous forme de brouillards pour réduire la visibilité. (S02)

C'est une communication de sourd-muet faite de gestes des mains, de la tête et des signes. (S04)

La voix ne porte pas et n'est pas claire à cause du masque, on peut avaler de la transpiration si on parle, c'est désagréable, on préfère donc faire des gestes même entre nous soignants. (S05)

Effets climatiques lors de l'administration des soins en EPI

Le climat tropical d'Afrique fait de chaleur et d'humidité rend les soins difficiles en contexte d'épidémie de fièvre Lassa. Les déclarations suivantes nous le précisent :

Nous souffrons vraiment, transpirons beaucoup à cause de la forte chaleur. Les tentes d'isolement ne sont pas climatisées et dégagent de fortes chaleurs alors que la combinaison est imperméable et en plastique, vous imaginez! (S01)

Nous ressentons des malaises généraux parce que la transpiration coule et nous brûle les yeux, pénètre dans notre bouche. Nous n'avons qu'une seule envie celle de retirer la combinaison. (S02)

On respire difficilement en EPI, on s'étouffe, la chaleur est suffocante, les lunettes sont couvertes de bulles d'eau rendant la vision floue. On ne peut pas excéder 30mn de soins en EPI. (S04)

Pire encore, l'épidémie de fièvre Lassa survient souvent en saison sèche donc en période chaude, or, au nord du Bénin, la température peut monter jusqu'à 39 à 40 degrés. (S06)

Décrire vos ressentis par rapport aux risques mortels encourus lors de l'administration des soins

Par rapport aux ressentis vis-à-vis du risque mortel, les soignants en EPI ont déclaré :

On s'est psychologiquement préparé, en tant qu'urgentiste, je me suis mentalement préparé pour administrer des soins, je me suis dit que je ferai mieux à cause de ma formation d'urgentiste. (S02)

Nous savons que nous courons un grand risque, mais il faut surmonter la peur et sauver des vies déjà qu'on a au moins l'EPI et l'eau de javel. (S03)

Pour moi, la peur nous envahit au moment où on veut accepter offrir des soins dans ce contexte mortel, mais dépasser cette étape, on domine la peur. (S05)

Nous devons savoir que la peur a aussi des avantages, plus on a peur, plus on prend des dispositions pour bien faire et respecter scrupuleusement les consignes. Mais nous ne devons pas laisser la peur nous dominer. (S06)

Une fois dans la combinaison qui couvre de la tête aux pieds, on se sent protégé, mais on reste prudent pour ne pas exposer le corps. (S01)

Les pressions de vos amis, collègues et parents ont-elles limité votre engagement

À ce sujet, les soignants nous expliquent :

Ma femme s'est opposée au départ, mais je l'ai convaincu après et elle m'a compris. (S02)

Pendant que je donnais des soins aux malades Lassa, mes collègues m'évitaient, ils n'aiment pas rester en salle de garde avec moi. Si je rentre, tout le monde sort discrètement, ou si je suis déjà là, personne ne veut entrer et rester avec moi. J'étais gêné au début, mais avec le temps, j'ai négligé cela. (S01)

Mes proches (parents, amis et collègues) tentaient de me persuader à abandonner les soins qu'ils qualifient de mort assurée. Je n'ai pas cédé à leur tentative de me désorienter. (S02)

Bien sûr, aucun parent ni ami ne voudra laisser son homme mourir, mais sans nous qui donnera les soins? On ne les a pas écoutés, car nous sommes des soignants après tout. (S05)

Difficultés ou obstacles particuliers liés aux prestations de soin en contexte d'épidémie de fièvre Lassa

Par rapport aux contraintes liées aux prestations des soins infirmiers, les soignants en ont déclaré certaines :

En combinaison, la ponction veineuse est difficile parce que la veine est insaisissable et glisse à tout moment. La visibilité est réduite à cause des brouillards dus à la transpiration. Plus vous transpirez, plus vous ouvrez la bouche, les brouillards augmentent. Le sparadrap se colle aux gants avec risque de déchirure et exposition de la peau. La chaleur aussi est excessive. (S01)

Nos mains glissent, le cathéter et aiguille tombent fréquemment. Nous avons de difficultés à bien communiquer, les yeux et la peau nous brûlent après une demi-heure sous EPI. (S06)

En épidémie, on travaille plus que d'habitude dans des conditions pénibles. On devrait nous prévoir à manger et suffisamment d'eau pour nous réhydrater mais chacun sort du centre après les soins et va chercher à boire et à manger hors de la zone de prise en charge. (S02)

Il faut qu'on réduise encore de moins de 45mn le temps passé sous EPI car c'est étouffant. Pour cela, on doit former beaucoup de soignants pour les remplacements. (S06)

On devrait limiter nos déplacements en nous donnant à manger durant les épidémies et mettre à boire à notre disposition. (S01)

Il faut que la construction du centre définitif de prise en charge des malades de Lassa soit vite terminée afin qu'on ait des salles climatisées pour réduire la chaleur et la souffrance des soignants. (S06)

Thème : Satisfaction par rapport aux soins administrés :

Votre satisfaction pour avoir contribué à la prise en charge des patients

La satisfaction au soin ne concerne pas que les patients qui ont reçu les soins mais aussi les soignants qui en ont donné. Les soignants ont partagé avec nous leur satisfaction pour avoir contribué à la prise en charge des patients souffrant de fièvre Lassa :

Oui j'étais satisfait de mon courage et très content pour des vies sauvées en donnant le meilleur de moi-même lors des soins. (S01)

Grande fut ma satisfaction, car je ne pensais pas être à la hauteur, vouloir c'est pouvoir. Il suffit de faire normalement ses soins tout en respectant les normes de sécurité prescrites. (S02)

Je suis satisfait parce que j'ai vaincu la contamination et la mort, mais j'étais prudent dans mes gestes de peur de me contaminer. (S04)

Je suis satisfait pour avoir sauvé des vies en épidémie si mortelle. Bien qu'il y ait eu de décès, grâce à notre engagement, nous avons vite limité les dégâts. (S04)

Satisfait car je suis allé à la guerre et revenu vivant, quelle joie! (S06)

5. DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'objectif de cette étude est de décrire les spécificités de soins en contexte d'épidémie mortelle, comme celle des FHV Lassa. Pour ce faire, la discussion a porté sur la prestation de soin. L'âge moyen des prestataires de soins est de 38 ans. Le sexe masculin a dominé avec un sex-ratio de 5. Tous les prestataires étaient mariés et la majorité (4 sur 5) a au moins un enfant.

Les infirmiers diplômés d'État et les urgentistes sont les plus nombreux (4 sur 6). Bien que la participation à l'équipe de soin en contexte d'épidémie de fièvre Lassa soit volontaire, les infirmières (ers) et sages-femmes responsables de service se sont senties plus impliquées dans le but de donner le bon exemple à leurs collègues. De plus, tous les prestataires sont des responsables de famille (mariés) mais cela n'a pas émoussé leur engagement professionnel à accepter volontairement à donner des soins dans un contexte aussi risqué.

La prestation de soin : soins fondamentaux, techniques et contraintes liées à l'offre de soin en contexte d'épidémie de FHV Lassa

La prestation de soins implique comment les infirmières mobilisent leurs savoirs et leurs habiletés pour prendre soin de manière holistique des patients aux prises avec un virus mortel. La prestation de soin en contexte d'épidémie de FHV part de l'administration des soins fondamentaux (soins de maintien et d'entretien à la vie) relevant du rôle propre ou autonome de l'infirmière et incluant les aspects physiques, psychosociaux et relationnels (Kitson,

Robertson-Malt et Conroy, 2013) aux soins techniques relevant du rôle collaboratif avec le médecin et les autres professionnels soignants. Quel que soit l'environnement de soin, les interventions infirmières devraient être empreintes d'empathie, de respect de la croyance et des valeurs et l'effort d'implication du patient dans les soins (McCormack et McCance, 2016). L'exploration de la perception des participants par rapport aux interventions infirmières en contexte d'épidémie de FHV nous a permis d'appréhender la contribution des infirmières dans la prise en charge et la prévention des épidémies de FHV Lassa au Bénin.

Selon Kitson, Robertson-Malt et Conroy (2013), les soins fondamentaux incluent les aspects physiques, les aspects psychosociaux et les aspects relationnels (voir cadre conceptuel de l'étude). Par rapport aux activités de soins physiques, les résultats des survivants patients ont révélé qu'ils ont apprécié les soins corporels et de confort (environnementaux) reçus et estiment que leurs propres parents auraient eu peur de le leur donner. Les soins corporels et de confort sont administrés par les prestataires de soin (infirmiers.ères et la sage-femme). Ils déclarent avoir administré des soins d'hygiène et de confort aux patients physiquement faibles et n'ayant personne (garde-malade) capable de le leur fournir. Ces résultats montrent que même si certains parents sont autorisés à donner les soins d'hygiène et de confort à leur malade, les activités se déroulent sous la surveillance et avec le soutien des infirmiers.ères. Concernant les soins psychosociaux, les déclarations des survivants patients ont prouvé qu'ils ont bénéficié du soutien psychosocial de la part des prestataires de soin. Ces derniers les ont rassurés et mis en confiance durant leur hospitalisation. Leur peur et leur doute ont laissé place à l'ambiance détendue et conviviale grâce à l'engagement et au professionnalisme des prestataires de soin. Parlant des soins relationnels, les obstacles (masque de l'EPI, visage couvert) liés au port de l'EPI n'ont pas empêché les prestataires de soin d'établir une relation de confiance avec leurs patients à travers des communications non verbales (gestuaires).

Ces différentes activités (soins physiques, psychosociaux et relationnels) constituant les soins fondamentaux ont été réalisées par les prestataires de soin en contexte d'épidémie de fièvre Lassa. Or, généralement en Afrique, dans les structures sanitaires, les soins fondamentaux en particulier les soins d'hygiène et de confort sont souvent donnés par les familles des patients ou par les aides-soignants et le personnel infirmier s'occupe des soins techniques (Bridget, 2013). En contexte de soins en épidémie mortelle, les parents et proches

ne peuvent plus jouer ce rôle compte tenu du caractère très contagieux du virus et l'accès limité des parents au centre de traitement Lassa. De plus, au Bénin, l'équipe de prise en charge des cas de fièvre Lassa du CHDU-Borgou ne comporte pas des aides-soignants compte tenu du principe de volontariat (aucun aide-soignant ne s'est donné volontaire pour aider les patients atteints de fièvre Lassa) et des exigences de l'offre de soin dans un environnement hautement contagieux. Du coup, le personnel infirmier ne pouvant pas administrer des soins techniques aux patients souillés par les vomissures et du sang (syndrome de la fièvre Lassa), leur donne des soins d'hygiène corporelle, environnementaux et de confort avant les soins techniques prescrits. Cela augmente la charge de leur travail plus que d'habitude et leur demande plus d'efforts dans un contexte de soins où le personnel est insuffisant et la durée d'intervention sous EPI est limitée (30 à 45mn).

L'offre de soin infirmier en contexte d'épidémie de fièvres Lassa astreint les infirmières à jouer leur rôle propre à travers l'administration des soins fondamentaux. Pour Kitson *et al.* (2010), la satisfaction des besoins fondamentaux à partir des soins fondamentaux reste le noyau central de la profession infirmière et doit être constamment soutenue par l'usage de conceptions et raisonnement infirmiers. L'auteur explique que dans la vie quotidienne, les personnes satisfont à leurs besoins de base (s'alimenter, se laver, se vêtir, se mouvoir, ...) pour assurer leur survie et leur bien-être. Dans le contexte d'une maladie (aiguë ou chronique, blessure ou handicap), la capacité d'une personne à effectuer ces besoins vitaux et intimes peut être compromise (Feo et Kitson, 2016), ce qui nécessite normalement le soutien des infirmières et d'autres professionnels de la santé. Mais, tel n'est souvent pas le cas, ces personnes malades sont souvent confiées aux parents ou à des personnes non professionnelles de soin avec toutes les conséquences que cela pourrait avoir sur leur état de santé fragile. Si les soins fondamentaux sont considérés comme étant simples et sans importance et peuvent être dispensés par n'importe qui (MacMillan, 2016), certains contextes de soins en l'occurrence les guerres (Woodham-Smith, 1954) et les épidémies (Leligdowicz *et al.*, 2016) ont démontré le contraire et ont prouvé que ces soins doivent être administrés par des professionnels que sont les infirmières. Comme l'a déclaré (Fowler *et al.*, 2014), les soins infirmiers en contexte d'épidémie de FHV Ébola ou Lassa reposent en grande partie sur l'offre des soins de base (soins physiques, psychosociaux et relationnels), les soins techniques et l'application des mesures de biosécurité (Fowler *et al.*, 2014).

À en croire Feo et Kitson (2016), répondre aux besoins fondamentaux des patients à travers les soins de base est essentiel pour leur sécurité, l'humanisation des soins et leur récupération optimale dans les établissements de soins de santé. Pour les auteurs, il existe de plus en plus de preuves internationales indiquant que les soins fondamentaux sont négligés, souvent mal exécutés et banalisés au profit des soins techniques parce que simples et ne nécessitant pas d'habileté particulière. En explorant les origines potentielles de la dévaluation et de l'invisibilité des soins fondamentaux, elle cible principalement la dominance du modèle biomédical dans la formation infirmière et la banalisation des soins de base par les infirmières elles-mêmes. Démontrant la place des soins fondamentaux dans la survie et la sécurité des patients, Kitson, Robertson-Malt et Conroy (2013) confirment qu'en cas d'incapacité, ces soins devraient être dispensés par des professionnels qualifiés que sont les infirmières afin de renforcer la sécurité des bénéficiaires de soin. Si pour plusieurs raisons, le rôle propre de l'infirmière à travers l'accomplissement des soins vitaux de base est relégué au second plan et confié aux parents, il n'est pas sans conséquence (escarres de décubitus, chutes, blessures, passage du liquide ou d'aliments dans les poumons) sur l'état de santé des patients aggravant leur souffrance voire même accélérant leur mort. Face au retour « forcé » aux soins physiques dû au contexte d'épidémie mortelle qui limite l'accès des parents et aides-soignants relayant les infirmières dans leur rôle autonome, un accent particulier devrait être mis sur l'enseignement des interventions face aux besoins fondamentaux dans les programmes de formation afin d'insister davantage sur l'utilité sociale et la pertinence de prodiguer ces soins de base. Cependant, ce défi ne peut être relevé sans la contribution des dirigeants à travers la formation des formateurs et le renforcement de l'équipement.

Les soins techniques administrés aux patients souffrant de FHV Lassa visent à soulager les symptômes qui provoquent la dégradation de l'état (physique, mental et social) des patients. Ils visent à lutter contre les conséquences des manifestations de la maladie (diarrhées, vomissements et saignements) ayant pour corollaires une déshydratation sévère, l'anémie, la dénutrition, la survenue de complications rénales voire un état de choc suivi de mort dans la plupart des cas d'une part et à limiter la propagation du virus d'autre part. Les interventions infirmières sont au centre de l'atteinte de ces objectifs. Dallaire, (2008) explique que les soins techniques incluent les soins curatifs et de réparation. Les soins techniques sont administrés lorsqu'une personne est confrontée à la maladie. Dans ce cas, les soins curatifs et de réparation sont nécessaires et s'ajoutent aux soins de maintien et d'entretien de la vie (soins

fondamentaux). L'offre de soins infirmiers techniques est fortement liée à l'application de la prescription médicale (rôle collaboratif au médecin). Comme l'a souligné l'auteur, les soins techniques généraux sont davantage mis en œuvre de façon contemporaine dans une perspective de collaboration avec la médecine. Les soins techniques comportent en général les activités de surveillance des signes vitaux, la réalisation des prises de sang et des injections, la pose et la surveillance des perfusions intraveineuses, l'administration des médicaments et la surveillance de ses effets, etc... Ils sont bien connus de la population qui, en général, leur accorde une grande importance.

Les résultats de cette étude nous ont permis de comprendre que l'offre de soin en contexte d'épidémie de FHV Lassa comporte des contraintes particulières que les prestataires de soins surmontent afin de mieux prendre soin des personnes malades. L'utilisation de l'EPI perturbe les modes opératoires et amoindrit le confort de manipulation habituelle.

Les prestataires de soin ont expliqué qu'avec les doubles gants de l'EPI, les veines glissent et sont difficiles à saisir rendant la ponction veineuse pénible. Leur visibilité est réduite à cause des brouillards dus à la transpiration dans le masque. Plus ils transpiraient en ouvrant la bouche, plus les brouillards augmentaient. Le risque d'exposition de la peau est élevé à cause d'une possible déchirure des gants de protection par le sparadrap. De plus, sous l'effet de la chaleur, les malaises à titre d'essoufflement et de brûlures de la peau et des yeux s'intensifient. En effet, en Afrique, la plupart des centres de traitement de FHV sont installés de manière provisoire avec des tentes faites en toile plastique pour répondre à une catastrophe sanitaire urgente (Broom *et al.*, 2017). Ces centres ne répondent donc pas aux normes d'un centre d'infectiologie dont la construction serait complexe et très onéreuse (Diers *et al.*, 2015). Ainsi, sous l'effet des conditions climatiques en zone tropicale, faites de chaleur et d'humidité, les professionnels soignants font face à la double chaleur dégagée par les tentes et la combinaison EPI (Hériteau, 2015). La forte chaleur provoque une transpiration abondante pouvant pénétrer dans les orifices (yeux et bouche) occasionnant des brûlures des yeux et réduisant ainsi la visibilité. À cela s'ajoute la transpiration, la soif intense voire la déshydratation (Grélot *et al.*, 2016). Une fois la combinaison retirée, les porteurs sont trempés de sueur et ont besoin de se réhydrater suffisamment (Bridges *et al.*, 2013). Au Nigeria comme au Bénin, les flambées épidémiques de fièvre Lassa surviennent en général en saison sèche (décembre à juin) et dans

les zones sèches au nord (Mustapha, 2017). Cette période correspond au moment de la chasse et donc de la destruction des abris de rats qui envahissent les maisons à la recherche de refuges et de nourritures (WHO, 2016). Avec le caractère endémique de certaines FHV en particulier l'Ébola et Lassa, la construction des centres de traitement en matériaux définitifs et équipés (matériel de dernière génération et climatisation) amoindrirait les malaises liés à la chaleur des patients et aux professionnels soignants qui y travaillent.

Afin de favoriser une meilleure adaptation aux soins en contexte d'épidémie et réduire l'inconfort lié à la manipulation du matériel de soin, des séances de simulation s'avèrent indispensables pour développer des habiletés techniques et psychologiques, maximiser le temps et éviter des erreurs pouvant être fatales tant aux soignants qu'aux patients. Ces séances porteront sur les techniques d'intervention infirmières en relation avec un patient présentant des symptômes gastro-intestinaux sévères nécessitant une hydratation par voie intraveineuse avec le personnel en EPI complet (Matlock *et al.*, 2015). Des exercices réguliers permettraient au personnel infirmier de se familiariser avec l'enfilage et le retrait de l'EPI et avec l'accomplissement de tâches infirmières complexes, telles que: pratiquer des injections (IV, IM, SC et ID) et autres gestes de sauvetage tout en portant des gants doubles et de masque (Wallis, 2014). La mise en place, la formation et le suivi régulier de l'équipe soignante relèvent de la responsabilité des gouvernants (Chabrol, 2014). L'épidémie de virus d'Ébola de 2014 nous a enseigné qu'on ne peut pas prévenir et riposter efficacement face à une catastrophe sanitaire sans une équipe formée et motivée. Il ne s'agit pas d'improviser pour tenter de gérer des situations de crises sanitaires, car leurs conséquences sont parfois lourdes et variées (OMS, 2014a). Au Bénin, parmi les activités à améliorer (non réalisées) figurent les séances de simulations cliniques de la prise en charge des cas de fièvre Lassa. Les informations reçues durant le sondage montrent qu'après les formations organisées sur le plan national, les membres de chaque équipe de prise en charge, une fois dans leur centre, devraient répéter ces séances entre eux afin de maintenir et de renforcer les techniques apprises, mais pour faute de moyens (raison évoquée) ces séances n'ont pas eu lieu. Nous espérons qu'après le sondage, ces activités pertinentes deviendraient une réalité.

L'offre des soins en contexte d'épidémie de FHV Lassa comporte des réels risques pour les prestataires de soin, dont les infirmières, compte tenu de leur proximité aux malades (Duffin, 2014). Un agent de santé (en particulier africain) infecté doit faire face à trois épreuves: il a

environ une chance sur deux de survivre, il sera soigné par des collègues sans visage et sera enterré en dehors de tout rite ancestral (Ramade et *al.*, 2016). Un tel milieu de soin à risque rappelle la conception des soins infirmiers proposée par Mc Cormack et McCance (2015) qui souligne que l'environnement des soins doit avoir certaines qualités positives afin que les infirmières puissent offrir des soins centrés sur la personne. Le non-respect des mesures d'hygiène de base en raison d'insuffisance de ressources (le lavage des mains avant et après chaque acte, l'usage de désinfectant comme l'eau chlorée à 0,05%, le port de l'EPI et l'isolement...) expose les soignants au risque de contamination et à un risque de mort fatale (CDC, 2015). Le moment le plus critique à l'exposition au risque survient lors du retrait de l'équipement de protection. En effet, sous le coup de la fatigue, les infirmières peuvent commettre des erreurs en touchant l'extérieur souillé de leur combinaison (Davillerd, 2001). Le simple fait de toucher l'extérieur d'une blouse ou des lunettes de protection peut suffire pour s'autocontaminer. De plus, si le virus pénètre dans le corps par une coupure, les yeux ou un autre orifice, il peut être dévastateur pour l'organisme (Weintraub, 2014). En bref, l'approche optimale nécessite une parfaite compréhension des voies de transmission des virus par les agents de santé et la mise en œuvre des stratégies idoines pour éviter le contact physique avec les liquides biologiques (vomissements, diarrhées, sang...) du porteur du virus. Cette compréhension permet de renforcer la sécurité et la confiance lors de l'administration des soins aux patients souffrant de FHV (OMS, 2018). Selon Mustapha, (2017), les soins infirmiers de base (lavage des mains, usage de désinfectants, le port de gants, de bavettes...) sont indispensables pour la prévention des infections nosocomiales dues aux FHV. En général, ces fièvres ne se transmettent pas facilement d'un homme à l'autre, même en présence d'un patient dont la virémie est élevée, lorsque les techniques de protection et d'hygiène sont utilisées avec rigueur. Le non-respect des règles en matière de soins infirmiers est un risque élevé pour le personnel soignant en particulier les infirmières. Les cas d'infection nosocomiale signalés ont toujours été associés à des défaillances dans les techniques de base de la protection du personnel. Ces fièvres peuvent être désormais gérées avec succès à condition que les infirmières maîtrisent leurs rôles de soins spécialisés en contexte d'épidémie de FHV et que les moyens nécessaires soient mis à leur disposition (Mustapha, 2017).

Les péripéties que rencontrent les prestataires de soin en contexte d'épidémie mortelle ne se limitent pas à l'inconfort et aux risques encourus. Les résultats ont montré des difficultés liées à l'établissement d'une bonne relation de confiance infirmière-patient compte tenu des obstacles liés à la communication. La communication gestuaire est celle utilisée sous l'EPI en contexte

d'épidémie de fièvre Lassa. Si pour certains érudits de la discipline infirmière, la relation infirmière-patient est au cœur des soins infirmiers (Fawcett, 1993; King, 1981; Meleis, 1992; Paterson & Zderad, 1988), son établissement dans certains contextes de soin peut se révéler complexe. Le métier infirmier est un métier de contact et de relations. À cet effet, l'aspect relationnel est omniprésent dans toutes les activités de l'infirmière et est jugé par l'infirmière comme primordial pour les soins (Daydé et al., 2023). L'empathie des infirmières vis-à-vis des patients atteints de FHV reste un élément fondamental de la relation infirmière-patient (David, 2008). Ces dernières doivent ajuster leur comportement dans ce contexte de soin particulier pour combiner confiance et efficacité dans leur relation avec les malades isolés de leurs parents et angoissés par leur maladie. L'établissement de cette relation est parfois limité lors du travail en EPI, véritable scaphandre isolant du monde extérieur qui protège tout le corps y compris le visage de l'infirmière (Kobayashi et al., 2015). Le port de masque rend la voix de l'infirmière floue et incompréhensible. Il exige de la part de celle-ci, des efforts supplémentaires de prononciation des mots qui peuvent être entravés par la transpiration (Hall et al., 2003). Selon certains auteurs, l'EPI limite également le temps de communication et la capacité psychologique de l'infirmière à se concentrer sur l'histoire du malade (Chandler et al., 2015). Or une relation de confiance ne peut s'établir sans une bonne communication (verbale ou non verbale) (Hall et al., 2003). Dans cette situation, les infirmières font recours aux techniques de communication non verbales (gestuelles) pour établir une relation de confiance avec leurs patients et créer une bonne ambiance de travail autour d'elles (Davillerd, 2001). Cette capacité des infirmières de communiquer avec des signes et gestes nécessite la maîtrise des techniques de soins relationnels sous EPI afin qu'elles soient en mesure d'établir une communication dans ces circonstances particulières. Cela ne peut être fait par une infirmière dont les habiletés techniques spécialisées de communication sont absentes ou peu développées.

D'autres contraintes telles que les pressions familiales et sociales à titre de stigmatisation, le choc psychologique dû à l'assistance du nombre de décès (population et collègues), l'absence de garantie de la famille des agents de santé africains contaminés ou décédés et les contraintes liées à l'isolement en cas de contamination sont autant de particularités propres au contexte de soin de FHV Lassa. Ces difficultés méritent d'être connues afin que des réflexions puissent être menées pour améliorer les conditions de travail des agents de santé en particulier, celles des infirmières qui se donnent volontaires pour affronter de telle situation de soins.

6. LIMITES DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude post épidémie qui ne nous a pas permis de vivre en direct les réalités qu'ont vécues les participants à l'étude. Les résultats de l'étude sont essentiellement issus des déclarations des acteurs et témoins de ces épidémies. Une observation ne nous a pas permis de confronter les déclarations aux faits réels vécus par l'enquêteur même, ce qui pourrait réduire la qualité des résultats de notre étude.

7. RETOMBÉES DE L'ÉTUDE

Sur le plan de l'utilisation des théories, cette étude nous a permis de tester le cadre de soins fondamentaux de Kitson, Robertson-Malt et Conroy (2013) en contexte d'épidémie mortelle. Une manière de renforcer le caractère heuristique de cette conception théorique. Sur le plan de renforcement du corpus de connaissances de la discipline, il est évident qu'un savoir théorique et des habiletés techniques sont obligatoires avant l'offre de soins en équipement de protection individuelle. Ce savoir permettra de préparer les prestataires devant faire face aux épidémies, de se familiariser avec les exigences d'un tel environnement et les techniques d'offre de soin.

CONCLUSION

L'exploration de la compréhension du rôle infirmier auprès des patients souffrant de fièvre Lassa vise à apprécier les spécificités liées à l'offre des soins infirmiers en contexte d'épidémie mortelle d'une part et la perception des patients vis-à-vis des soins offerts. La description de ces spécificités à l'offre de soins a permis de rendre visibles et compréhensibles les efforts qu'accomplissent les infirmières et sages-femmes lors des situations sanitaires catastrophiques comme en épidémie mortelle. Les survivants patients ont apprécié les soins physiques, socio-psychologique et relationnels reçus. Quant aux prestataires de soins, ils ont été satisfaits d'avoir participé à sauver des vies humaines au risque de leur propre vie. Ces derniers ont partagé avec nous les difficultés liées à l'offre technique de soin, au port de l'équipement de protection individuelle, à la pression de leur proche parent et aux risques liés à l'environnement de prise en charge. L'offre de soins infirmiers au centre de traitement Lassa ou Ebola est un contexte de soins exigeant pour les professionnels de soins que sont les infirmiers et les sages-femmes.

Modèle de prise en charge axé sur les soins infirmiers centrés sur le patient atteint de fièvre Lassa

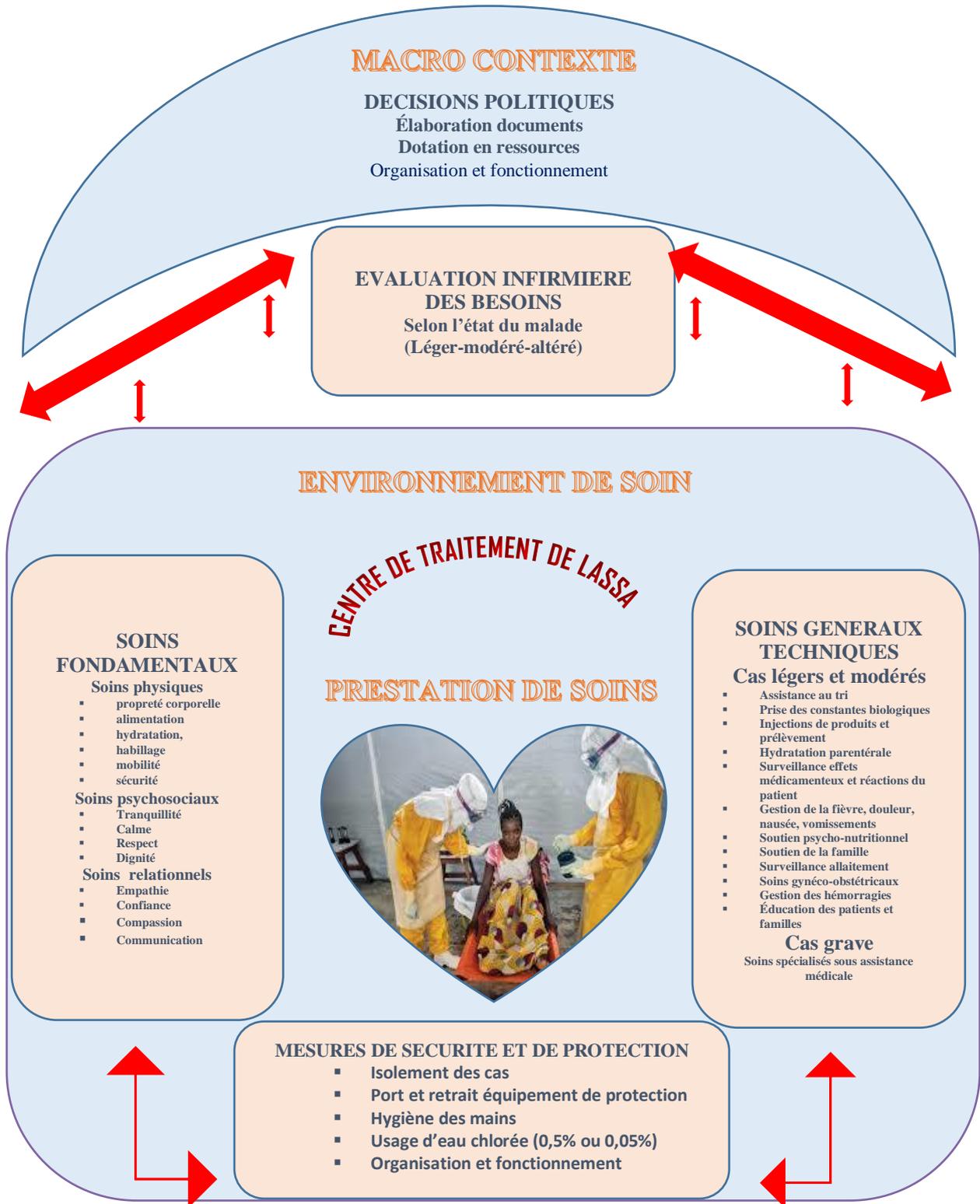


Figure 1. Modèle de prise en charge axé sur les soins infirmiers centrés sur le patient atteint de fièvre Lassa

BIBLIOGRAPHIE

- Archives MS. (2017). Rapport de situation de l'épidémie de fièvre Lassa au Bénin.
- Bayeux-Dunglas, M.-C., Balty, I., Pellissier, G., Lolom, I., Coignard-Biehler, H., & Leport, C. (2016). Vêtements de protection contre les risques biologiques pour les soignants : Des évolutions nécessaires. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 77(3), 422.
- Bridges, J., Nicholson, C., Maben, J., Pope, C., Flatley, M., Wilkinson, C., Meyer, J., & Tziggili, M. (2013). Capacity for care: Meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 760-772. <https://doi.org/10.1111/jan.12050>
- Broom, Broom, & Bowden. (2017). Ebola outbreak preparedness planning : A qualitative study of clinicians' experiences—ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350616303900>
- CDC. (2014). CDC Saving lives. Protecting people.
- Chabrol, F. (2014). Ebola et la faillite de la santé publique en Afrique. *Revue internationale et stratégique*, 96(4), 18-27.
- Chandler, C., Fairhead, J., Kelly, A., Leach, M., Martineau, F., Mokuwa, E., Parker, M., Richards, P., & Wilkinson, A. (2015). Ebola : Limitations of correcting misinformation. *The Lancet*, 385(9975), 1275-1277.
- Dallaire, C. (2008). Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession. G. Morin.
- David, M. (2008). La parole est aux soignantes ! In *Le bébé, ses parents, leurs soignants* (p. 11-24). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.myria.2008.01.0011>
- Davillerd, C. (2001). Prévention et port des équipements de protection individuelle. 6. Un centre hospitalier. L'application des prescriptions de sécurité par le personnel infirmier. [PhD Thesis, Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)]. <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01420152/>
- Daydé, M.-C., Pascal, C., Farota-Romejko, I., & Schilling, A. (2023). Relation d'aide en soins infirmiers. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.com/books?>
- Diers, J., Kouriba, B., Fofana, L. L., Fleischmann, E., Starke, M., Diallo, S., Babin, F.-X., von Bonin, J., & Wölfel, R. (2015). Laboratoires mobiles et leur contribution dans l'endiguement de pathologies émergentes en Afrique subsaharienne illustrée par l'exemple de la maladie à virus Ebola. *Médecine et santé tropicales*, 25(3), 229-233.
- DNSP/MS. (2016). Rapport statistique.
- Duffin, C. (2014). Ebola death toll rises in Africa with at least 14 nurses among the dead. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 28(50), 9-9.
- Épidémie de maladie à Virus Ébola en Afrique de l'Ouest : Le point sur la situation et leçons apprises | Brazzaville; OMS. Bureau régional de l'Afrique; 2014-08-14. (AFR/RC64/PSC-2/7). | WHOLIS. (s. d.). Consulté 22 février 2025, à l'adresse <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-147200>
- Fawcett, J. (1993). From a Plethora of Paradigms to Parsimony in Worldviews. *Nursing Science Quarterly*, 6(2), 56-58. <https://doi.org/10.1177/089431849300600202>
- Feistritzer, N. R., Hill, C., Vanairsdale, S., & Gentry, J. (2014). Care of Patients With Ebola Virus Disease. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(11), 479-481. <https://doi.org/10.3928/00220124-20141027-12>
- Fowler, R. A., Fletcher, T., Fischer, W. A., Lamontagne, F., Jacob, S., Brett-Major, D., Lawler, J. V., Jacqueroiz, F. A., Houlihan, C., O'Dempsey, T., Ferri, M., Adachi, T., Lamah, M.-C., Bah, E. I., Mayet, T., Schieffelin, J., McLellan, S. L., Senga, M., Kato, Y., ...

- Bausch, D. (2014). Caring for Critically Ill Patients with Ebola Virus Disease. Perspectives from West Africa. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 190(7), 733-737. <https://doi.org/10.1164/rccm.201408-1514CP>
- Grélot, L., Koulibaly, F., Maugey, N., Janvier, F., Foissaud, V., Aletti, M., Savini, H., Cotte, J., Dampierre, H., & Granier, H. (2016). Moderate thermal strain in healthcare workers wearing personal protective equipment during treatment and care activities in the context of the 2014 Ebola virus disease outbreak. *The Journal of infectious diseases*, 213(9), 1462-1465.
- Hall, L. M., Angus, J., Peter, E., O'Brien-Pallas, L., Wynn, F., & Donner, G. (2003). Media Portrayal of Nurses' Perspectives and Concerns in the SARS Crisis in Toronto. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 211-216. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00211.x>
- Hériveau. (2015). Découverte d'un centre de traitement Ebola, avec la Croix Rouge Française en Guinée. <https://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/bulletin/Bull44.pdf>
- Hewlett, B. L., & Hewlett, B. S. (2005). Providing Care and Facing Death : Nursing During Ebola Outbreaks in Central Africa. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(4), 289-297. <https://doi.org/10.1177/1043659605278935>
- Houlihan, C., & Behrens, R. (2017). Lassa fever. *Bmj*, 358. <https://www.bmj.com/content/358/bmj.j2986>
- King, I. M. (1981). A theory for nursing : Systems, concepts, process. <https://philpapers.org/rec/KINATF>
- Kitson, A., Robertson-Malt, S., & Conroy, T. (2013). Identifying the Fundamentals of Care within Cochrane Systematic reviews : The role of the Cochrane Nursing Care Field Fundamentals of Care Node. *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), 109-115. <https://doi.org/10.1111/ijn.12059>
- Kobayashi, M., Beer, K. D., Bjork, A., Chatham-Stephens, K., Cherry, C. C., Arzoaquoi, S., Frank, W., Kumeh, O., Sieka, J., & Yeiah, A. (2015). Community knowledge, attitudes, and practices regarding Ebola virus disease—five counties, Liberia, September-October, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 64(26), 714-718.
- Kra, F., Egrot, M., Akindès, F., & Zina, O. (2022). Ebola et politiques de communication préventive en Côte d'Ivoire (2014-2016). *Anthropologie et Sociétés*, 46(3), 93-117. <https://doi.org/10.7202/1098665ar>
- Larousse, É. (2025). épidémie-Larousse. <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/%C3%A9pid%C3%A9mie/48712>
- Leligdowicz, A., Fischer, W. A., Uyeki, T. M., Fletcher, T. E., Adhikari, N. K. J., Portella, G., Lamontagne, F., Clement, C., Jacob, S. T., Rubinson, L., Vanderschuren, A., Hajek, J., Murthy, S., Ferri, M., Crozier, I., Ibrahima, E., Lamah, M.-C., Schieffelin, J. S., Brett-Major, D., ... Fowler, R. A. (2016). Ebola virus disease and critical illness. *Critical Care*, 20(1), 217. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1325-2>
- MacMillan, K. (2016). The hidden curriculum : What are we actually teaching about the fundamentals of care? *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 29(1), 37-46.
- Matlock, A. M., Gutierrez, D., Wallen, G., & Hastings, C. (2020). Providing nursing care to Ebola patients on the national stage : The National Institutes of Health experience. *Nursing outlook*, 63(1), 21.
- McCormack, & McCance. (2016). Person-Centred Practice in Nursing and Health Care : Theory and Practice—Google Livres. <https://books.google.bj/books?>
- Meleis, A. I. (1992). Directions for Nursing Theory Development in the 21st Century. *Nursing Science Quarterly*, 5(3), 112-117. <https://doi.org/10.1177/089431849200500307>

- OMS, (2014b). Prévention et contrôle de l'infection pour les soins aux cas suspects ou confirmés de fièvre hémorragique à filovirus dans les établissements de santé, avec un accent particulier sur le virus Ebola (guide provisoire).
- MS. (2016). Plan d'urgence de prevention et de lutte contre la fièvre Lassa.
- Mustapha, A. (2017). Lassa fever : Unveiling the misery of the Nigerian health worker. *Annals of Nigerian Medicine*, 11(1), 1-1.
- N'koué Sambiéni, E., Danko, N., & Ridde, V. (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. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 11.
<https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1772>
- OMS. (2018). Prise en charge clinique des cas de fièvre hémorragique virale : Guide de poche pour l'agent de santé de première ligne 2016: guide d'urgence provisoire à adapter aux conditions d'exercice dans les différents pays.
- OMS. (2014b). Prévention et contrôle de l'infection pour les soins aux cas suspects ou confirmés de fièvre hémorragique à filovirus dans les établissements de santé, avec un accent particulier sur le virus Ebola (guide provisoire)
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1988). *Humanistic nursing*. New York : National League for Nursing. Pub.
- Ramade, S., Moroge, S., Delahaye, A., Dampierre, H., Carmoi, T., Ficko, C., & Rapp, C. (2016). Prise en compte des aspects psychologiques et transculturels des patients atteints ou suspects de maladie à virus Ebola admis au centre de traitement des soignants de Guinée-Conakry (janvier-juillet 2015). *médecine et armées*, 44(2), 187-196.
- Ritchie, J., Ormston, R., McNaughton Nicholls, C., & Lewis, J. (2013). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*.
<https://www.torrossa.com/gs/resourceProxy?an=5017584&publisher=FZ7200>
- Weintraub. (2014). Doctors and Nurses Risk Everything to Fight Ebola in West Africa.
<https://www.nationalgeographic.com/science/article/140829-ebola-caregivers-doctors-nurses-west-africa-sierra-leone>
- WHO. (2016). *Clinical care for survivors of Ebola virus disease*. Geneva: World Health Organization.[Google Scholar].
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204235/WHO_E?sequence=1
- Wolf, T., Kann, G., Becker, S., Stephan, C., Brodt, H.-R., de Leuw, P., Grünewald, T., Vogl, T., Kempf, V. A., & Keppler, O. T. (2015). Severe Ebola virus disease with vascular leakage and multiorgan failure : Treatment of a patient in intensive care. *The Lancet*, 385(9976), 1428-1435.
- Woodham-Smith, C. (1954). Florence Nightingale. *International Review of the Red Cross*, 36(423), 188-201.