

**REVUE ANNUELLE DES ACTIVITES DE
RECHERCHE EN SANTE AU BENIN
EDITION 2016**

THEMES :

- **SANTE MATERNELLE, INFANTILE ET NEONATALE**
- **LUTTE CONTRE LA MALADIE**

SOMMAIRE

PREFACE	03
PRESENTATION DE LA DIRECTION	04
COMITE D'ORGANISATION ET COMITE SCIENTIFIQUE	06
OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS	07
AGENDA DE LA REVUE	08
COMMUNICATIONS ORALES	14
POSTERS	41

PREFACE

Le développement socio-économique de la nation repose essentiellement sur le bien-être de la population. La Santé étant l'un des piliers de ce développement, elle est au centre de toutes les préoccupations. La recherche, socle du domaine de la santé figure en bonne place parmi les interventions pouvant contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale dans les pays en développement. Or, les nombreux travaux de recherche effectués parfois à grand frais dans le domaine de la mortalité maternelle, infantile et néonatale ainsi que dans le domaine des autres maladies, sont souvent inaccessibles et / ou inexploités par les décideurs.

Le dialogue entre chercheurs et décideurs est loin d'être une réalité dans de nombreux pays en développement y compris le Bénin. Cet atelier organisé par la Direction de la Recherche, de la Formation et de la Médecine traditionnelle du Ministère de la Santé (DRFMT/MS) et financé par le Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) a pour but d'améliorer la coordination et le suivi/évaluation des activités de recherche en santé au Bénin. De façon spécifique, l'atelier vise à :

- discuter des résultats des recherches en santé menées de 2014 à 2016 au Bénin;
- renforcer le partenariat entre la DRFMT, les institutions de recherche et les autres structures menant de la recherche en santé au Bénin ;
- définir des orientations sur les thèmes prioritaires de recherche en santé pour les trois prochaines années;
- jeter les bases pour la relance des actions de plaidoyer du CNP (Comité National pour la Promotion du dialogue entre chercheurs-décideurs pour la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale).

Après la première édition réalisée à Bohicon en août 2014, nous sommes honorés d'organiser la deuxième revue annuelle des activités de recherche en santé au Bénin qui couvrira les thématiques suivantes :

- **Santé maternelle, infantile et néonatale ;**
- **Lutte contre les maladies.**

Tout en vous assurant de la détermination de notre pays à œuvrer pour un meilleur développement dans le domaine de la santé, je reste convaincu que cet atelier contribuera à dresser un bilan sur les avancées obtenues dans les thématiques choisies. C'est aussi le lieu de remercier le partenaire technique et financier (PRPSS), le comité scientifique, le comité d'organisation et les participants à cet atelier. Je voudrais enfin exhorter toutes les parties prenantes à s'approprier les recommandations et résolutions qui seront issues de cette rencontre et saisir cette opportunité pour souhaiter à tous, la bienvenue et plein succès aux travaux de la présente édition.

Dr. Alassane SEIDOU

Ministre de la Santé

**PRESENTATION DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE,
DE LA FORMATION ET DE LA MEDECINE
TRADITIONNELLE (DRFMT)**

La Direction de la Recherche, de la Formation et de la Médecine Traditionnelle est l'une des directions techniques du Ministère de la Santé. Elle a été créée en 2005 par le décret n° 2005-191 du 14 avril 2005 portant attributions, organisation et fonctionnement dudit Ministère sous la dénomination de : Direction de la Recherche en Santé (DRS). Cette création traduit la volonté politique de promouvoir la recherche en santé au Bénin. En 2010, la direction a changé de dénomination et est devenue : Direction de la Formation et de la Recherche en Santé (DFRS). En 2012, la DFRS est devenue : Direction de la Recherche et de la Formation (DRF). La dernière appellation lui est consacrée par le décret n° 426 du 20 juillet 2016 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé. Il s'agit de la Direction de la Recherche, de la Formation et de la Médecine Traditionnelle (DRFMT).

Selon ce décret, la Direction de la Recherche, de la Formation et de la Médecine Traditionnelle (DRFMT) est l'organe de coordination, de suivi-évaluation de la recherche en santé, des formations de remise à niveau des agents du secteur de la santé et de la promotion de la médecine traditionnelle. A ce titre, elle est chargée de :

- élaborer et actualiser la politique nationale en matière de recherche en santé ;
- élaborer et vulgariser les textes législatifs et réglementaires relatifs à la recherche en santé ;
- animer le système national de recherche en santé ;
- coordonner les activités de recherche en collaboration avec les autres directions et les institutions de recherche ;
- définir, coordonner et suivre la mise en œuvre de la politique nationale en matière de formation continue et de recyclage des agents du secteur de la santé et de la médecine traditionnelle, en collaboration avec les autres directions, les autres Ministères en charge de la formation de base en santé et les acteurs de la médecine traditionnelle ;
- collaborer à la définition des curricula de formation de base ;
- collaborer à la formation des formateurs ;
- promouvoir les interactions entre la médecine et la pharmacopée traditionnelles.

La DRFMT a sous sa tutelle un centre de recherche, deux comités et un programme. Il s'agit du :

- Centre de Recherche Entomologique de Cotonou (CREC) ;
- Comité National d’Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS) ;
- Comité National pour la Promotion du dialogue entre chercheurs et décideurs pour la réduction du taux de mortalité maternelle et néonatale (CNP) ;
- Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle (PNPMT).

En ce qui concerne son organisation et son fonctionnement, la DRFMT est composée de :

- ✓ un secrétariat ;
- ✓ un Service de la Recherche Action et Opérationnelle (SRAO) ;
- ✓ un Service de Suivi-évaluation de la Recherche (SSER) ;
- ✓ un Service de l’Evaluation et du Recyclage des Agents (SERA) ;
- ✓ un Service de la Coopération Interinstitutionnelle de la Recherche (SCIR) ;
- ✓ un Service de la Médecine Traditionnelle (SMT).



Bâtiment abritant la DRFMT

COMITE D'ORGANISATION ET COMITE SCIENTIFIQUE

Comité d'organisation		
N°	NOM ET PRENOMS	INSTITUTION
1	Mme DASSI Claire VIGNIAVODE	DRFMT
2	M. GANDIGBE Armand	DRFMT
3	Mme GANMONDEI O. Léa	DRFMT
4	Dr OSSE Razaki	CREC
5	Mme MOTCHO Honorine	DAF
Comité Scientifique		
1	Prof FOURN Léonard	FSS
2	Dr BOKOSSA Alexis	DRFMT
3	Dr OSSE Razaki	CREC

OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS

Objectif général

Améliorer la coordination et le suivi/évaluation des activités de recherche en santé au Bénin.

Objectifs spécifiques

- Discuter des résultats des recherches en santé menées entre 2014 et 2016 au Bénin;
- Renforcer le partenariat entre la DRFMT, les institutions de recherche et les autres structures menant de la recherche en santé au Bénin ;
- Définir des orientations sur les thèmes prioritaires de recherche en santé pour les 3 prochaines années;
- Jeter les bases pour la relance des actions de plaidoyer du CNP.

RESULTATS ATTENDUS

- Les résultats des recherches en santé réalisées entre 2014-2016 au Bénin sont disponibles à la DRFMT;
- Des suggestions/recommandations sont formulées pour le renforcement du partenariat entre les institutions de recherche;
- Des orientations sont définies sur les thèmes prioritaires de recherche en santé au Bénin ;
- La relance des actions de plaidoyer du CNP est faite.

APERÇU DES JOURS, 15-16 DECEMBRE 2016

Horaires	Activités	Responsables
8h30 – 9h :	Accueil et installation des participants	Comité d'organisation
09h – 9h 30	Cérémonie d'ouverture : Allocution de bienvenue du DDS O-P Allocution du représentant du Comité scientifique Allocution d'ouverture du ministre ou son représentant Présentation des participants Installation présidium Formalités administratives Présentation et adoption de l'agenda	DDS O-P Dr OSSE Razaki Le Ministre ou son représentant Comité d'organisation Le comité d'organisation Point focal DAF/DRFMT Présidium
9h30 – 9h 45mn	Présentation de la DRFMT	DRFMT
9h45mn – 10h	Ethique dans la recherche en santé / CNERES	Pr. Flore GANGBO
10h – 10h 15mn	Evaluation de la qualité des Soins Maternels Néonataux et Infantiles (SMNI) dans 10 hôpitaux du Bénin	.Par : Prof. Gbénou Antoine Séraphin
10h15mn – 10h30mn	Dépistage régulier et traitement à base communautaire du paludisme pendant la grossesse pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile: un essai randomisé par grappes (COSMIC)	Par : Dr NAHUM Alain

Revue Annuelle des activités de recherche en Santé au Bénin, édition 2016

Horaires	Activités	Responsables
10h30mn – 10h 45mn	Mortinatalité et mortalité néonatale à l'Hôpital de Zone d'Aplahoué de janvier 2012 à février 2015 : Analyse des principaux facteurs associés	Par : Dr. Comlan D. HOUILEY
10h45mn – 11h	La référence aux soins d'accouchement : perceptions et vécus des acteurs à la Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) de Cotonou	Par : Prof. Roch Houngnihin
11h – 11h 15mn	Pause-café	
11h15mn – 11h 30 mn	Aperçu sur la gestion des urgences chirurgicales néonatales abdominales dans le système hospitalier béninois à travers le laparochisis.	Par : Prof. Gbénou Antoine Séraphin
11H30mn – 12h	DEBAT	
12h – 12h 15mn	Evaluation de l'efficacité et de la rémanence de Sumishield (Clothianidine 50 WG) contre les vecteurs (Anophèles gambiae s.s) du paludisme dans les conditions semi-naturelles en cases expérimentales à Covè, Bénin	Par : M. AHOGA A. Juniace
12h 15mn – 12h 30mn	Efficacité de la communication pour un changement de comportement (CCC) plus kit de réparation sur la durée de vie des Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (MIILD) au Benin.	Par : Dr. Houtoukpe Andre
12h 30mn – 12h 45mn	« Acceptabilité et utilité des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) pour le diagnostic du paludisme simple chez l'adulte en pharmacie: Etude pilote réalisée dans trois officines de Cotonou »	Par : Mlle. Francette Nefthalie HOUNNAMON

Revue Annuelle des activités de recherche en Santé au Bénin, édition 2016

Horaires	Activités	Responsables
12h45 – 13h	Evaluation de l'efficacité et de l'effet résiduel de Fludora Fusion (clothianidine 200mg/m ² + deltaméthrine 25mg/m ²) contre les moustiques sensibles et résistantes de <i>Anopheles gambiae</i> dans les conditions naturelles à Dangbo, département de l'Ouémé (Bénin)	Par : M. ODJO Mahoutin Esdras
13h – 13h 15mn	Quantification par spectrophotométrie des composés phénoliques et détermination du pouvoir antioxydant d'extraits de 03 plantes utilisées en médecine traditionnelle contre l'hypertension artérielle au Bénin.	Par : M GNIDE Yvon Chabot Sagbo
13h15 – 13h 45mn	DEBAT	
13h45 – 14h 45mn <i>Pause déjeuner</i>		
14h 45mn – 15h	Pratiques liées à l'utilisation des antipaludiques dans les ménages en zone périurbaine de Cotonou chez les enfants de moins de 5 ans avant l'adoption des combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine:; intérêt pour une meilleure utilisation des antipaludiques	Par : Dr NAHUM Alain
15 – 15h 15mn	Profil des espèces et facteurs de risque de levures en milieu hospitalier à Cotonou (Benin)	Par : Dr. SISSINTO SAVI DE TOVE Y
15h 15mn – 15h 30mn	L'efficacité des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides de Longue Durée d'Action traitées avec un synergiste sur les populations d' <i>Anophèles gambiae</i> à résistance multifactorielle au Bénin	Par : M. Boulais YOVOGAN
15h30 – 15h 45mn	Analyse coût-efficacité de la vaccination de routine et d'une campagne de vaccination de masse contre la rougeole dans la	Par : Dr. Landry KAUCLEY

Revue Annuelle des activités de recherche en Santé au Bénin, édition 2016

Horaires	Activités	Responsables
	zone sanitaire de Natitingou au Bénin	
15h45mn – 16h	Renforcement des zones sanitaires grâce aux TIC pour une meilleure riposte	Par : Mme. Kéfilath BELLO
16h – 16h 15mn	Optimalisation de la prise en charge des maladies non transmissibles dans la zone sanitaire de Djougou-Copargo-Ouaké : Quelles pistes de solution ?	Par : Dr. HOUNKPE Virgile Olivier
16h15mn – 16h 30mn	Le diabète : représentations et pratiques sociales autour d'une maladie chronique à Parakou (bénin).	Par : Prof. Roch Hounghinin
16h30mn – 17h 15mn	DEBAT	
17h15mn – 17h 30mn	<i>Pause-café</i>	
17h30 – 18h00	<i>SYNTHESE DE LA JOURNEE</i>	<i>Président du Présidium</i>
<i>DEUXIEME JOURNEE</i>		
9h – 9h15mn	Barrières à l'adhésion au Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) dans la commune de Parakou (Bénin) en 2015	Par : Dr. Rodrigue KOHOUN
9h15mn – 9h30mn	Gestion de l'épidémie de la fièvre hémorragique LASSA au Bénin (2014 -2016) : Leçons apprises	Par : Dr. YOROU O.
9h30 – 9h 45mn	Leçons apprises de la gestion des épidémies de choléra 2015 – 2016	Par : M. GODJEDO Primous
9h45mn – 10h 00 mn	La Responsabilité professionnelle en matière médicale et ses contours	Par : M. Amadou Sanni (CTJ/MS)

Revue Annuelle des activités de recherche en Santé au Bénin, édition 2016

Horaires	Activités	Responsables
10h00 – 10h 45mn	Panel de discussion : Ecoles de formation et Recherche en Santé dans le secteur (contraintes/difficultés/opportunités /cadre de collaboration)	Présidente : Pr Victoire AGUEY
10h 45mn – 11h00 mn	DEBAT	
11h – 11h30mn	PAUSE CAFE - VISITE POSTERS ET STAND	
11h30 – 13h30mn	Travaux de groupe	Participants
13h30mn – 14h30mn	<i>Pause déjeuner</i>	
14h30mn – 15h15mn	Présentation des travaux de groupe	Participants (03 groupes)
15h15 – 16h	DEBAT	
16h – 16h 15mn	Synthèse des deux jours	Président du présidium :
16h15 mn – 16h 45mn	Présentation, mise en œuvre et suivi des recommandations pratiques de l'atelier	Par : Dr. HOUNKPE Virgile ; M. A. GANDIGBE
16h45mn – 17h 15mn	PAUSE-CAFE	
17h15mn -17h 45mn	Lecture, amendement et adoption du rapport général	
17h45 – 18h15mn	Cérémonie de clôture et départ des participants	DDS O-P

COMMUNICATIONS ORALES

C1 : Evaluation de la qualité des soins maternels et infantiles dans dix hôpitaux du Bénin.

Auteur : Prof. **GBENOU Antoine Séraphin.**,

Désignation du poste : **Directeur Adjoint de la Direction Nationale des Hôpitaux**

Organisation ou institution: **Direction Nationale des Hôpitaux**

Adresse e-mail de l'auteur : **Seraphin_gbenou@yahoo.fr** *Téléphone* : **00229 97640643**

Autres auteurs collaborateurs : **Lalya F., Dodo., Tokplonou E., Tossou F., Hounkpè ., Oké E., Gbenou D., Amoussou-Guénou K.A.**

Introduction

Le taux élevé de la mortalité infantile et maternelle est dans beaucoup de pays la conséquence de la la mauvaise qualité des soins. Au Bénin, les indicateurs de mortalité ne se sont pas vraiment améliorés depuis les deux dernières décennies et nous avons postulé que cette situation était en relation avec la mauvaise performance du système de soins. C'est dans cette perspective que la présente étude a été initiée par la Direction Nationale des Hôpitaux (DNH) du Ministère de la Santé.

Méthodologie

Le cadre d'étude était constitué par dix hôpitaux publics et confessionnels localisés dans 5 directions départementales de la santé du pays. Il s'est agi d'une étude prospective transversale menée du 29 mars au 7 avril 2016.

Les techniques utilisées étaient l'observation, l'entretien et le dépouillement des documents sur la base de l'outil d'évaluation des soins maternels, néonataux et infantiles (SMNI) élaboré par l'OMS adopté et adapté aux normes nationales.

Trois domaines à savoir : le management, les soins maternels, les soins néonataux et les soins pédiatriques étaient concernés. Les variables étudiées étaient : la disponibilité des ressources, la prise en charge clinique (soins maternels, soins néonataux, soins pédiatriques), la connaissance des prestataires ou bénéficiaires.

La performance des structures étaient évaluées sur la base d'un score de 5 points. La note 5 étant une bonne pratique respectant les standards de soins (SS), et 1 pour les pratiques présentant un risque mortel.

Sur la base du résultat obtenu des suites de l'évaluation un plan d'amélioration est élaboré.

Principaux résultats

Concernant le management l'évaluation du niveau global de la qualité a donné un score moyen de 3,3 compris entre les extrêmes 2,75 à 3,75. L'évaluation des soins maternels a généré un score moyen de 3,4 compris entre les extrêmes 3,5 et 4,5 pour 7 hôpitaux. Les données n'étaient pas disponibles pour trois hôpitaux. Concernant les soins néonataux l'évaluation a donné un score moyen de 3,37 compris entre les extrêmes de 2,5 et 4,5 pour 8

hôpitaux. Les données ne sont pas disponibles pour deux hôpitaux. Pour ce qui est des soins pédiatriques les hôpitaux ont eu un score moyen de 3,75 compris entre les extrêmes 2,75 pour 5 hôpitaux, 4,5 pour 2 hôpitaux ; les 3 derniers hôpitaux avaient obtenu un score de respectivement; 3,25 et 4 chacun.

Les principaux problèmes identifiés étaient en rapport avec les infrastructures dont la conformité et la disponibilité étaient réduites et où l'accès à l'eau et à l'électricité était encore précaire; on notait une insuffisance de personnel en effectif et en qualification associée à une insuffisance de formation du personnel aux protocoles; il y avait une insuffisance ou absence d'équipements, de médicaments, et produits sanguins; de nombreux problèmes d'organisation de travail ont été notés.

La réunion de restitution des résultats de l'évaluation a eu lieu dans chaque hôpital suivie de l'élaboration d'un plan d'amélioration.

Conclusion

L'évaluation de la qualité des SMNI sur la base de l'outil OMS, adopté et adapté a permis d'apprécier les capacités opérationnelles de chacun des hôpitaux. Des problèmes incompatibles à la qualité des soins ont été identifiés dans l'ensemble d'où des mesures correctrices pour atteindre les standards de soins. La mise en œuvre d'un plan d'amélioration devra impliquer les acteurs du niveau hospitalier et du niveau décisionnel central.

Mots clés : Evaluation, santé, mère, enfant, nouveau-né.

C2 : Dépistage régulier et traitement à base communautaire du paludisme pendant la grossesse pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile: un essai randomisé par grappes (COSMIC)

Auteur : Dr NAHUM Alain

Désignation du poste : Chercheur

Adresse e-mail de l'auteur : nahum_alain@yahoo.fr

Téléphone : 97 59 29 20

Organisation ou institution : Centre de Recherches Entomologiques de Cotonou (CREC) ; Cotonou, Ministère de la Santé

Autres auteurs collaborateurs : BOHISSOU Francis

Introduction :

La politique actuelle du paludisme dans les trois pays africains impliqués dans cette étude (et la politique de l'OMS a recommandé pour tous les pays endémiques en Afrique subsaharienne) est de donner un traitement préventif à la SP (TPI-SP) aux femmes enceintes quand elles viennent en consultation prénatale au centre de santé. Cependant, beaucoup de femmes ne vont pas en consultation prénatale, ou elles y vont plus tard qu'elles ne devraient parce qu'elles ne connaissent pas la valeur des services.

Cette étude cherche à savoir si les relais communautaires peuvent encourager les femmes enceintes à aller en consultation prénatales pour bénéficier de soins. L'étude vise

également à déterminer si dans les communautés où vivent les femmes enceintes, les relais communautaires de ces communautés peuvent identifier et traiter le paludisme chez les femmes enceintes entre les visites prénatales.

Methodologie

Il s'agit d'une étude multicentrique en cours au Bénin, au Burkina Faso et en Gambie intitulée. Au Bénin, le projet s'est déroulé dans une zone rurale au sud du Bénin dans deux communes (Abomey-Calavi et Zè) où l'endémicité du paludisme a été estimée en 2012 comme étant élevée ou modérée. L'objectif est de recruter 100 femmes enceintes par mois pour un total de 1800 participantes en 18 mois. L'étude a démarré le 14 Avril 2014, après une longue période de sensibilisation dans les 30 villages randomisés (15 villages de contrôle et 15 villages d'intervention). Quinze relais communautaires (appelés localement Organisation Communautaire de Base, OCB) sont impliqués dans l'étude. Ils interviennent à la fois pour la sensibilisation et le dépistage. Le nombre de centre de santé inclus dans l'étude a augmenté progressivement et atteint 15 (Zinvié, Ze, Adjan, Hôpital La Croix, Tangbo, Kpanroun, Koundokpoe, Gbéto-fongbo, Sedjè-dénou, Hountakon, Majesté, Fènou, Dodji-Bata, Hékanmè, Ahouannonzoun). Sept assistants de terrain assurent le lien entre le personnel de santé et les OCB.

Principaux résultats :

A la date du 31 Janvier 2015, 525 femmes enceintes ont été recrutées. Le premier accouchement a eu lieu le 9 Juin 2014.

237 participantes ont accouché. Les biopsies Placentaires ont été difficilement recueillies pour 208 femmes enceintes. Vingt-neuf femmes se sont opposées au prélèvement placentaire. En outre, 30 femmes enceintes participant à l'étude ont retiré leur consentement avant accouchement. Cinq femmes ont accouché à la maison, soit respectivement 2 et 3 dans les bras de contrôle et d'intervention.

Parmi les 61 tests de diagnostic rapide positifs (TDR), 52 provenaient de bras d'intervention, tous détectés par les OCB dans les communautés et traitée avec AL.

Conclusion :

Cette étude est à présent achevée. La base de données est fermée pour donner place aux différentes analyses selon les objectifs.

Principales recommandations

Il conviendra de disséminer les résultats afin que de nouvelles stratégies éventuelles adaptées à notre contexte puissent servir à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant

C3 : Mortinatalité et mortalité néonatale à l'Hôpital de Zone d'Aplahoué de janvier 2012 à février 2015 : Analyse des principaux facteurs associés

Auteur : Dr Comlan D. HOUILEY

Désignation du poste : Médecin-Coordonnateur de la Zone Sanitaire Aplahoué-Djakotomey-Dogbo

Adresse e-mail de l'auteur : houilevcomlan@yahoo.fr - houilevcomlan@gmail.com

Téléphone : 97591747 / 95283735

Organisation ou institution : Bureau de Coordination de la Zone Sanitaire Aplahoué-Djakotomey-Dogbo

Autres auteurs collaborateurs : Ulrich T. ADOUKOUDJA, Gladis MEDENOU HANGBE

Introduction :

«Lorsque l'enfant paraît, le cercle de famille applaudit à grands cris...» selon Victor Hugo. L'attente de cette joie légitime peut parfois se transformer en une grande souffrance du cercle familial et surtout de la mère lorsqu'après environ neuf mois de souffrance et de privation le nouveau-né n'a pas crié à sa naissance ou est décédé précocement. Malgré les efforts consentis par tous les acteurs de la santé au Bénin depuis plus d'une décennie, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) surtout les OMD n°4 qui visent à réduire de deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015 ne seront pas atteints dans la plupart des pays du tiers-monde.

A l'hôpital de zone d'Aplahoué, l'Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire (EEZS) a constaté un nombre élevé de morts nés et de décès néonataux de façon inhabituelle au deuxième trimestre de 2014, aussi elle a décidé qu'au-delà des notifications et audits de décès habituels, elle va évaluer davantage le problème en analyser les déterminants et formuler les recommandations qu'elle partagera avec les acteurs du système local de santé (SYLOS), la DDS et le MS.

Méthodologie :

Etude rétrospective à visée descriptive et analytique sur tous les cas de décès néonataux et de mort-nés. Parmi l'ensemble des nouveau-nés et de leurs mères. Tous dossiers de mères dont les nouveau-nés sont décédés à la naissance ou avant le 28^{ième} jour à la maternité et de tous les nouveau-nés dont le décès est survenu avant le 28^{ième} jour et enregistré du 1^{er} janvier 2012 au 28 février 2015. Variables : âge de la mère et du nouveau-né, parité, nature de la grossesse, antécédents obstétricaux et médicaux, sexe et poids de naissance du nouveau-né, facteurs liés au système sanitaire.

Principaux résultats :

Deux cent soixante-six (266) décès ont été analysés sur une période de 37 mois repartis entre les services de maternité et de pédiatrie. Il y a plus de morts nés (66,5%) que de décès néonataux. La quasi-totalité des mères s'occupent des activités ménagères et champêtres. Elles n'étaient ni scolarisées ni alphabétisées (85%). La classe modale d'âge est entre 18 et 38 ans et regroupe plus de 88% des accouchées. Plus de 70% des décès surviennent chez les mères multipares. 61 cas de décès (24,1%) sont issus de grossesses gémellaires. La majorité des décès sont de sexe masculin (58%) soit un sexe ratio de 0,72. Près de 40% des décès de

nouveau-nés ont un poids de naissance inférieur à 2500g et 61% des décès étaient survenus en présentation fœtale normale. La majorité des décès (76%) était des cas référés des Centres de Santé de premier contact. Le travail était déclenché dans 38 cas soit 45%. Les dossiers de transfert des patientes référées ne comportent pas les parthogrammes initiaux du début du travail. 28% des accouchées ont fait un nombre de CPN requis pour un bon suivi de la grossesse. Le rythme des CPN n'a pas été rigoureusement observé dans 84% des cas de décès. 96% des accouchées n'ont fait aucun bilan prénatal. 72% des CPN réalisées chez les mères ont été exécutées par des agents dits «agents qualifiés». La majorité des agents de maternité ont bénéficié du paquet de formation adéquate en santé de la mère et de l'enfant.

Conclusion :

Cette étude a montré que la mortinatalité et la mortalité néonatale demeurent un problème réel dans la ZS et surtout à l'HZ d'Aplahoué. Plusieurs facteurs ont été mis en exergue notamment ceux liés à l'organisation des services dont les services de références et de contre références et la compétence technique

C4 : La référence aux soins d'accouchement : perceptions et vécus des acteurs à la Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) de Cotonou.

Auteur : Prof **Roch Houngnihin**

Désignation du poste : **Enseignant-chercheur.**

Adresse e-mail de l'auteur : roch_houngnihin2001@yahoo.fr

Téléphone : **+229 95 06 13 35**

Organisation ou institution : **Laboratoire d'anthropologie médicale appliquée (Université d'Abomey-Calavi)**

Autres auteurs collaborateurs : **Judith Sossou (assistant de recherche)**

Introduction :

Depuis la conférence d'Alma Ata (1978), les initiatives prises pour réduire le taux de mortalité maternelle, n'ont pas véritablement impacté l'Afrique qui présente une mortalité maternelle 20 à 70 fois plus élevée que dans les pays industrialisés. En 2000, à la faveur des Objectifs du millénaire pour le développement, l'accent a été mis sur les interventions visant l'accès amélioré aux soins d'urgence en obstétrique. Le Bénin y a adhéré en renforçant son système de référence obstétricale. Mais des problèmes d'ordre structurel, socioculturel et économique continuent d'affecter cette stratégie. La Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO), située au sommet de la pyramide sanitaire, est emblématique de la situation qui prévaut dans ce domaine. La présente recherche vise à comprendre de l'intérieur, les problèmes sous-jacents à la référence dans cet établissement hospitalier, à travers l'analyse des perceptions et vécus des différents acteurs.

Methodologie :

L'approche méthodologique utilisée est essentiellement qualitative. Les techniques de collecte de données sont basées sur l'observation directe et l'entretien semi-structuré approfondi. Trois catégories d'acteurs sont concernées par la recherche : les soignants (5 gynécologues et sages-femmes), les accompagnants (5 personnes) et 25 parturientes. La technique d'échantillonnage aléatoire simple a été utilisée pour déterminer les centres de provenance des parturientes, alors que celle par « choix raisonné » a permis de retenir le nombre de personnes à enquêter. La collecte des données a eu lieu de juillet à décembre 2015.

Principaux résultats :

Des résultats, il ressort que la référence est perçue comme une nécessité en cas de complications au cours de la grossesse, aussi bien par les parturientes que par le personnel soignant. Mais, les divergences de points de vue apparaissent lorsqu'il s'agit de la CUGO, comme centre d'accueil. La faible qualité de l'information détenue par les parturientes sur les motifs de la référence, la peur de la césarienne perçue comme évidente à la CUGO, les difficiles relations entretenues avec le personnel de santé (sur fonds d'agressions verbales, d'attitudes jugées trop autoritaires et peu attentionnées, de favoritisme, de gentillesse induite, etc.) contribuent au renoncement aux soins d'accouchement. Par ailleurs, les rumeurs circulantes sur l'accueil, le retard dans la prise en charge et les conditions d'hospitalisation à la CUGO sont des aspects à prendre en compte. Enfin, la distance de provenance des parturientes, les frais inhérents à la référence et à la prise en charge à la CUGO (malgré le contexte de la gratuité de la césarienne), sont déterminants dans l'acceptation des soins par les parturientes et leurs entourages.

Conclusion :

De nombreux travaux en sciences sociales ont examiné la problématique de la référence pour les soins obstétricaux en Afrique.

Principales recommandations:

- Améliorer l'humanisation des soins (accueil, famille, soins, etc.)
- Assurer une formation du personnel soignant incluant des aspects.
- culturels et sociaux de la prise en charge des personnes

C5 : Aperçu sur la gestion des urgences chirurgicales néonatales abdominales dans le système hospitalier béninois à travers le laparochisis.

Auteur : Prof. GBENOU Antoine Seraphin.,

Désignation du poste : Directeur Adjoint de la Direction Nationale des Hôpitaux

Organisation ou institution: Direction Nationale des Hôpitaux

Adresse e-mail de l'auteur : Seraphin_gbenou@yahoo.fr

Téléphone : 00229 97640643

Autres auteurs collaborateurs : Aperçu sur la gestion des urgences chirurgicales néonatales abdominales dans le système hospitalier béninois à travers le laparochisis..

Introduction

Le laparochisis, est une urgence chirurgicale abdominale néonatale d'origine malformative à type d'éviscération in utéro, de bon pronostic (90% de survie) dont la gestion est bien codifiée dans la littérature. Le diagnostic anténatal étant accessible à l'échographie, les grossesses sont suivies et l'accouchement réalisé dans un centre de référence par césarienne le plus souvent. La prise en charge de cette malformation pourrait servir d'indicateur de la qualité des soins chirurgicaux néonataux dans un système hospitalier, et d'élément d'appréciation de la performance.

Méthodologie :

Trois études sur la prise en charge des malformations congénitales ont été réalisées dans la période allant de janvier 2007 à 15 janvier 2015, deux d'entre elles étaient prospectives et une rétrospective dans 5 hôpitaux de différents niveaux du Bénin. Les hôpitaux concernés étaient le CNHU, HOMEL, HZ Sakété, HZ Menontin, et HZ Suru-Léré. Une compilation des résultats a été faite. Les cas de laparochisis ont été analysés sur la base du diagnostic anténatal et postnatal, le lieu et le mode d'accouchements, le processus et le résultat du traitement chirurgical.

Principaux résultats :

Sur 354 enfants présentant une malformation dans les 3 études, 72 étaient abdominales et digestives. Les 10 cas de laparochisis qui y figuraient, n'avaient pas eu de diagnostic prénatal. Les accouchements étaient faits par voie basse sur des grossesses à terme. Le poids moyen à la naissance était de 2940 g. Ils étaient 6 garçons et 4 filles. 3 cas étaient nés dans les hôpitaux et 7 en provenance de maternités périphériques sans transport médicalisé. Le temps moyen écoulé avant le premier contact avec le chirurgien était de 6 heures. 8 enfants étaient admis dans un service de chirurgie pédiatrique, et 2 dans un service de chirurgie générale. Quatre des patients avaient séjourné dans une unité d'urgence et de réanimation néonatale. Sur les 7 cas opérés 4 avaient survécus. Les 3 autres qui n'ont pas pu être opérés pour différents motifs (manque de produits d'anesthésie, ou moyens financiers) étaient décédés. Le taux de survie a été de 40%.

Conclusion :

La gestion de cette malformation digestive grave ne répond pas aux normes de la littérature. Le diagnostic anténatal n'était pas fait et moins de la moitié a séjourné dans une unité de réanimation néonatale. La mortalité multifactorielle était élevée. La gestion des urgences chirurgicales néonatales abdominales n'est pas performante et mérite d'être améliorée. A cet effet des réformes dans le système hospitalier s'avère indispensable.

Principales Recommandations :

- Aux sages-femmes, gynécologues, et pédiatres : promouvoir le diagnostic anténatal et post natal des malformations congénitales.
- Référer les enfants ayant une malformation congénitale vers un hôpital disposant d'un hôpital de service de néonatalogie et d'un service de chirurgie pédiatrique.

- Equiper convenablement les services hospitaliers ayant en charge les soins de nouveau-né (gynécologie obstétrique, pédiatrie, chirurgie pédiatrique),
- Inclure la chirurgie pédiatrique dans les programmes de SMNI du Ministère de la Santé ;

Créer et équiper un service de diagnostic anténatal dans les CHU.

C6: Titre de l'abstract : Evaluation de l'efficacité et de la rémanence de Sumishield (Clothianidine 50 WG) contre les vecteurs (*Anopheles gambiae s.s*) du paludisme dans les conditions semi-naturelles en cases expérimentales à Covè, Bénin.

Auteur : **AHOGA A. Juniace**

Désignation du poste : *Etudiant PhD*

Adresse e-mail de l'auteur : meakim2015@yahoo.fr

Téléphone : **67687610 / 95892470**

Organisation ou institution : **Centre de Recherche d'Entomologie de Cotonou (CREC)**

Autres auteurs collaborateurs : **Prof. Martin AKOGBETO**

Introduction :

Le paludisme constitue encore un problème majeur de santé publique dans les régions tropicales. Le développement de la résistance des moustiques vecteurs aux différentes classes d'insecticides recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en santé publique est la plus grande menace pour la pérennisation des outils actuels de lutte et pour l'atteinte des objectifs d'élimination de cette maladie. Il urge donc d'envisager des solutions alternatives. De nouvelles classes d'insecticides avec de nouveaux modes d'action sont attendues pour faciliter la gestion de la résistance. Ainsi, la présente étude a été menée pour évaluer dans les conditions semi-naturelles (cases expérimentales) l'efficacité et la rémanence d'une formulation de clothianidine (Sumishield) un produit de la classe des néonicotinoïdes en comparaison avec la deltaméthrine, contre les vecteurs résistants de Covè, Bénin.

Méthodologie :

Notre étude s'est déroulée à Covè d'Octobre 2015 à Mai 2016. Avant la mise en œuvre de l'étude, nous avons évalué le statut et les mécanismes de résistance des anophèles de la zone d'étude. Ensuite nous avons évalué les performances de SumiShield en comparaison avec celles de la deltaméthrine en cases expérimentales contre les populations de *An. gambiae s.s*. Les paramètres étudiés sont l'exophilie induite, la déterrence, le taux de gorgement et le taux de mortalité. Des bioessais ont été réalisés chaque mois avec les

moustiques sensibles «Kisumu» et ceux résistants de terrain afin de déterminer la rémanence de SumiShield.

Principaux résultats :

Cette étude a montré une forte résistance à la deltaméthrine (taux de mortalité : 27,45%), une sensibilité au pirimiphos méthyl (100% de mortalité) et une suspicion de résistance au bendiocarb (taux de mortalité : 94%) des populations de *An. gambiae s.s* du site de Covè. La fréquence allélique de résistance de la mutation *Kdr* au sein de cette population de vecteur est de 0,95 et celle de *Ace1* de 0,03. Concernant la résistance métabolique, une forte activité des oxydases et du glutathion-s-transférase a été décelée. En cases expérimentales, l'effet dissuasif de SumiShield a été plus important que celui de la deltaméthrine (11,99% contre 7,67%). L'effet toxique de SumiShield observé est élevé (taux de mortalité \geq 80%) pendant les 8 mois de l'évaluation tandis que la deltaméthrine a induit des taux de mortalité variant entre 1 et 40% au cours de la même période. Une forte exophilie (en moyenne 68,15%) est observée dans les cases traitées avec la deltaméthrine. Un fort taux de gorgement a été observé aussi bien dans les cases traitées que les témoins. L'effet résiduel de SumiShield 50WG a couvert les huit mois d'étude, contrairement à celui de deltaméthrine qui n'a duré que quatre mois.

SumiShield a montré de belles performances tout au long de cette évaluation et s'est révélé très efficace contre les souches sensibles de laboratoire et les populations résistantes. Il peut donc être utilisé comme insecticide alternatif dans le futur pour lutter efficacement sur une longue période contre les moustiques résistants.

Conclusion :

Après huit mois d'évaluation dans des conditions semi-naturelles, on observe une bonne efficacité et un effet résiduel long de SumiShield 50WG contre les populations d'anophèles sensibles et résistantes. Cet insecticide ayant un mode d'action différent pourrait être une bonne alternative pour la PID dans les zones où la transmission du paludisme est permanente et où les moustiques sont résistants aux insecticides.

Principales recommandations :

Nous avons remarqué la lenteur de l'effet toxique de la clothianidine contre les populations sensibles et résistantes d'Anophèles. Compte tenu de cet effet lent sur les moustiques, il est important d'étudier l'impact de cette action lente sur la fertilité des femelles soumises à la clothianidine en ce qui concerne le nombre d'œufs pondus et la viabilité de l'embryon contenu dans l'œuf. En outre, puisque les performances de la clothianidine observées pendant cette étude sont allées au-delà de six mois, il convient de mettre en œuvre une autre étude au niveau communautaire (petit essai de Phase III) afin d'évaluer l'efficacité et l'effet résiduel de SumiShield 50WG sous les conditions de terrain.

C7 : Efficacité de la communication pour un changement de comportement (CCC) plus kit de réparation sur la durée de vie des Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (MIILD) au Bénin.

Auteur : Dr Houtoukpe André

Désignation du poste : Principal chercheur

Adresse e-mail : ahoutoukpe@gmail.com

Téléphone : 229 97 09 11 91

Organisation ou Institution : Project to Advance the Durability of Net (PADNET)

Autres auteurs collaborateurs : Benavente L, Ademikpo L, Alao M, Adjalla H, Adjidjan J, Thomas P, Smith S, Tokponnon F, Akogbéto M

Introduction :

Après les premières années de distribution de masse des MIILD visant l'atteinte de la couverture universelle, le Centre de Recherche en entomologie de Cotonou CREC a publié une étude montrant (citation) que 50% des MIILD échantillonnées étaient trouées après 6 -18 mois d'utilisation. L'objectif de cette étude prospective consiste à évaluer, l'impact de la communication pour un changement de comportement et de l'utilisation des kit de réparation par les ménages de l'étude sur la durée de vie des Moustiquaires imprégnées de longue durée en utilisant le standard de l'Organisation mondiale de la sante sur la durabilité de MIILD

Méthodologie :

- Il s'agit d'une étude prospective entamée en 2014 qui se propose de comparer les stratégies visant à accroître la durabilité des MIILD. Trois groupes de 300 ménages chacun ont été répartis au hasard entre deux groupes d'intervention et un groupe témoin.
- Le groupe 1 a reçu des messages de communication interpersonnelle pour un changement de comportement (CIP-CC); le groupe 2 a reçu des messages de CIP-CC plus un kit de réparation des MIILD; et le groupe3 était le témoin.
- 12 villages de la commune de Sèmè-Kpodji au sud Est du Bénin ont été enrôlés dans l'étude.
- Les relais communautaires ont transmis aux ménages de l'étude des messages de CIP-CC sur la prévention de l'apparition des trous dans les MILD et la promotion de la pratique de la réparation au fur et a mesure que les trous apparaissaient.
- Les données ont été recueillies dans tous les ménages de l'étude à intervalles de 4 à 5 mois pendant 30 mois. L'intégrité physique des MIILD ont été mesurés en utilisant l'Indice proportionnel des trous (IpT/pHI) de l'Organisation Mondiale de la Sante OMS.

La concentration en deltaméthrine a été mesurée par fluorescence aux rayons X (XRF) et la chromatographie liquide a haute pression (HPLC); L'activité insecticide a été mesurée avec des essais en cône et en tunnel.

Principaux résultats:

L'utilisation des MIILD par les enfants âgés de moins 5 ans était plus élevée dans le groupe 2 CIP-CC + kit de réparation (83%) compare groupe1, 73% ($p = 0,02$); Les deux groupes d'intervention présentent une utilisation plus élevée 73% et 83% respectivement compares au groupe témoin 63% ($p < 0.0001$).

Attrition des MIILD. (Non disponible pour dormir sous)

A 30 mois d'utilisation des MIILD, l'attrition était significativement plus faible dans les groupes1 et 2 (9%) que dans le groupe 3 (16%) ($p < 0,0001$).

Effet lutte anti vectorielle

À 24 mois, seulement 4% des MIILD testés ne satisfaisaient pas aux critères de mortalité de l'OMS (test en cône et en tunnel). L'effet knock-down a connu une diminution passant de 100% lors de l'étude de base à 42%, ce qui suggère un déclin important de l'effet insecticide.

Durabilité des MIILD

Le pourcentage des MIILD avec de grands trous et / ou de nombreux trous ($pHI > 63$) était significativement plus faible dans le groupe1 (13%) et le groupe 2 (9%) compares au groupe 3 (36%) ($p < 0,0001$), ce qui suggère un impact positif de la CIP-CC sur l'entretien et la réparation des moustiquaires. L'ajout d'un kit de réparation a augmenté la proportion de moustiquaires réparées.

Conclusion:

La stratégie de CIP-CC a amélioré les pratiques d'entretien et de réparation des moustiquaires.

Principales recommandations.

Il est recommandé aux Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et autres décideurs, d'adopter le CIP-CC a toutes stratégies de distribution des MIILD afin de renforcer leur durée de vie opérationnelle.

A cet effet, le PNLN a sollicité une assistance technique pour une exposition des populations bénéficiaires a la CIP-CC sur l'entretien et les réparations moustiquaire lors de la campagne nationale de distribution de masse de 2017 a l'échelle nationale.

C8 : « Acceptabilité et utilité des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) pour le diagnostic du paludisme simple chez l'adulte en pharmacie: Etude pilote réalisée dans trois officines de Cotonou »

Auteur : Mlle Francette Nefthalie HOUNNAMON

Désignation du poste : Etudiante en Thèse d'exercice de Pharmacie

Adresse e-mail de l'auteur : neftaliehounnamon@gmail.com

Téléphone : 67 36 26 23/ 67 57 67 65

Organisation ou institution : Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou/ UFR Pharmacie/ Centre d'Information Pharmacothérapeutique du Bénin

Autres auteurs collaborateurs : Dr Giraud Ekanmian, M. Ass. Habib Ganfon, MCA Ogouyemi H. Aurore

Introduction

Pendant longtemps, le diagnostic du paludisme a été présomptif dans les pays à faible revenu comme le Bénin. Cette approche cependant conduit à un diagnostic par excès du paludisme et à la surconsommation de médicaments antipaludiques, avec le développement de souches de parasites qui sont résistantes aux antipaludiques usuels.

Pour respecter les recommandations OMS sur la prise en charge du paludisme publié en 2010, le Bénin doit opter pour une gestion basée sur les tests du paludisme et ce, dans tous les groupes d'âge. Par ailleurs, des études ont prouvé que 40% à 50% des patients suspects de paludisme cherchent un traitement dans le secteur privé notamment les pharmacies.

Au Bénin, les TDRs ne se pratiquent pas en pharmacie et n'y sont pas disponibles et demeurent ainsi l'apanage des formations sanitaires malgré le nombre important de demandes en antipaludiques reçues dans ces structures. C'est ce qui justifie cette étude dont l'objectif général est de déterminer l'utilité et l'acceptabilité de l'emploi des Tests de Diagnostic Rapide du paludisme (TDR) en pharmacie dans le cadre de la prise en charge du paludisme simple en officine, sous automédication.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude interventionnelle, transversale à visée descriptive et analytique, conduite du 22 septembre 2016 au 24 novembre 2016. La population d'étude est composée de personnes majeures (18 ans au moins) venus acquérir en officine, des antipaludiques sans prescription dans le cadre d'une automédication personnelle. Les personnes ayant accordé leur consentement à participer à l'étude, répondent à un questionnaire puis réalisent un TDR. Un autre questionnaire leur est administré selon le résultat du TDR. Les données collectées ont été nettoyées, codées et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 21.

Principaux résultats

92.5% (172 sur 186) des personnes testées au TDR étaient négatives
77 sur les 172 participants testés négatifs soit un pourcentage de 44.8%, ont décidé de poursuivre leur démarche thérapeutique et d'acheter un antipaludique malgré le résultat. Le

reste 95 sur les 172 participants ont décidé d'abandonner le traitement antipaludique. Soit un taux d'adhérence au résultat négatif de **55.2%**

Conclusion

Le paludisme fait l'objet d'une forte automédication à Cotonou. Cette automédication est basée non seulement sur des symptômes du paludisme mais également sur d'autres non liés à cette parasitose. Cette étude donne des preuves irréfutables sur le fait que la majorité des automédications à Cotonou conduisent à un diagnostic par excès de la maladie. Cependant, elle nous offre un espoir à saisir par les autorités compétentes en ce sens que la population adhère globalement à l'initiative de l'utilisation des TDRs du paludisme en officine.

C9 : Evaluation de l'efficacité et de l'effet résiduel de Fludora Fusion (clothianidine 200mg/m² + deltaméthrine 25mg/m²) contre les moustiques sensibles et résistantes de *Anopheles gambiae* dans les conditions naturelles à Dangbo, département de l'Ouémé (Bénin)

Auteur : ODJO Mahoutin Esdras

Désignation du poste : Etudiant PhD

Adresse e-mail de l'auteur : esdrasmahoutino@gmail.com

Téléphone : 97121746

Organisation ou institution : Centre de Recherche Entomologique de Cotonou (CREC)

Autres auteurs collaborateurs : Prof. Martin AKOGBETO

Introduction:

La lutte contre le paludisme demeure une priorité de santé publique en Afrique au sud du Sahara. Les études de suivi-évaluation de l'impact des PID et de la résistance ont montré que l'effet résiduel du bendiocarb (carbamate) et du pirimiphos-méthyle (organophosphoré) est court, d'environ trois mois et les vecteurs deviennent résistants au bendiocarb. Ce constat amène le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) à identifier des insecticides alternatifs à modes d'action différents et effet rémanent d'au moins six mois. Aussi, il suggère une stratégie de gestion de la résistance basée sur la rotation de 2 ou 3 insecticides ayant des modes d'action différents ou l'utilisation des mélanges d'insecticides de différents modes d'action. C'est dans cette perspective que la présente étude a été menée. Elle vise à évaluer l'efficacité et l'effet résiduel de "Fludora Fusion" (mélange clothianidine 200 mg/m² + deltaméthrine 25 mg/m²) en comparaison avec Clothianidine 200 mg m.a /m² seule et Deltaméthrine 25 mg m.a/m² seule contre les populations sensibles et résistantes de *An gambiaes.s.*

Méthodologie :

51 structures ont été sélectionnées et marquées, dont 17 en ciment crépi, 17 en ciment crépi badigeonné et 17 en banco crépi ; 45 ont été pulvérisées. Les tests en cône OMS (OMS,

2007) ont été réalisés une semaine après la pulvérisation et une fois par mois pour la souche Kisumu, une fois tous les deux mois pour la souche résistante pendant neuf mois (Août 2015 à Avril 2016). A chaque bio essai, quatre cônes ont été placés sur chaque mur à différentes hauteurs (0,5m ; 1m ; 1,5m et 2m) et 10 femelles de moustiques à jeun âgées de 2 à 5 jours ont été introduites pendant 30 mn. Après 30 mn d'exposition, les moustiques ont été ramassés dans chaque cône puis conservés dans des gobelets recouverts de voile sur laquelle est déposée du coton imbibé de jus sucré. Les moustiques exposés sur les murs non traités sont utilisés comme témoin.

Principaux résultats:

- Efficacité des insecticides évalués en terme de mortalité.
 - ✓ Moustiques sensibles

Les taux de mortalité induits par Fludora Fusion, clothianidine 200 mg/m² seule et deltaméthrine 25 mg/m² seule sont supérieurs ou égaux à 80% du début de l'évaluation jusqu'à neuf mois sur les murs en ciment. Le seuil a été atteint pendant cinq mois sur les murs en banco pour les trois insecticides.

- ✓ Moustiques résistantes de *An. gambiaes.s* de Dangbo

Fludora Fusion et la clothianidine 200 mg/m² seule ont induit pendant les neuf mois des taux de mortalité $\geq 80\%$ sur les populations résistantes de Dangbo dans les structures en ciment. Dans les structures en banco, Fludora Fusion n'est efficace que pendant six mois, alors que la clothianidine 200 mg/m² seule et la deltaméthrine 25 mg/m² seule ont induit quatre mois d'efficacité sur *An. gambiaes.s* résistante de Dangbo. Les taux de mortalité ont augmenté entre les temps d'observation mais de façon non significative.

- Effets knock down ou effets chocs

De façon générale l'effet KD induit par la clothianidine 200 mg/m² dans les différents types de structures est très faible. Il est inférieur à ceux induits par Fludora Fusion et la deltaméthrine 25 mg/m² seule. Les effets KD induits par la deltaméthrine 25 mg/m² et Fludora Fusion dans les structures en ciment sont élevés et supérieurs à 95%. L'effet KD a diminué rapidement dans le temps dans les structures en banco par rapport aux structures en ciment.

Conclusion:

Après neuf mois d'évaluation dans des conditions naturelles à petite échelle en PID, on observe une bonne efficacité et un effet résiduel long du produit Fludora Fusion (mélange Clothianidine 200 mg m.a /m² + Deltaméthrine 25 mg m.a/m²) et de Clothianidine 200 mg m.a /m seule contre les populations d'Anophèles sensibles et résistantes. La rémanence du produit Fludora Fusion est plus longue sur les supports muraux en banco que celle de la clothianidine seule. De même, Fludora Fusion a induit un effet knock down très élevé que la clothianidine seule.

Principales recommandations:

Le produit Fludora Fusion pourrait être une bonne alternative ou un potentiel insecticide candidat pour la PID dans les zones où la transmission du paludisme est

permanente, où les moustiques sont résistants aux insecticides et où il y a différents types de supports muraux. Cependant, pour éviter une émergence rapide de la résistance des moustiques à cet insecticide, nous recommandons son usage efficient en agriculture et par les acteurs de la lutte anti-vectorielle. Nous suggérons aussi une étude pilote en phase III du WHOPES pour évaluer l'efficacité en PID du produit Fludora Fusion et de la clothianidine sur les indicateurs entomologiques et épidémiologique du paludisme. Cette étude permettra d'évaluer les indicateurs sociologiques d'acceptabilité de cet insecticide par les communautés. Les résultats d'une telle étude seront d'une grande utilité pour l'OMS dans le processus de la recommandation de cet insecticide en santé publique.

C10 : Quantification par spectrophotométrie des composés phénoliques et détermination du pouvoir antioxydant d'extraits de 03 plantes utilisées en médecine traditionnelle contre l'hypertension artérielle au Bénin

Auteur : **Dr GNIDE Yvon Chabot Sagbo**

Désignation du poste : **Etudiant en Thèse d'exercice de Pharmacie**

Organisation ou institution : **Laboratoire de Pharmacognosie et des Huiles essentielles (LAPHE-ISBA)**

Laboratoire de Pharmacognosie et de Phytothérapie de l'UFR Pharmacie/FSS/UAC

Adresse e-mail de l'auteur :

Téléphone :

Autre auteurs collaborateurs : **Mr Fidèle Assogba, M. Ass. Habib Ganfon, Prof. Gbenou Joachim**

Introduction

L'hypertension, autrement connue comme tension artérielle élevée, est la plus importante cause de mortalité dans le monde. Longtemps considérée comme une maladie des riches, sa prévalence est en nette augmentation en Afrique et particulièrement au Bénin où elle est passée de 13.6% en 2001 à 20.2% en 2004 et à 27.9% en 2008. Une prise en charge rapide et adéquate de la pathologie s'impose. Cependant les difficultés d'accès aux médicaments conventionnels dont le coût onéreux est aggravé par la prise chronique font que la population à recours à des remèdes traditionnels. Ces remèdes en l'absence d'informations sur les composés actifs et leur dosage posent un véritable problème de standardisation permettant de garantir leur utilisation dans des conditions de sécurité. Au Bénin plusieurs travaux ont été réalisés sur certaines plantes anti hypertensives. La phytochimie de ces plantes a révélé la présence de composés phénoliques, molécules qui interviendraient dans la prévention des maladies cardiovasculaires. Le but de la présente étude est de doser les composés phénoliques de 03 plantes sélectionnées sur la base d'études antérieures ayant mis en évidence leurs propriétés anti-hypertensives, afin de contribuer à la standardisation de leur utilisation en médecine traditionnelle.

Méthodologie

Cette étude de type expérimentale s'est déroulée de Janvier 2016 à Aout 2016 sur les extraits aqueux et méthanolique de nos drogues végétales. La quantification des polyphénols totaux, flavonoides et tanins a été effectuée par spectrophotométrie UV-Vis, respectivement selon la méthode de **Singleton et al** (1965) avec le réactif de **Folin-Ciocalteu**, de **Zhishen et al** (1999) avec le **trichlorure d'aluminium** (AlCl₃) et de **Broadhurst et al.** avec comme réactif la **vanilline**. Les aglycones flavoniques et anthocyanes ont été extraits et dosés par la méthode de Lebreton et al.(1967). Le test au DPPH (Sanchez et al.1998) et du FRAP (Penpun et al.2008) ont été utilisés pour l'évaluation de l'activité antioxydante.

Principaux résultats

Les résultats du dosage des composés phénoliques ont montré que les différents extraits de nos drogues végétales sont relativement riches en composés phénoliques. En effet la teneur la plus élevée en polyphénols totaux est enregistrée avec l'extrait méthanolique de *Blighiasapida* (254,108 ± 15.518 mg EAG/g), celles en flavonoides et en aglycones sont détenues par l'extrait méthanolique de *Cratevaadansonii*(43.316 ± 0.885 mg EQ/g d'extrait sec et 4.182 mg/g). La quantification des tanins a montré que l'extrait aqueux de *Cratevaadansonii* a une teneur supérieure à celle des autres extraits (52.573 ± 3.854 mg EP/g). Quant aux anthocyanes l'extrait aqueux de *Heliotropiumindicum* a la teneur la plus importante (8.037 ± 0.041 mg/g).

L'estimation des teneurs en composés phénoliques (à la dose active antihypertensive) de la décoction aqueuse des parties aériennes de *Heliotropiumindicum*, qui est la drogue ayant la meilleure activité a donné pour : les polyphénols totaux 93.346 µg EAG, les flavonoides 5.225 µg EQ, les tanins 19.4325 µg EP, les anthocyanes 4.0185 mg.

L'évaluation de l'activité antioxydante par le DPPH a montré que l'extrait méthanolique de *Cratevaadansonii* présente l'IC₅₀ la plus faible de tous nos extraits (IC₅₀ = 0.085 ± 0.003 µg/ml) ce qui lui confère l'activité antioxydante la plus élevée. La méthode FRAP d'évaluation de l'activité antioxydante montre cependant que l'extrait aqueux de *Blighiasapida* a le pouvoir antioxydant le plus élevé. Toutefois aucun des extraits n'a présenté un pouvoir antioxydant supérieur à celui de la Vitamine C, prise comme référence.

Conclusion

Notre étude à chercher à quantifier des composés phénoliques et estimer le pouvoir antioxydant de 03 plantes utilisées en médecine traditionnelle contre l'HTA au Bénin. Les résultats obtenus montrent que les extraits testés sont assez riches en polyphénols, mais avec un pouvoir antioxydant relatif. Toutefois la faiblesse du pouvoir anti-oxydant observée ne remet pas en cause les propriétés anti-hypertensives de ces plantes, mais suggère que cette propriété ne serait pas que liée à l'activité antioxydante. Les composés phénoliques dosés pourront servir par ailleurs de marqueurs pour la standardisation de ces plantes dans leur utilisation contre l'HTA.

Principales recommandations

Parmi les trois plantes anti-hypertensives étudiées *Crateva adansonii* (*Cappariaceae*) a révélé sa richesse en composés phénoliques mais aussi son pouvoir antioxydant non négligeable. Nous proposons donc les recommandations suivantes qui permettront de mieux évaluer les propriétés anti-hypertensives de cette plante afin de pouvoir en faire si possible un médicament traditionnel amélioré pour la population :

- Préparer les extraits enrichis de chacune des classes de composés phénoliques
- Réévaluer l'activité anti hypertensive *in vivo* avec les extraits enrichis
- Evaluer la toxicité chronique de ses extraits enrichis

C11 : Pratiques liées à l'utilisation des antipaludiques dans les ménages en zone périurbaine de Cotonou chez les enfants de moins de 5 ans avant l'adoption des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine: intérêt pour une meilleure utilisation des antipaludiques

Auteur : **Dr NAHUM Alain**

Désignation du poste : **Chercheur**

Adresse e-mail de l'auteur : **nahum_alain@yahoo.fr**

Téléphone : **97 59 29 20**

Organisation ou institution : **Centre de Recherches Entomologiques de Cotonou (CREC) ; Cotonou, Ministère de la Santé**

Autres auteurs collaborateurs : **OUSSA Eustache, MAYE Ambroisine, AGBOWAI Carine, AKOGBETO Martin**

Introduction :

Le paludisme constitue un problème de santé publique grave en Afrique. 90% des cas sont retrouvés dans les pays les plus pauvres de l'Afrique. Au Bénin, le premier motif de consultation dans les centres de santé est le paludisme. Ce sont les enfants de moins de 5 ans qui paient un lourd tribut à cette maladie. En 2015, les enfants de moins de 5 ans qui sont vus en consultation pour paludisme représentent 44,5% des patients. Le traitement précoce des cas simples par les mères ou tout autre membre de la famille avec des antipaludiques efficaces permet de réduire l'évolution des formes simples vers les formes graves souvent mortelles. Dans cette étude menée en mai à décembre 1999, nous avons étudié les attitudes et les pratiques de prise en charge à domicile des fièvres présumées palustres par les personnes ayant en charge des enfants de 0 à 5 ans.

Méthodologie :

En utilisant un questionnaire structuré, nous avons interviewé 776 personnes sur 902 contactées à partir d'un sondage en grappe à 2 degrés dans les quartiers périphériques de Cotonou. Le consentement oral des enquêtés a été obtenu après que le protocole et ses

objectifs ont été expliqués en langues locales. Il a été expliqué aux personnes enquêtées leur droit de refuser de participer.

Principaux résultats :

Le paludisme est une maladie connue de 691 personnes interviewées parmi lesquels les mères d'enfants représentent 89.7%. 554 enfants ont été traités pour un accès de fièvre dans les 15 jours précédant notre passage ou en cours de traitement pour fièvre le jour de l'enquête. Au nombre de ces 554 enfants, 496 (89,5%) ont été pris en charge à domicile. Parmi ces derniers, seuls 141 enfants (28.4%) ont reçu un traitement antipaludique. Concernant les antipaludiques utilisés, la chloroquine a été administrée dans une proportion de 80.9% et la quinine dans une proportion de 16,3%. Bien que la chimioprophylaxie ne soit plus autorisée pour tous les enfants, elle continue d'être pratiquée avec la chloroquine (79.9%) et la quinine (12.7%) chez les personnes dont les enfants ont été fébriles 299/554 (41.3%).

Conclusion :

La prise en charge des cas de fièvre présumée palustre chez les enfants de moins de 5 ans constitue une pratique courante en zone périurbaine de Cotonou. Les doses administrées ne correspondent pas aux doses recommandées par le PNLP. L'utilisation d'antipaludique en prophylaxie est fréquente et est en rapport pour l'essentiel avec l'antipaludique de première ligne avant l'adoption des CTA. Il est à craindre que cette pratique ne s'étende aux CTA qui ne doivent être utilisées que pour le traitement curatif du paludisme simple dont le diagnostic est formellement bien établi.

Principales recommandations :

Le besoin d'éducation des mères et de toute personne ayant en charge les enfants de moins de 5 ans sur la nécessité d'observer les recommandations du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a été discuté. Cette éducation doit être basée sur les leçons apprises des pratiques de traitement et de prévention avant l'adoption des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) et doit renfermer des messages simples, claires qui peuvent faciliter l'observance des recommandations du PNLP de manière à ne pas compromettre l'efficacité des CTA.

C12 : Profil des espèces et facteurs de risque de levures en milieu hospitalier à Cotonou (Bénin).

Auteur : Dr SISSINTO SAVI DE TOVE

Désignation du poste :

Adresse e-mail de l'auteur :

Téléphone :

Organisation ou institution : 1 - Laboratoire de microbiologie du Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. Cadjéhoun 01 BP 386. Cotonou, Bénin.

2 - Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi, 01BP188 Cotonou, Bénin.

Autres auteurs collaborateurs : Ogouyemi Hounto A¹², Affolabi D¹², Houessou B², Ahotin G¹, Gnacadja C¹, Tolo H¹, Tchebe R, Biaou D, Koukpoliyi A, Ekpangbo B, Anagonou S¹², Massougbodji A¹², Kindé-Gazard D¹²

Introduction

Les infections à levures sont en augmentation constante depuis plusieurs années avec une émergence de nouvelles espèces au pouvoir pathogène établi. Le traitement de toute levurose devrait être basé au moins sur l'identification du genre ou de l'espèce en cause, car l'aspect clinique ne permet pas toujours de préciser s'il s'agit d'une infection à levures, ni d'indiquer l'espèce en cause surtout dans un contexte de levuroses invasives.

L'objectif de cette étude est de déterminer le profil des espèces et les facteurs de risque des levuroses au Centre National Hospitalier Hubert Koutoukou Maga de Cotonou.

Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique. 170 patients âgés de 0 à 79 ans, porteurs de levuroses étaient inclus de Février à Septembre 2016. Les galeries biochimiques étaient utilisées pour identifier les levures. Un questionnaire a été administré aux patients pour recueillir les facteurs de risque des levuroses

Principaux résultats :

La survenue de la levurose à *Candida albicans* est liée au sexe ($p=0,02$), à l'âge compris entre 15 et 35 ans ($p=0,001$). Elle est également liée à la profession « ménagère » ($p=0,02$). Parmi les genres de levures, *Candida* (87%) était la plus fréquente suivi de *Cryptococcus*(5%), *Rhodotorula*(4%), *Trichosporon*(3%), et *Geotrichum* (1%). Les principales espèces de levures retrouvées étaient : *Candida albicans* (44,1%), *Candida famata* (12,8%), *Candida glabrata* (9,4%), *Candida parapsilosis* (7,6%). Les facteurs favorisants les plus fréquentes étaient la grossesse (15,3%), le port d'habits trop serrés (12,9%), l'âge ≥ 60 ans (8,2%), l'antibiothérapie à large spectre (7,1%).

Conclusion

Au terme de notre étude, *Candida albicans*, reste la principale espèce incriminée suivie de *Candida famata*. Une identification du facteur de risque, un diagnostic précoce des infections à levures, et une mise en place d'un traitement approprié représente aujourd'hui un enjeu primordial pour le clinicien.

C13 : L'efficacité des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides de Longue Durée d'Action traitées avec un synergiste sur les populations d'*Anopheles gambiae* à résistance multifactorielle au Bénin

Auteur : Boulais YOVOGAN

Désignation du poste : **Etudiant PhD**

Adresse e-mail de l'auteur : yobousy@yahoo.fr

Téléphone : 66 32 68 05 / 95 14 42 78

Organisation ou institution : Centre de Recherche Entomologique de Cotonou (CREC)

Autres auteurs collaborateurs : Professeur Martin AKOGBETO

Introduction :

Afin d'augmenter l'efficacité des moustiquaires imprégnées dans les zones de forte résistance, de nouvelles moustiquaires imprégnées de longue durée dites de nouvelle génération ont été développées. Ce sont des moustiquaires traitées avec un synergiste appelé PipéronylButoxide (PBO). Le principe de cette moustiquaire est d'inhiber l'action des enzymes de détoxification, ce qui aura pour conséquence l'augmentation de l'efficacité de l'insecticide contre les populations de moustiques résistantes aux insecticides. Cependant, l'efficacité de ces moustiquaires a été prouvée dans certaines études, mais on ne connaît pas son action spécifique sur les moustiques porteurs d'enzyme de détoxification et ceux portant à la fois les mécanismes de détoxification et le gène de résistance Kdr au Bénin.

Méthodologie :

L'étude s'est déroulée dans 10 localités sélectionnées sur le transect nord-sud du Bénin dans la période de juin à décembre 2015. Les larves de ces populations de moustiques ont été collectées dans différentes zones écologiques à savoir des zones maraîchères, urbaines, rizicoles et cotonnières. Les femelles adultes issues de ces larves sont soumises en fonction de leur niveau de résistance aux moustiquaires mono-traitées aux pyréthrinoïdes (Life Net, Permanet 2.0 et Olyset Net) et aux moustiquaires bi-traitées aux pyréthrinoïdes + PBO (Permanet 3.0 et Olyset Plus) par les tests en cône selon le protocole de l'OMS.

Principaux résultats :

Les différentes moustiquaires ont montré une mortalité de 100% sur les souches de laboratoire sensible Kisumu et résistante Acer Kisumu. Mais avec la souche résistante de laboratoire Kisumu Kdr, la mortalité est faible (16% à 32%) pour toutes les MIILD sauf pour Permanet 3.0 (82,9%). Les mortalités observées avec les souches locales portant le mécanisme Kdr uniquement varient de 0% à 14% pour Olyset Net, 7 à 27% pour Life Net, 9 à 22% pour Olyset Plus, 24 à 47% pour Permanet 2.0 et 40 à 86% pour Permanet 3.0. Avec les souches locales portant plusieurs mécanismes de résistance (Kdr + enzymes de détoxification) les mortalités observées avec les différentes MIILD sont également faibles sauf pour la MIILD Permanet 3.0 qui a induit sur les souches multi-résistantes une mortalité significativement élevée ($p < 0.001$) et généralement supérieure à 75%.

Conclusion :

Cette étude a montré que les moustiquaires traitées avec la combinaison pyréthrinoïdes + synergiste (Permanet 3.0 et Olyset plus) ont une action plus efficace par rapport aux MIILD classiques (Permanet 2.0, Life Net et Olyset Net). Mais l'efficacité de Olyset Plus n'est pas autant élevée que celle observée avec Permanet 3.0.

Principales recommandations :

Cette étude suggère que la combinaison deltaméthrine + PBO est la stratégie la mieux adaptée contre les vecteurs locaux du Bénin. Elle suggère également la nécessité de mettre en place une surveillance de routine de la bio-efficacité des MIILD sur les vecteurs locaux du paludisme afin que les MIILD qui montreraient une baisse significativement faible de leur efficacité comparativement à d'autres soient remplacées. Cependant, il serait nécessaire de mener des études communautaires pour évaluer l'impact épidémiologique de ces moustiquaires afin de confirmer ou non si la faible efficacité observée au laboratoire s'accompagne d'une perte de l'impact épidémiologique de ces moustiquaires.

C14 : Analyse coût-efficacité de la vaccination de routine et d'une campagne de vaccination de masse contre la rougeole dans la zone sanitaire de Natitingou au Bénin

Auteur : Dr Landry KAUCLEY

Désignation du poste : Agence National pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires

Adresse e-mail de l'auteur : tchaland@hotmail.com

Téléphone : +229 97 05 13 00

Organisation ou institution : Ministère de la Santé – Bénin

Autres auteurs collaborateurs : Franck BETE, Pierre LEVY

Introduction :

L'immunisation avec au moins deux doses de vaccin anti-rougeoleux (VAR) peut permettre d'atteindre l'objectif d'élimination de la rougeole. Ainsi, l'efficacité des stratégies de vaccination contre la rougeole mérite d'être prise en compte dans les districts sanitaires en Afrique surtout dans un contexte de rareté des ressources et de concurrence avec d'autres programmes de santé. Ce travail décrit la structure des coûts et le coût-efficacité aussi bien de la vaccination de routine (VR) que d'une campagne de vaccination de masse (CVM) contre la rougeole dans une zone sanitaire du Bénin.

Méthodologie :

Cette étude coût-efficacité était transversale avec un horizon temporel d'un an. La méthode des ingrédients pour l'estimation des coûts a été utilisée. Les indicateurs d'efficacité comprenaient : les doses de VAR utilisées, les enfants vaccinées, les cas de rougeole évités et le nombre d'année de vie corrigée à l'invalidité (DALYs) évitées. Les données ont été collectées dans les 18 centres de santé publique de la zone sanitaire de Natitingou pour l'année 2011. Dans l'analyse, la couverture vaccinale était de 89% pour la VR et de 104% pour la CVM.

Principaux résultats :

Le coût total de la CVM était supérieur à celui de la VR (15.796.560 FCFA contre 9.851.938 FCFA). Le personnel et les vaccins étaient les postes de coût les plus importants pour les deux stratégies. Le carburant pour le fonctionnement de la chaîne de froid a pris une part non négligeable du coût total de la VR (4,03%) parce que 83% des réfrigérateurs fonctionnaient avec du pétrole lampant. Les structures de coût étaient disproportionnées parce que les activités de mobilisation sociale et de formation n'étaient pas financées pendant la VR contrairement à la CVM. En comparaison avec 'aucune intervention', les deux stratégies combinées ont permis d'éviter 12.671 cas de rougeole soit 19.023 DALYs. Le bénéfice de la CVM était 5.601 cas de rougeole évitées et 6.955 DALYs supplémentaires évitées. Le coût par enfant vacciné pour la CVM (442 FCFA) était inférieur à celui de la VR (1.242 FCFA), en ligne avec les données de la littérature. Le coût par DALY évité était de 2.271 FCFA pour la CVM et de 769 FCFA pour la VR. Les analyses ont montré qu'une faible efficacité vaccinale diminuait les ratios coût-efficacité des deux stratégies. La CVM était plus efficace lorsque la proportion d'enfant précédemment non vaccinés 'zéro dose' était élevée. Pour les deux stratégies, le coût par DALY avait tendance à varier en fonction de la létalité de la rougeole.

Conclusion :

Les principales leçons tirées de cette recherche opérationnelle peuvent se résumer comme suit:

- La CVM contre la rougeole coûte plus chère que la VR contre la rougeole. Cependant, les structures de coût des deux stratégies sont très disproportionnées.

La CVM et la VR contre la rougeole sont des interventions coût-efficace pour améliorer la santé au Bénin en comparaison avec la 'non vaccination'. La proportion de 'zéro-dose' affecte significativement le coût-efficacité de la CVM. Un dédoublement des coûts du personnel ou une inclusion des coûts de communication dans l'analyse du cas de base n'impacte pas négativement le coût/DALY de la VR.

Principales recommandations:

- Puisque le défaut de financement des activités de communication est préjudiciable à l'efficacité de la VR, **les responsables des Equipe d'Encadrement de zone sanitaire doivent planifier et mobiliser annuellement des ressources pour mener des activités de mobilisation sociale en faveur de la VR.**
- *Les Equipes d'Encadrement de Zone Sanitaire doivent aussi organiser de formations de courte durée aux professionnels de santé chargé de la vaccination afin d'accroître leur compétence et leur motivation.*
- *Les responsables du programme élargie de vaccination au Bénin devraient penser à adopter du matériel de chaîne de froid à faible consommation d'énergie pour amoindrir les coûts opérationnels des activités de vaccination. Des possibilités de faire des économies existent avec des équipements fonctionnant à l'énergie solaire.*

L'efficacité vaccinale du VAR doit être maintenue à son plus haut niveau à travers une bonne conservation du vaccin pour une meilleure efficacité aussi bien de la VR que de CVM..

C15 : Renforcement des zones sanitaires grâce aux TIC pour une meilleure riposte

Auteur : **Dr Kéfilath BELLO**

Désignation du poste : **Coordonnateur national**

Adresse e-mail de l'auteur : kebfila2@yahoo.fr

Téléphone : **96217450.**

Organisation ou institution : **Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie**

Autres auteurs collaborateurs : **Jean-Paul DOSSOU, Hashim HOUNKPATIN, KANHONOU Lydie, Sourou GOUFODJI**

Introduction :

La réponse efficace à une épidémie nécessite un renforcement des capacités des acteurs périphériques et un dialogue efficace avec la communauté. Au cours des épidémies de Fièvre à Virus Lassa (FVL) que le Bénin a connues, le ministère de la santé (MS) et ses partenaires ont mené diverses actions : dotation en équipement, appui technique, sensibilisation...

Au-delà de cette approche classique, la contribution des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) pour améliorer les ripostes face aux épidémies n'est pas suffisamment exploitée.

Le projet « Mobilisation 2.0 des équipes cadres de district dans la lutte contre les maladies à potentiel épidémique » vise à tester l'efficacité d'une approche utilisant les TIC pour renforcer les équipes d'encadrement de zones sanitaires (EEZS) face aux défis sanitaires, notamment les épidémies.

L'objectif de ce résumé est de présenter les premiers résultats du projet et d'obtenir la contribution des acteurs du système de santé pour les améliorer

Méthodologie :

Cette recherche-action porte sur une intervention à 3 volets : (i) mapping des défis des EEZS, (ii) discussion en ligne des défis identifiés sur [District.Team](#), (iii) interaction avec la population par Facebook ([Saga Santé](#))

L'intervention se déroule par cycle : administration du questionnaire et analyse des données, discussion des résultats en ligne et synthèse.

Les données électroniques sont traitées sur les dashboards des sites, celles des questionnaires avec Excel 2010 et les visualisations élaborées avec Cartob et Javascript.

L'avis éthique et l'autorisation du MS ont été obtenus.

Principaux résultats :

3 collectes de données en ligne ont été réalisées avec un taux de réponse entre 79 et 94%. Ces questionnaires se sont penchés sur l'organisation des zones sanitaires, les ressources des zones sanitaires et la préparation aux épidémies. Par ailleurs, une étude sur le Financement Basé sur les résultats a été réalisée à travers District.Team.

A ce stade, les 34 ZS sont engagées dans la collecte des données. 14/34 médecins coordonnateurs ont participé aux discussions sur District.Team.

Le cycle actuellement en cours sur District.Team a permis aux zones sanitaires de démarrer une auto-évaluation de leur préparation aux épidémies. Les résultats de cette auto-évaluation seront très bientôt mis en ligne et la communauté de District.Team sera appelée à en discuter. L'objectif est d'avoir à la fin une note conceptuelle proposant des actions concrètes à tous les niveaux.

Au 05/12/16, Saga Santé totalise 16.910 « Likes » dont 50% d'hommes de 18 à 34 ans et 30% de femmes de la même tranche d'âge. Pendant l'épidémie de FVL, 6 messages ont été publiés et ont touché 390 à 2127 personnes. Au cours de la récente épidémie de choléra, 14 messages ont été publiés et ont touché 198 à 84.976 personnes.

Conclusion :

Les premiers résultats augurent d'un fort potentiel pour une dynamique efficace permettant aux managers des ZS de renforcer leurs capacités et de résoudre ensemble leurs problèmes. Mobilisation 2.0 est une stratégie complémentaire aux efforts du niveau central pour un système de santé Béninois plus fort face aux épidémies et autres défis.

Principales recommandations :

- Mise en place effective du Comité National de Pilotage
- L'identification d'autres thématiques prioritaires à évaluer
- Le soutien aux équipes d'encadrement de zone dans la résolution des problèmes qu'ils auront identifiés

Le suivi de l'initiative et la proposition de stratégies d'amélioration dans une perspective de pérennisation.

C16 : Optimisation de la prise en charge des maladies non transmissibles dans la zone sanitaire de Djougou-Copargo-Ouaké : Quelles pistes de solution ?

Auteur : Dr HOUNKPE Virgile Olivier

Désignation du poste : Médecin-coordonnateur de la zone sanitaire Djougou-Ouaké-Copargo

Adresse e-mail de l'auteur : hoolivier@yahoo.fr

Téléphone : 97123403

Organisation ou institution : Zone sanitaire Djougou-Copargo-Ouaké

Autres auteurs collaborateurs : Néant

Introduction :

Les maladies non transmissibles (MNT), sont devenues un véritable défi pour les systèmes de santé d'Afrique subsaharienne. Selon l'OMS, les MNT étaient responsables de 36% de tous les décès en 2012 et représentaient la première cause de décès prématurés entre l'âge de 30 à 77 ans. Les systèmes de santé africains, encore sous financés, fragmentés, peu performants et historiquement développés pour répondre aux maladies aiguës, ne sont pas préparés, ni adaptés pour répondre aux MNT.

La zone sanitaire de Djougou-Copargo-Ouaké (DCO), à l'instar des autres zones du Bénin est confrontée au fardeau croissant des MNT. Cette situation représente une menace majeure en raison que les services de santé (encore sous la charge des maladies transmissibles et la santé maternelle) ne parviennent pas à organiser et à offrir convenablement des soins de qualité aux patients atteints de MNT. Par conséquent la morbidité et la mortalité liées aux MNT restent toujours élevées dans la zone.

L'objectif de cette recherche est d'analyser les principaux problèmes affectant l'organisation des services et la qualité des soins dispensés aux patients atteints de MNT dans la ZS DCO située au nord-ouest du Bénin, afin de trouver des pistes de solutions pour améliorer leur prise en charge

Méthodologie :

C'est une étude de cas réalisée dans la ZS DCO, située au nord-ouest du Bénin dans le département de la Donga, analysant des données quantitatives et qualitatives à partir de la revue de littérature non systématique, des documents gris, des discussions informelles, ainsi que notre expérience personnelle.

Pour une analyse plus approfondie, un cadre conceptuel a été élaboré à partir de plusieurs modèles de système de soins de santé orientés vers les soins chroniques

Principaux résultats :

La morbidité et la mortalité dans la ZS DCO restent dominées par les maladies cardiovasculaires. L'HTA constitue le principal facteur de risque. Par exemple en 2013, 69% des patients atteints de MNT souffraient de l'HTA, et 39% des décès étaient dus aux MNT.

On note une prédominance des soins hospitaliers au détriment des soins primaires pour les MNT (85% des cas). Au niveau du premier échelon, le paquet minimum d'activités se résume à l'offre des soins pour l'hypertension et très peu pour le diabète et autres qui se mènent très faiblement. Les soins sont non centrés sur le patient, non intégrés et non continus. La continuité des soins qui est fondamentale dans la gestion des MNT est quasi absente à cause de l'inexistence de la fonction de synthèse des informations pertinentes concernant le patient à la 1ère ligne et du déficit de coordination et de partage des soins entre les prestataires de premier échelon et entre les deux niveaux (centre de santé et hôpital de référence). De même, l'autonomisation des patients est inexistante par défaut de fourniture par les services de santé de support de mécanismes d'autogestion.

L'analyse systémique nous a permis d'apercevoir l'insuffisance de la mise en œuvre et le manque d'intégration de la politique de lutte contre les MNT dans les services généraux de santé, la non prise en compte des MNT dans les priorités de la zone (absence d'analyse de données et de prise de décisions), et l'absence de financement des activités des MNT.

Conclusion :

L'insuffisance de la mise en œuvre et le manque d'intégration de la politique de lutte contre les MNT dans les services généraux de santé et l'absence des MNT dans les priorités de la zone sont les causes profondes qui affectent l'organisation et la qualité des soins fournis aux personnes atteintes de MNT.

La stratégie des soins de santé primaires reste la solution la plus intégrante, efficace pour répondre aux défis des MNT. L'autonomisation du patient, les soins centrés sur le patient, la continuité et la coordination des soins sont les éléments à renforcer pour améliorer la gestion des soins chroniques. Ceci souligne la nécessité d'avoir des équipes multidisciplinaires, compétentes, motivées et des conditions de travail favorables.

Principales recommandations :

Afin d'améliorer la prise en charge des MCNT, nous recommandons à l'équipe cadre :

- Mettre les MNT dans les priorités de la zone (PITA)
- Renforcer les soins de santé primaires avec l'intégration des activités de lutte contre les MNT dans les services de santé de premier échelon
- Réorganisant les services et le travail (consultation, coordination des soins, partenariat et implication des organisations communautaires, mise en place de dossiers des patients)
- Renforcer les connaissances et compétences des prestataires de soins et surtout de l'équipe cadre sur les MNT
- Améliorer la motivation et les conditions de travail des prestataires (approche FBR et autres mécanismes)
- Améliorer la continuité des soins (système de RCR, partage et coordination des soins)
- Autonomiser les patients chroniques en leur fournissant du soutien (éducation, coaching, formation et suivi par le biais des organisations communautaires, groupe ou association de patients)
- Améliorer le système d'information sanitaire sur les MNT

Renforcer les mécanismes de protection sociale (RAMU, mutuelles de santé)

C17 : Le diabète : représentations et pratiques sociales autour d'une maladie chronique à Parakou (Bénin).

Auteur : Prof Roch Hounghin

Désignation du poste : Enseignant- chercheur

Adresse e-mail de l'auteur : roch_houngnihin2001@yahoo.fr

Téléphone : +229 95 06 13 35

Organisation ou institution : **Laboratoire d'anthropologie médicale appliquée (Université d'Abomey-Calavi)**

Autres auteurs collaborateurs : **Charlotte Amoussou (assistant de recherche)**

Introduction :

Les Maladies non transmissibles (MNT) sont les principales causes de décès et d'invalidité dans le monde. À l'instar des autres pays en développement, le Bénin est confronté à l'émergence de ces maladies au rang desquelles figure le diabète, notamment celui de type 2 (ou diabète sucré). La présente recherche vise à analyser les représentations sociales et le vécu de cette maladie à Parakou

Méthodologie :

La méthodologie s'appuie sur une approche qualitative ayant permis d'interviewer 66 personnes de différents profils : malades, soignants et entourage du malade. La revue documentaire, l'entretien et l'observation sont les techniques ayant permis la collecte de données au cours du premier semestre 2016.

Principaux résultats :

Les résultats révèlent qu'au niveau des groupes socioculturels dendi, fon et baatonu (entités majoritaires à Parakou), le diabète, maladie universelle, a une connotation impliquant divers systèmes de croyances et de représentations. Plusieurs registres émergent, faisant du diabète une « maladie étrangère », une « maladie de l'alimentation », une « maladie de l'aisance », ... Aussi, les acteurs sociaux ont-ils une connaissance relativement précise des manifestations de la maladie, qui font entrevoir deux formes de diabète : le "diabète mâle", désigné selon le registre biomédical par le vocable de "diabète maigre", et le "diabète femelle" identifié en thérapie moderne comme le "diabète gras". Ces perceptions modulent les pratiques individuelles et définissent l'étiologie liée à la maladie. L'alimentation (prééminence de la consommation de l'igname) est un facteur explicatif majeur. Dans ce registre, deux espaces composent l'univers de recours aux soins de santé : le secteur biomédical et le secteur traditionnel.

Conclusion :

Le diabète qui soulève maintes questions d'ordre sociologique, est peu documenté par une recherche qualitative. Les nombreuses études en sciences humaines et sociales ont mis en lumière des déterminants sociaux, culturels, économiques et comportementaux associés à la prévalence de nombreuses maladies, et très peu de travaux sont consacrés au diabète dans le contexte africain.

Principales recommandations :

Pour une prise en charge adéquate du diabète au Bénin, il est nécessaire de développer des interventions intégrant un ensemble de facteurs (organiques, psychiques, sociaux, économiques et environnementaux) dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté.

POSTERS

P 1 : Évaluation des connaissances et de l'attitude du pharmacien d'officine sur la politique nationale de lutte contre le paludisme dans le sud du Bénin

Auteur : **Dr Ekanmian Giraud**

Désignation du poste : **Collaborateur CIP-BENIN**

Adresse e-mail de l'auteur : **ekanmiangiraud@gmail.com**

Téléphone : **67 66 08 72**

Organisation ou institution : **Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou/ Unité de Formation et de Recherche en Pharmacie/ Centre d'Information Pharmacothérapeutique du Bénin (CIP-BENIN)**

Autres auteurs : **M. Ass Habib Ganfon, MC Alabi Aurel**

Introduction :

Le développement de la résistance aux principaux antipaludéens (sulfadoxine-pyriméthamine et chloroquine) a incité le pays à adopter une nouvelle ligne de politique recommandant l'utilisation de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) pour traiter les cas simples de paludisme. Les nouvelles recommandations insistent sur la nécessité d'une confirmation biologique avant l'initiation de toute thérapie antipaludique. Le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) a développé des lignes directives et des algorithmes de soins, afin d'aider les professionnels de santé à suivre ces recommandations. Cependant les activités de promotions et de mise en place n'ont été circonscrites qu'au secteur public, occultant les prestataires de soins du secteur privé dont les pharmaciens d'officine. En effet, les pharmacies privées font partie intégrante de l'offre de soins de santé, répondant à une demande d'une population urbaine de plus en plus croissante ; cependant leur implication dans les actions et les campagnes organisées par le PNLN est presque nulle. Dans un pays où l'automédication est importante, cette absence de collaboration peut handicaper l'atteinte des objectifs d'élimination du paludisme. Le but de cette étude est d'évaluer les connaissances des pharmaciens d'officines à propos des lignes directives nationales de prise en charge du paludisme.

Méthodologie :

Un questionnaire a été administré aux membres du personnel qui sont chargés de la délivrance des médicaments et des conseils dans les pharmacies de Cotonou et de Porto-Novo et d'Abomey-Calavi. L'entrée des données a été effectuée à l'aide du logiciel Epidata 3.1 et l'analyse des données a été effectuée à l'aide de la version 21.1 du logiciel SPSS. Le test t de Student, le test exact de Fisher et le chi carré ont été utilisés selon le cas pour comparer les moyennes et les proportions. Un seuil de signification de 0,05 a été défini pour la valeur p.

Principaux résultats :

La majorité des dispensateurs (53%) ne connaissaient pas les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) recommandées par le PNLN pour traiter le paludisme simple. 58,7% des dispensateurs n'étaient pas en mesure de reconnaître les signes

de gravité du paludisme. 95% des dispensateurs délivrent un antipaludique sur demande du patient, sans s'assurer d'aucune confirmation biologique (test de diagnostic rapide du paludisme) préalable comme demandé par la politique du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLM).

Conclusion :

Les pratiques de dispensations dans les pharmacies de Cotonou et de Porto-Novo et Calavi n'étaient pas en adéquation avec les directives du PNLP pour la prise en charge du paludisme. Vu la faiblesse de la formation des prestataires de médicaments sur les éléments clés des lignes directrices pour la prise en charge du paludisme. Le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) devrait travailler plus intensément pour normaliser les pratiques, l'information et la formation des prestataires de soins tant au niveau du secteur public que privé.

Principales recommandations :

A l'endroit du Ministère de la Santé :

Impliquer d'avantage les prestataires du secteur privé dans les politiques sanitaires nationales

A l'endroit du PNLP

- Renforcer les connaissances des pharmaciens d'officines sur les lignes directrices de prise en charge du paludisme au Bénin
- Définir un mécanisme d'accès afin que les tests de diagnostic rapide du paludisme puissent être disponibles au sein des pharmacies d'officine.

A l'endroit des pharmaciens d'officines :

- Renforcer les connaissances du personnel de santé, notamment ceux habilités à prodiguer des conseils au comptoir.
- Respecter dans la mesure du possible les lignes directrices nationales de prise en charge du paludisme

P 2 : Construction sociale des pratiques sexuelles des jeunes en milieu universitaire à Abomey-Calavi

Auteur : Prof. Roch Houngnihin

Désignation du poste : Enseignant, chercheur

Adresse e-mail de l'auteur : roch_houngnihin2001@yahoo.fr

Téléphone : +229 95 06 13 35

Organisation ou institution : Laboratoire d'anthropologie médicale appliquée (Université d'Abomey-Calavi)

Autres auteurs collaborateurs : Reine Hounto Ada (assistant de recherche)

Introduction :

Longtemps traitée comme sujet tabou, la sexualité a pris aujourd'hui une place importante dans la vie de l'homme, surtout des jeunes. Elle fait actuellement l'objet d'un regain d'intérêt dans la plupart des pays africains dont le Bénin. En milieu universitaire où l'on rencontre surtout les jeunes, la sexualité s'inscrit dans une pluralité de logiques et de déterminants que la présente recherche voudrait examiner dans le contexte de l'Université

d'Abomey-Calavi. De façon spécifique, il s'agit d'interroger les facteurs socioculturels, économiques et institutionnels qui interfèrent dans la sexualité des jeunes.

Méthodologie :

Dans ce cadre, une démarche méthodologique de type qualitatif a été adoptée. Cette démarche a permis de mobiliser les techniques de recherche ethnographique telles que l'entretien semi-directif approfondi et l'observation. Dans ce registre, une cinquante de personnes appartenant à trois catégories socioprofessionnelles ont été interviewées : les étudiants, les parents et les enseignants. La collecte des données a eu lieu sur le campus universitaire d'Abomey-Calavi, au cours de la période de juillet à décembre 2015.

Principaux résultats :

Les résultats obtenus ont révélé que les étudiants vont à l'acte sexuel pour plusieurs raisons, allant de la recherche du bien-être psychologique, à la quête économique, en passant par la « concurrence de partenaires sexuels ». L'influence des pairs et l'embarras des parents à communiquer restent des déterminants majeurs des pratiques sexuelles des jeunes, engendrant des risques de maladies dont ils ont une connaissance parcellaire. Enfin, dans un contexte de famille en crise et en l'absence d'une politique étatique favorable à la sexualité responsable, les jeunes sont inaptes à maîtriser leur sexualité.

Conclusion :

Une communication positive entre enfants et parents au sujet de la sexualité conduit à des comportements sexuels sereins (relations amoureuses épanouies et valorisantes ; capacité à discuter avec le partenaire d'éventuelles difficultés et d'affirmer ses choix ; utilisation des contraceptifs sans difficultés ; réseau de personnes ressources à solliciter si nécessaire, etc.).

Principales recommandations :

Renforcer la communication entre parents et enfants

P 3 : Homologation des médicaments à usage humain en République du Bénin : Etat des lieux et perspectives.

Auteur : M. Ahouandjinou Corneille

Désignation du poste : Etudiant en thèses d'exercice de Pharmacie

Adresse e-mail de l'auteur : ahouandjinouco@yahoo.fr

Téléphone : 67-80-59-40

Institution : Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou/ UFR Pharmacie/ Centre d'Information Pharmacothérapeutique du Bénin (CIP-Bénin)

Direction de la Pharmacie du Médicament et des Explorations Diagnostiques (DPMED)

Autres auteurs collaborateurs : M. Ass. Habib Ganfon, Prof. Loko Frédéric

Introduction

Les médicaments sont des produits qui se distinguent des autres biens de consommation par l'exigence avant commercialisation d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Cette AMM est l'aboutissement d'une procédure de contrôle technico-administrative appelée Homologation effectuée au Bénin par la DPMED. Essentiellement 3 textes réglementaires ont été pris pour l'homologation et ont ainsi permis de définir trois

grandes périodes caractéristiques : avant 1998, 1998-2012 puis 2012-2015. Ces différentes évolutions de la réglementation sur l'homologation l'ont été pour s'adapter au phénomène sens cesse croissant qu'est la contrefaçon des médicaments et ses conséquences. En effet les médicaments contrefaits et de mauvaises qualités arrivent de plus en plus sur nos marché au point où L'OMS estime que près de 100 000 décès par an sont liés au commerce de ces médicaments contrefaits. L'objectif de notre travail est de faire un état des lieux de l'homologation des médicaments au Bénin au regard des différentes évolutions apparues en termes de réglementation dans le but d'aider l'autorité en charge de l'homologation à disposer de données quantitatives et qualitatives lui permettant d'améliorer la sélection des médicaments à homologuer au Bénin.

Methodologie

Nous avons procédé à une étude rétrospective à visée descriptive et exhaustive de tous les médicaments homologués par la DPMED entre 1985 à 2015. Cette étude s'est déroulée du 3 Aout 2015 au 04 Juin 2016 au niveau de la DPMED. Les données ont été recueillies au sein de la base de données des médicaments homologués de la DPMED. Les différentes classes pharmaco-thérapeutique des médicaments ont été déterminées à l'aide de la classification ATC de l'OMS. Les données ainsi recueillies ont ensuite été analysées avec les logiciels SPSS windows 17.0 et Excel 2010.

Resultats

Sur la période 1985 à 2015, ce sont 6239 médicaments qui ont obtenu leur AMM. En ce qui concerne la provenance de ces médicaments, 58,8% d'entre-eux proviennent de l'Europe avec comme principal pays source la France à partir de laquelle environ 42,2% du total des médicaments est importé. Cette position dominante de l'Europe comme principal pourvoyeur de médicaments tend dans ses dernières années à être contestée par l'Asie qui a quasiment décuplé entre 1985 et 2015, le nombre de médicaments homologués, passant de 4,4% à 43,8%. Le continent Africain ne représente la source de provenance que pour 12% des médicaments autorisés, avec le Bénin comme principal pays africain pourvoyeurs mais dont la part ne représente que 4,5% du total autorisé.

Les 6239 médicaments homologués se répartissent en 80 classes thérapeutiques en se référant au système de classification ATC de l'OMS. La classe des « Antibiotiques à usage systémique » constitue la première classe thérapeutique pourvoyeuse de médicaments avec 1166 molécules autorisées soit 18,7% du total. Ensuite viennent la classe des « Anti-protozoaires » avec 7,95% des molécules autorisées. Cette observation est confortée par l'analyse de la distribution des médicaments sous nom DCI les plus homologuées au Bénin. Sur les 10 premières molécules les plus homologuées, 5 sont des Antibiotiques et 3 des anti-protozoaires. L'Amoxicilline est l'Antibiotique le plus homologué avec 130 présentations différentes et l'Artémether-Luméfantrine le plus homologué des anti-protozoaires avec 121 présentations différentes. D'une manière générale seulement 10% des DCI représentent plus de 58,96% de la totalité des médicaments homologués.

Conclusion

Il ressort de notre étude que le processus d'homologation au Bénin a permis l'entrée de nombreuses molécules sur le marché en provenance d'autres pays, confirmant ainsi l'idée d'une dépendance pharmaceutique extérieure pour nos besoins de santé. Ce processus d'homologation bien qu'adapté aux principaux problèmes de santé publique au regard des principales classes thérapeutiques des médicaments homologués, manque cependant de diversité quant à la nature des molécules homologuées.

Recommandations

L'ensemble des conclusions auxquelles nous sommes parvenus nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

- Aux Autorités administratives et sanitaires
 - Renforcer la DPMED en moyens financiers pour l'amélioration des prestations en matière d'Homologation des médicaments et en archivage des médicaments homologués.
 - Renforcer les capacités de productions des industries pharmaceutiques locales
- DPMED
 - Elaborer régulièrement et vulgariser auprès des acteurs de santé le formulaire national des médicaments homologués au Bénin.
 - Rationnaliser l'homologation en utilisant le critère de plus-value thérapeutique surtout pour le cas des médicaments génériques.

P 4 : Fréquence des infections du site opératoire à Porto-Novo et facteurs associés.

Auteur : Dossou Francis Moïse

Désignation du poste : Chef service chirurgie au CHDO

Adresse e-mail de l'auteur : dosfm@yahoo.fr

Téléphone : 95062285

Institution : Centre Hospitalier Universitaire Départemental de l'Ouémé-Plateau, Bénin

Autres auteurs collaborateurs : Lawani Ismail, Djivo Fernande

FREQUENCE DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE A PORTO-NOVO ET FACTEURS ASSOCIES

Auteurs: BOSSOU Franck Moïse, LAWANI Ismail, DJIVOH Ferrande
Service de chirurgie du CHUD-OP (Porto-Novo, Bénin)

Introduction

L'infection du site opératoire (ISO) véritable perturbation de l'équilibre hôte-bactérie en faveur de la bactérie, constitue un problème depuis que l'acte opératoire est une modalité thérapeutique. L'ISO reste une cause majeure de mortalité chez les patients opérés avec pour conséquence un allongement de la durée d'hospitalisation et une augmentation du coût de la prise en charge. Différents facteurs de risque liés à l'acte chirurgical, à l'environnement dans lequel il est pratiqué à l'hôpital et à la qualité de ses mécanismes de défense vont intervenir à des degrés divers pour faciliter la survenue de l'infection, soit en abaissant le seuil du nombre de micro-organismes induisant l'infection, soit en perturbant les mécanismes de défense de l'opéré. Plusieurs études menées en Afrique subsaharienne et au Bénin permettent de noter que le taux d'ISO varie de 5,1% à 8,8%.

Quelle est dans la ville de Porto-Novo, la fréquence de l'infection du site opératoire et quels sont les facteurs qui l'influencent ?

Tableau 1 : Répartition des patients en fonction de sexe

	ISO	Sans ISO	Total
Féminin	11	49	60
Masculin	13	91	104
Total	24	140	164

Conclusion

Une fréquence de 17,15% d'ISO a été retrouvée dans notre étude. Elle se situe dans la fourchette de fréquences relevées en Afrique subsaharienne et au Bénin. Une action adéquate peut être menée sur les facteurs influençant la survenue d'ISO en vue d'en réduire la fréquence.

Principales recommandations à l'endroit des principaux acteurs :

- La population: Consulter dès le moindre symptôme de toute maladie aigüe que la prise en charge soit pécoree pour éviter la dégradation de l'état général qui constitue un risque d'ISO.
- Les chirurgiens et anesthésistes: veiller aux règles d'asepsie, créer un programme de surveillance des ISO avec rétro-information périodique aux médecins, adjoindre en collaboration avec les infectiologues, les microbiologistes et les pharmaciens, un consensus en ce qui concerne l'antibioprophylaxie chirurgicale.
- Le personnel infirmier: assurer une asepsie rigoureuse lors des soins aux patients notamment lors des pansements; notifier toute infection de site opératoire.
- Les autorités politico-administratives: rendre effectif et fonctionnel un système d'assurance maladie universelle afin de soulager les charges financières des patients.

Méthodologie:

Notre étude s'est déroulée dans les formations sanitaires légèrement reculées de la ville de Porto-Novo, ayant une activité chirurgicale et dont la direction a autorisé la participation à l'étude. Il s'agit d'une étude prospective à visée descriptive et analytique menée sur une période de quatre mois, allant du 11/04/2016 au 10/03/2016 et incluant tous les patients opérés dans les formations sanitaires retenues pour une affection auto-gynéco-obstétricale. Les patients n'ayant pas donné leur accord à la participation de l'étude ainsi que les patients décédés avant la prise en charge chirurgicale n'ont pas été inclus.

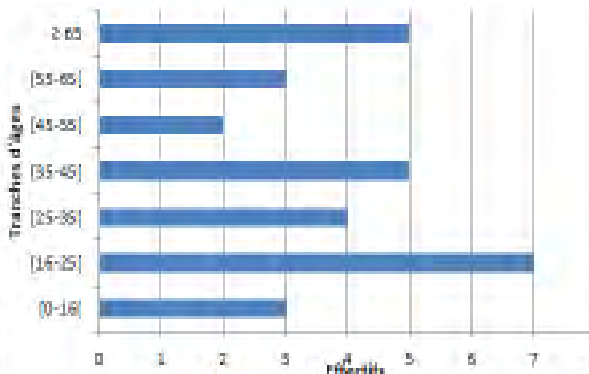


Fig 1: Répartition des patients atteints d'ISO selon l'âge

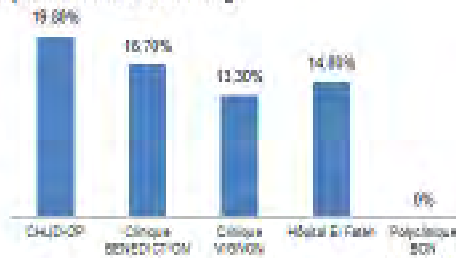


Fig 2: Répartition des patients atteints d'ISO selon la formation sanitaire

Principaux résultats:

Cinq (95) formations sanitaires répondent à nos critères : le centre hospitalier universitaire départemental de l'Ouémé et du Plateau, l'hôpital El Fakh, la polyclinique Bon Samaritan, la clinique Vigore et la clinique les Bénédictons. Des 164 patients opérés dans les formations sanitaires durant la période d'étude, 24 ont présenté une infection du site opératoire, soit une fréquence globale de 17,15%. La fréquence d'ISO la plus élevée a été retrouvée au CHUD-OP (Fig 1). Ce taux était de 10,05% pour les interventions réalisées en chirurgie digestive, de 6,5% pour celles réalisées en traumatologie, 0,9% pour celles réalisées en urologie, et de 0,8% pour celles réalisées en neurochirurgie.

Avec une proportion de 51,5 (Fig 1), les patients âgés de plus de 65 ans étaient plus souvent sujets à une ISO que ceux âgés de moins de 65 ans (24/156). La différence était significative (p<0,05). De même, les patients ayant un terrain favorisant une cause de l'immunité avaient plus souvent développé une ISO (77,8%) que les patients qui n'avaient aucun antécédent pathologique (13,75%). La différence est significative (p<0,01). En revanche, malgré un sex-ratio de 1,63 (18 hommes / 11 femmes), le sexe n'avait pas d'influence sur la survenue de l'ISO. Les infections initiales pourvoyeuses d'ISO étaient principalement la péritonite aigüe généralisée (3/23), la fracture de membre (1/23) et l'appendicite (6/23). Selon la classification d'Atterden, la chirurgie soignée est la classe la plus pourvoyeuse d'ISO.