

Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche Scientifique

\*\*\*\*\*

Université des Sciences, des Techniques et  
Technologie de Bamako (USTTB)



République du Mali

U.S.T.T.B. U.S.T.T.B. U.S.T.T.B.



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE (FMOS)**

**Année académique : 2014-2015**

**N°.....**

**PERCEPTIONS ET PRATIQUES DE PREVENTION RELIEES A LA  
MALADIE A VIRUS EBOLA AU CHU GABRIEL TOURE**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 10/07/2015  
Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako  
PAR

**AlmamyIsmaïla KOITA**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLÔME D'ETAT)

**Jury**

**PRESIDENT : Pr Boubacar MAÏGA**

**MEMBRE : Dr NiéléHawa DIARRA**

**CO-DIRECTRICE : Dr FatoumaLalla TRAORE**

**DIRECTEUR DE THESE : Pr. Samba DIOP**

**DEDICACE**  
**&**  
**REMERCIEMENTS**

*Je rends grâce à ALLAH le tout puissant,  
l'omnipotent et l'omniprésent, créateur du ciel et de la  
terre, créateur de l'univers et de toutes ses composantes,  
pour m'avoir permis de réaliser ce travail.*

*Dédicace,*

*A ma mère, Mme KOITA Kadiatou SANTARA,*

*Pour avoir été toujours à mes côtés depuis mes premiers  
pas.*

*Que le bon dieu t'accorde une longue vie, santé et  
bonheur.*

*Avec toute ma reconnaissance et toute mon affection.*

## **REMERCIEMENTS**

### **A mon père, Al Hady KOITA**

*Très soucieux de l'avenir de tes enfants, tu nous as toujours incités à travailler pour être les meilleurs dans tout ce que nous faisons. Tu as fourni d'énormes efforts pour notre réussite. Ta modestie, ton attachement au travail bien fait, et ton sens du respect ont été mes principales sources d'inspiration. Tu nous as appris à mériter ce que nous gagnons et à gagner ce que nous méritons.*

*Merci pour tout Papa, que Dieu nous donne la chance de te manifester notre reconnaissance aussi longtemps que possible. Amen !*

### **A mon père, Feu Boubacar KOITA**

*L'avenir de notre famille a été ton rêve de tous les temps. Ton affection pour moi était un facteur de motivation. Mon plus grand bonheur était de devenir le médecin que tu attendais. Mais je n'ai pas été à temps pour de te donner le plaisir de voir ton fils décrocher son doctorat en médecine. Puisse l'Éternel te recevoir dans son paradis, Amen!!!*

### **A mes oncles et tantes**

*Merci pour vos encouragements, vos soutiens et vos bénédictions. Trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux et de ma profonde gratitude.*

### **A tous mes frères, sœurs, cousins et cousines**

*Votre sens de la famille a été pour moi un grand soutien. Sachez que nous partageons les peines et les joies et que rien ne pourra nous séparer. Ensemble, œuvrons dans l'esprit de fraternité et de solidarité afin de pérenniser l'unité de la famille. Puisse ce travail témoigner toute ma reconnaissance.*

**A tous mes maîtres des écoles primaire, secondaire, et de la FMOS**

*Merci pour toutes les connaissances que vous m'avez données.*

*Ce travail est le fruit de votre enseignement.*

**A Dr. MAÏGA et famille, ainsi qu'à tous le personnel du dispensaire TRANSRAIL.**

**A tout le personnel de la FMOS/FAPH.**

**A Tonton DIAWARA et ses collègues de la bibliothèque de la FMOS/FAPH.**

**A Ibrahim Boua SACKO et Mr. DOUMBIA de la cellule informatique de la FMOS/FAPH.**

**A la grande famille RASERE.**

**A tous mes camarades de lutte du comité AEEM.**

**A tous mes collaborateurs dans les différentes associations.**

**A mes amis et toutes les personnes qui me sont chères sans distinction aucune : Merci pour tout**

**A mon cousin, ami, frère et promotionnaire Alfousseyni SOUMARE.**

**A Nassim HAIDARA, pour l'amour sans condition et la confiance totale.**

**HOMMAGES  
AUX  
MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Président du jury**

**Professeur Boubacar MAÏGA ; MD, Ph D**

- Maître de conférences d'immunologie
- Médecin chercheur au centre de recherche et de formation du Paludisme(MRTC), faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- Modérateur de PROMED –Francophone pour les maladies infectieuses

**Cher Maître,**

C'est un privilège et un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons été profondément touchés par votre abord facile, votre générosité et votre souci du travail bien fait. Vos conseils et remarques ont été d'une grande utilité à l'amélioration de ce travail. Qu'il nous soit permis, cher Maître, de vous exprimer notre profonde gratitude. Qu'Allah Le Tout Puissant vous accorde une santé de fer inoxydable et la longévité.

**A notre Maître et Membre du jury**

**Docteur NieléHawa DIARRA**

- Médecin chercheur au DER en Santé Publique à la FMOS / FAPH
- Coordinatrice du projet FOGARTY (prévention du paludisme chez la femme enceinte)
- Chargé de suivi d'étude sur la résilience, enfance et santé publique

**Cher Maître,**

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations, nous honore et témoigne de toute l'attention que vous nous portez. Votre humanisme, votre intégrité, votre rigueur dans le travail bien fait et votre contact facile sont autant de qualités irréfutables qui font de vous un maître respecté et admiré.

Cher maître, soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et Co-directrice de thèse**

**Dr. Lala Fatouma TRAORE**

- Chargée de l'organisation et de gestion financière des hôpitaux à l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux
- Postulante Phd en Santé Publique

**Cher Maître,**

Votre apport au cours de l'élaboration de cette thèse a été d'une qualité estimable, ce travail est donc le vôtre. Vos qualités humaines ainsi que votre sens élevé de la responsabilité et votre rigueur dans le travail font de vous un bon encadreur. Trouvez ici toute notre admiration et notre profond respect. Qu'Allah nous accorde succès.

## **A notre Maître et Directeur de thèse**

### **Pr. Samba DIOP**

- Maître de conférences en Anthropologie Médicale
- Maître de conférences en Santé Publique
- Enseignant chercheur en écologie humaine, en anthropologie, en éthique publique et sociale à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- Responsable de la section science humaine, sociale et éthique au CEREF0 Centre VIH-TB à la FMOS et NAID
- Membre du comité d'éthique institutionnel et national du Mali

### **Cher Maître,**

Nous tenons à vous exprimer toute notre reconnaissance pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples préoccupations. Formateur émérite, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et votre désir permanent de perfectionnement dans tout travail scientifique font de vous un Maître exemplaire et reconnu de tous.

Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez assuré que nous nous servirons toute notre vie des méthodes de travail que vous nous avez enseignées. Qu'Allah vous accorde une longue vie et une santé de fer !

**Liste des abréviations :**

ADN : Acide Désoxyribonucléique.

APHM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

APPS : Partenariats Africains pour la Sécurité des Patients.

ARN : Acide Ribonucléique.

CDC : Centers for Disease Control and Prevention.

CES : Certificat d'Etude Spécialisée.

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire.

CHU-GT : Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré.

CPPA : Center for Public Policy Alternatives.

CVD : Centre pour le Développement des Vaccins.

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée.

DNDS : Direction Nationale du Développement Social.

EDM –SA : Energie du Mali Société Anonyme

ELISA : Enzyme-linked Immunosorbent Assay

EPA : Etablissement Public à caractère Administratif.

EPH : Etablissement Public à caractère Hospitalier.

EPI : Equipement de Protection Individuel

FHSR : Fièvre Hémorragique à Syndrome Rénal

FHVE : Fièvre Hémorragique à Virus Ebola.

GFAOP : Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique

HIV : Human Immunodeficiency Virus.

IEC : Information Education Communication.

IgM : Immunoglobuline M.

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale.

MRTC : Malaria Research and Training Center.

MVE : Maladie à Virus Ebola.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

PAM : Programme Alimentaire Mondial.

PEC : Prise En Charge.

PGM : Plante Génétiquement Modifiée.

RAS : Rien à Signaler.

RDC : République Démocratique du Congo.

RSI : Règlement Sanitaire International.

RT-PCR : Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction

SAMU : Service d'Accueil Médical des Urgences.

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'Enfance

UTM : Union Technique de la Mutualité.

**Liste des tableaux :**

**Tableau I :** Répartition selon l'âge.

**Tableau II :** Répartition selon l'âge par rapport au sexe.

**Tableau III :** Répartition selon le mode de transmission

**Tableau IV :** Répartition selon la connaissance du délai d'apparition des signes après exposition au virus.

**Tableau V :** Répartition selon la connaissance du moment de contagiosité après infection par le virus.

**Tableau VI :** Répartition de la connaissance du moment de contagiosité après infection par le virus selon le grade.

**Tableau VII :** Répartition selon la connaissance des objets et produits à risque de transmission.

**Tableau VIII :** Répartition selon la connaissance du diagnostic positif de la maladie à virus Ebola.

**Tableau IX :** Répartition selon la connaissance du diagnostic positif par rapport au grade.

**Tableau X :** Répartition selon la connaissance sur l'existence d'un vaccin contre la maladie à virus Ebola

**Tableau XI :** Répartition selon la connaissance sur la possibilité de guérison d'un cas de MVE

**Tableau XII :** Répartition selon la connaissance sur la contagiosité d'un malade guéri de la MVE

**Tableau XIII :** Contagiosité d'un malade guéri selon le grade

**Tableau XIV :** Répartition selon la connaissance sur la possibilité de refaire la maladie après la guérison.

**Tableau XV :** Répartition selon l'attitude des participants face à un cas suspect de MVE

**Tableau XVI :** Répartition selon la pratique de l'hygiène des mains.

**Tableau XVII :** Répartition selon les moments de l'hygiène des mains.

**Tableau XVIII :** Répartition selon la connaissance du bénéfice protecteur de l'hygiène des mains.

**Tableau XIX :** Répartition selon la disponibilité des équipements de protection.

**Tableau XX :** Répartition selon l'existence d'un contact avec un cas suspect

**Tableau XXI :** Répartition selon la réaction des participants s'ils devraient être isolés.

**Tableaux XXII :** La réaction des participants s'ils devraient être isolés selon le grade.

**Tableau XXIII :** Répartition selon la participation à la PEC d'un cas suspect ou confirmé de MVE.

**Tableau XXIV :** Répartition selon la formation des participants sur les moyens de prévention contre la MVE.

**Tableau XXV :** La formation des participants selon le grade

**Liste des figures :**

*Figure 1 : Répartition selon le sexe*

*Figure 2: Répartition selon le grade ou la fonction*

*Figure 3: Répartition selon la source d'information.*

*Figure 4: Répartition selon la connaissance du diagnostic différentiel de la maladie à virus Ebola.*

*Figure 5 : Répartition selon la connaissance des signes cliniques de la maladie à virus Ebola.*

*Figure 6 : Répartition selon la connaissance sur la durée de l'isolement.*

*Figure 7 : Répartition selon l'attitude des participants après exposition accidentelle au virus Ebola.*

*Figure 8 : Répartition selon la connaissance des différents types de lavage des mains.*

*Figure 9 : Répartition selon les suggestions des participants pour améliorer la prévention de la MVE.*

## **Table des matières**

I. Introduction :	18
1. Problématique :	18
2. Justificatif de l'étude :	19
3. Hypothèses de recherche :	21
4. Objectifs :	21
II. Démarche méthodologique :	22
1. Type d'étude:	22
2. Cadre de l'étude :	22
3. Population d'étude.....	25
4. Critères d'inclusion :	25
5. Critère de non inclusion :	25
6. Echantillonnage :	25
7. Période de l'étude .....	26
8. Technique et outils d'enquête :	26
9. Saisie et analyse des données .....	26
10. Budget de l'étude.....	26
11. Produit attendu .....	27
12. Considération éthique.....	27
IV. Résultats :	28
• Analyse quantitative :	28
A. Données sociodémographiques :	28
B. Connaissance de la MVE :	30

C. Attitudes face à la MVE :.....	40
D. Pratiques de prévention :.....	41
• Analyse qualitative :.....	49
V. Commentaires et discussion :.....	56
• Analyse quantitative :.....	56
A. Données sociodémographiques :.....	56
B. Connaissances de la MVE : .....	57
C. Attitude face à la MVE : .....	59
D. Pratique de prévention : .....	59
Conclusion : .....	60
Recommandations : .....	61
Références bibliographiques : .....	62
Annexes :.....	65

## **I. Introduction :**

### **1. Problématique :**

La Maladie à Virus Ebola est l'une des maladies infectieuses épidémiques les plus meurtrières. C'est une zoonose qui cause la fièvre hémorragique sévère, avec des taux de létalité élevés allant jusqu'à 90% chez l'homme. Elle a été observée pour la première fois en 1976 au Soudan et au Zaïre(1).

C'est en décembre 2013 que la MVE a fait son apparition pour la première fois en Afrique de l'Ouest(2). C'est l'épisode la plus étendue de l'épidémie. Cependant, le manque d'infrastructures de santé publique, les retards dans la détection du virus et la mise en œuvre tardive des interventions de lutte ont contribué à la transmission généralisée de la MVE dans une région inexpérimentée face à la maladie (3).

La maladie à virus Ebola (MVE) est passée en quelques mois du statut de maladie tropicale négligée à celui "d'urgence sanitaire" de portée mondiale au titre du Règlement sanitaire international (RSI). L'ampleur de cette épidémie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, sa propagation ainsi que le nombre important de décès rapportés chez les soignants de première ligne, sont sans précédent.(4).

A ce jour, il n'existe pas encore de traitement spécifique de l'infection à virus Ebola, même si la guérison est possible(5).

A la date du 1er Mars 2015 l'OMS recensait 23 969 cas dont 9 807 morts, soit un taux de létalité de 40,9 %. Le total des infections des travailleurs de la santé dans les trois pays les plus touchés (Guinée, Sierra Leone et Libéria) était de 839 avec 491 décès(6), soit un taux de 58,52%.

Le Mali a découvert la maladie pour la première fois le 24 octobre 2014 à travers une fillette de deux ans décédée après être revenue de Guinée avec sa

grand-mère. Le Mali devenait donc le sixième pays d'Afrique de l'Ouest à être touché par l'épidémie actuelle(7).

Le passage de l'épidémie au Mali a occasionné sept (7) cas confirmés de la maladie à virus Ebola, cinq (5) ont entraîné des décès et deux (2) ont été guéris(8).

La fin de l'épidémie de la maladie à virus Ebola au Mali a été annoncée le 18 janvier 2015, quarante-deux jours après la négativation des tests de contrôle au laboratoire du dernier cas survenu le 6 décembre 2014 (9).

Pourtant, le Mali n'est pas à l'abri d'une autre intrusion du virus, car le virus persiste à nos frontières notamment en Guinée. La vigilance et le respect constant des mesures de prévention sont les armes efficaces contre l'infection à virus Ebola(10).

Il nous semble donc nécessaire d'évaluer la mise en place des mesures spécifiques édictées par l'OMS, qui doivent être connues et anticipées(11).

## **2. Justificatif de l'étude :**

Le virus EBOLA de par sa virulence, sa létalité élevée et ses symptômes spectaculaires, est devenu l'une des pires incarnations de la peur moderne du danger biologique.

Le risque de transmission des fièvres hémorragiques virales parmi les membres du personnel de santé a été amplement démontré au cours de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en 1995 à KIKWIT, République Démocratique du Congo (à l'époque ZAÏRE). Les personnes atteintes comptaient pour un quart des membres du personnel de santé qui avait récemment soigné des malades(12).

L'actuelle flambée de la maladie à virus Ebola a eu un effet dévastateur sur les pays affectés, mettant à nu les fragilités de leurs services et de leurs systèmes. Son impact n'est plus seulement sanitaire, mais se fait sentir dans toutes les sphères de la vie sociale, empêchant la fourniture de services essentiels comme l'éducation, affectant la durabilité économique des individus et des pays, et mettant en péril la cohésion sociale.

Les stratégies de ripostes, appliquées rapidement avec courage et détermination, peuvent abaisser les taux d'infection au virus Ebola et atténuer les souffrances des personnes touchées par l'épidémie. Mais si l'action de lutte ne s'intensifie pas de manière radicale, les ravages déjà observés sembleront dérisoires par rapport à ce qui nous attend.

Malgré les progrès notoires réalisés en matière de prévention et de soins dans certains pays comme le nôtre, l'épidémie persiste toujours dans certains pays de la sous-région, ce qui constitue une menace réelle pour notre pays. Cependant, la lutte contre la maladie doit continuer pour éviter une nouvelle intrusion au Mali.

Les établissements de soins sont des sites à risque majeur de propagation de cette maladie. Il y a donc une nécessité d'évaluer les pratiques de prévention en milieu de soins.

C'est dans le souci d'améliorer la prévention de cette maladie qui passe certainement par une connaissance approfondie par le personnel médical et par la communauté que nous voudrions mener cette étude sur les perceptions du personnel soignant et les pratiques de prévention reliées à la maladie à virus EBOLA.

### **3. Hypothèses de recherche :**

- Après la fin de l'épidémie de la maladie à virus Ebola au Mali, les mesures spécifiques reliées à la prévention contre le MVE sont bien respectées par le personnel de soins.
- Depuis la fin de l'épidémie de la maladie à virus Ebola au Mali, les mesures spécifiques reliées à la MVE ne sont pas bien respectée par le personnel soignant.

### **4. Objectifs :**

**4.1. Objectif général :** Evaluer les perceptions du personnel soignant et les pratiques de la prévention, reliées à la maladie à virus Ebola au sein du CHU-GT.

#### **4.2. Objectifs spécifiques :**

- Décrire le profil sociodémographique du personnel soignant au CHU-GT.
- Décrire le niveau de connaissance du personnel soignant sur la maladie à virus Ebola au CHU-GT.
- Déterminer les attitudes du personnel soignant face à la maladie à virus Ebola au CHU-GT.
- Déterminer les mesures individuelles employées au CHU-GT par le personnel soignant.
- Identifier les équipements de prévention disponibles au CHU-GT

## **II. Démarche méthodologique :**

### **1. Type d'étude:**

Nous avons mené une enquête auprès du personnel soignant chez qui nous avons administré des questionnaires semi-directifs, des guides d'entretien individuel et des guides de focus de groupe. Il s'agit d'une étude transversale descriptive.

### **2. Cadre de l'étude :**

Ce travail s'est déroulé au Mali et plus précisément à Bamako au sein du CHU Gabriel Touré.

L'ancien dispensaire central de Bamako a été créé en 1951 et érigé en hôpital le 17 janvier 1959. Il sera baptisé « Hôpital Gabriel Touré » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire du Soudan français (actuel Mali) mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934. L'Hôpital Gabriel Touré a évolué en 1992, en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA), doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion.

L'Hôpital Gabriel Touré était l'un des quatre (04) établissements publics (Hôpitaux nationaux) à caractère administratif (EPA) institués par la loi n°92-024 AN-RM du 05 octobre 1992, avant de devenir (EPH) par la loi n°03-022 AN-RM du 14 juillet 2003.

L'hôpital a quatre (04) missions principales à savoir :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- Assurer la prise en charge des urgences et des cas référés ;
- Participer à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et des étudiants ;

- Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

Situé en commune III du District de Bamako et bâti sur une superficie de 3,1hectares, l'Hôpital Gabriel Touré comprend une administration, 7 départements regroupant 26 services médicotéchniques et des unités, depuis la décision n°0386/DGHGT du 30 novembre 2009, suite à la mise en œuvre du Projet d'établissement. Il s'agit de :

**- Département de médecine regroupant les services suivants :**

- Hépto-Gastro-entérologie ;
- Cardiologie ;
- Neurologie ;
- Diabétologie ;
- Dermatologie.

**- Département de chirurgie regroupant les services suivants:**

- Chirurgie générale ;
- Traumatologie et orthopédie ;
- Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- Urologie ;
- Neurochirurgie ;
- Chirurgie pédiatrique ;
- Médecine physique (Kinésithérapie).

**- Département d'anesthésie réanimation et médecine d'urgence** comprenant les services :

- Anesthésie ;
- Réanimation adulte ;
- Service d'Accueil des Urgences.

**- Département de gynécologie-Obstétrique** qui regroupe les services ci-après :

- Gynécologie ;
- Obstétrique.

**- Département d'imagerie médicale** comprenant les services :

- Scanner ;
- Mammographie et radiologie conventionnelle.

**- Département des services médicotecniques** qui comprend les services :

- Laboratoire d'analyses médicales ;
- Pharmacie.

**- Département de pédiatrie** composé de deux services :

- Pédiatrie générale ;
- Néonatalogie.

Les services tels que la maintenance et le service social sont placés en staff à la Direction.

L'Unité d'hygiène et d'assainissement et la Buanderie sont rattachées à la Surveillance générale, la morgue à la Direction médicale et la Cuisine à la Direction administrative.

Chaque département est dirigé par un Chef de département.

L'hôpital dispose actuellement de 447 lits et emploie 612 agents toutes catégories confondues, dont 135 contractuels sur ressources propres.

Les partenaires du CHU sont essentiellement :

- L'OMS à travers les Partenariats Africains pour la Sécurité des Patients <<APPS>>
- L'UNICEF pour la lutte contre le VIH/SIDA et la malnutrition
- Le Centre pour le Développement des Vaccins (CVD)
- L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM), partenariat à dynamiser

- L'ONG GIP-ESTHER pour la lutte contre le VIH/SIDA
- L'ONG Save The Children et le Projet KANGOUROU avec le GP/SP
- Le GFAOP dans le cadre de la lutte contre le cancer de l'Enfant
- Le PAM (Programme Alimentaire Mondial)
- La Fondation pour l'Enfance
- La Fondation Partage
- La Fondation THIAM
- Le MRTC (Malaria Research and Training Center)
- Le Gouvernorat du District de Bamako
- La Mairie du District de Bamako
- La Direction Nationale du Développement Social (DNDS)
- L'UTM (Union Technique de la Mutualité)
- L'INPS (Institut National de Prévoyance Sociale)
- EDM –SA (Energie du Mali Société Anonyme)
- Mutuelle des Forces Armées (Armée de l'air)
- le SAMU social
- Des donateurs anonymes et diverses autres associations religieuses et bénévoles.

3. **Population d'étude :** Le personnel soignant (permanant et stagiaire) du CHU Gabriel Touré.

4. **Critères d'inclusion :** tout personnel soignant du CHU Gabriel Touré, ayant accepté de participer à l'enquête.

5. **Critère de non inclusion :** le refus de participer à l'enquête ; l'absence au moment de l'enquête.

6. **Echantillonnage :**

Tout le personnel soignant dans la structure hospitalière choisie. Nous avons calculé la taille de notre échantillon d'étude à travers la formule de Daniel Schwartz :

$$n = z^2 \cdot p \cdot q / i^2$$

n = taille de l'échantillon

z = paramètre lié au risque d'erreur (z=1,96 pour un risque de 5%)

P = prévalence attendue du phénomène étudié au Mali ; elle est exprimée en fraction de 1 ; pour notre étude elle est de 0,046

On a calculé la prévalence en fonction du nombre de cas sur la population totale :

$p = n/N$  n = nombre de cas(8) et N = population totale (13).

$$p = 7 / 16174580 = 0,046$$

q = 1 - p ; prévalence attendue des personnes ne présentant pas le phénomène étudié au Mali, elle est exprimée en fraction de 1 ; q = 0,954

i = précision absolue souhaitée, elle est également exprimée en fraction de 1 et évaluée à 0,05.

Ainsi la taille minimale de l'échantillonnage est de

$$n = (1,96)^2 (0,046) (0,954) / (0,05)^2 = 67,43 \approx 68$$

Ce qui revient à un échantillon minimum de 68 participants volontaires.

**7. Période de l'étude :** du 1<sup>er</sup> avril au 31 mai 2015

**8. Technique et outils d'enquête :**

Les personnels soignants ont été soumis chacun à un questionnaire semi directif. Des focus groupe et des entretiens individuels approfondis ont été organisés.

**9. Saisie et analyse des données :** Epi data, SPSS.

**10. Budget de l'étude :** fond propre

**11. Produit attendu :** document de thèse

**12. Considération éthique :**

Le respect de la déontologie médicale fait partie intégrante de la présente étude qui s'est évertuée au respect des aspects suivants :

- Obtention d'une autorisation d'enquêter dans la structure hôte ;
- Consentement libre et éclairé des personnels enquêtés ;
- Respect de la personne humaine dans ses opinions, dans ses décisions avec une information éclairée et adoptée ;
- Garantir la confidentialité et l'anonymat, (seule l'équipe de recherche aura l'accès à la banque des données)

En informant tous les participants volontaires sur les objectifs et le but de notre étude, nous avons rassuré le respect des aspects déontologiques ci-dessus cités et la disponibilité des résultats de l'enquête, après l'évaluation du rapport bénéfices-risques.

#### IV. Résultats :

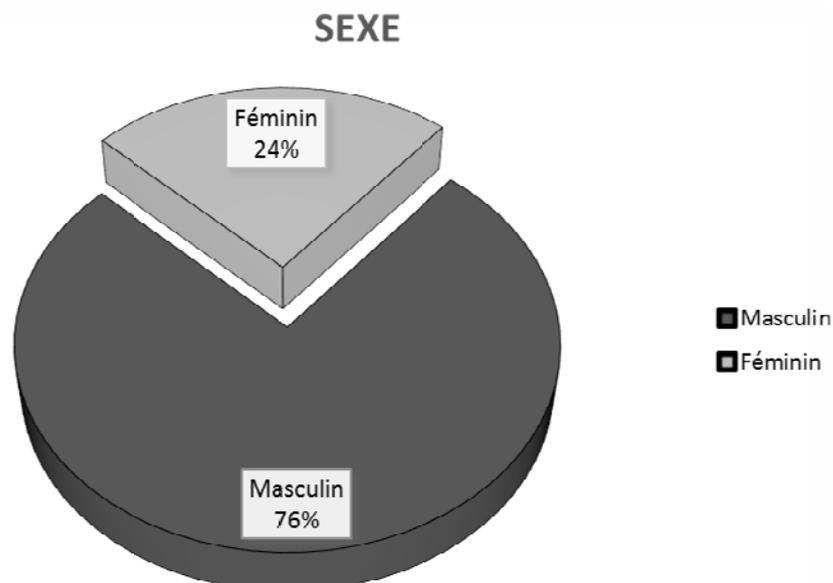
##### Analyse quantitative :

##### A. Données sociodémographiques :

Tableau I : Répartition selon l'âge.

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage (%)
Moins de 25ans	13	12,7
26 à 30ans	33	<b>32,4</b>
31 à 35ans	17	16,7
36 à 40ans	33	<b>32,4</b>
41ans et plus	6	5,9
<b>Total</b>	102	100

Les tranches d'âge 26 à 30 ans et 36 à 40 ans étaient les plus fournies et représentaient à égalité 32,4%. La moyenne d'âge était de 32 ans avec un écart type égal à 6ans. Les extrêmes étaient de 22 et 48 ans.



*Figure 1* : Répartition selon le sexe

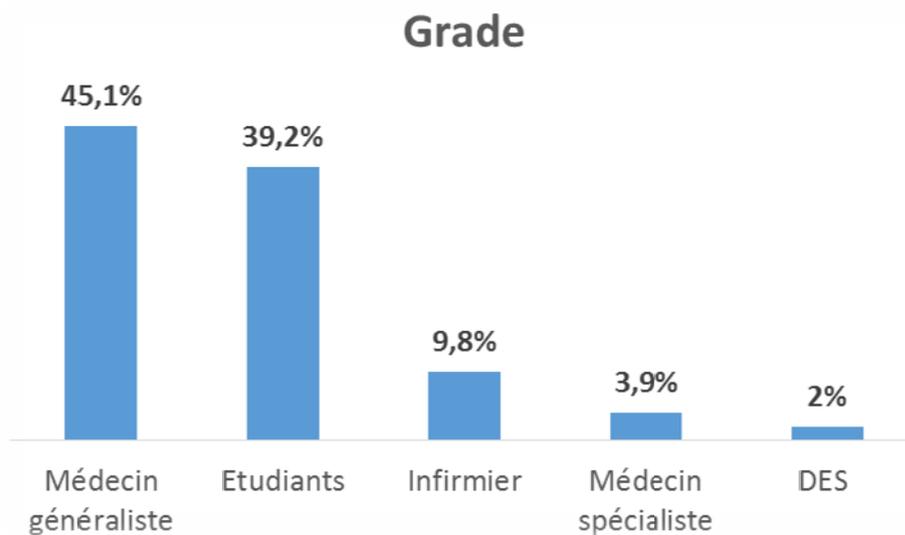
Le sexe masculin représentait 76%

**Tableau II :** Répartition de l'âge selon le sexe.

Sexe	Tranches d'âge				
	< 25ans	26 à 30ans	31 à 35ans	36 à 40ans	41ans et +
<b>Masculin</b>	10 (76,9%)	23 (69,7%)	14 (82,4%)	25 (75,8%)	6 (100%)
<b>Féminin</b>	3 (23,1%)	10 (30,3%)	3 (17,6%)	8 (24,2%)	0 (0%)
<b>Total</b>	13 (100%)	33 (100%)	17 (100%)	33 (100%)	6 (100%)

KHI II = 3,025      P = 0,554

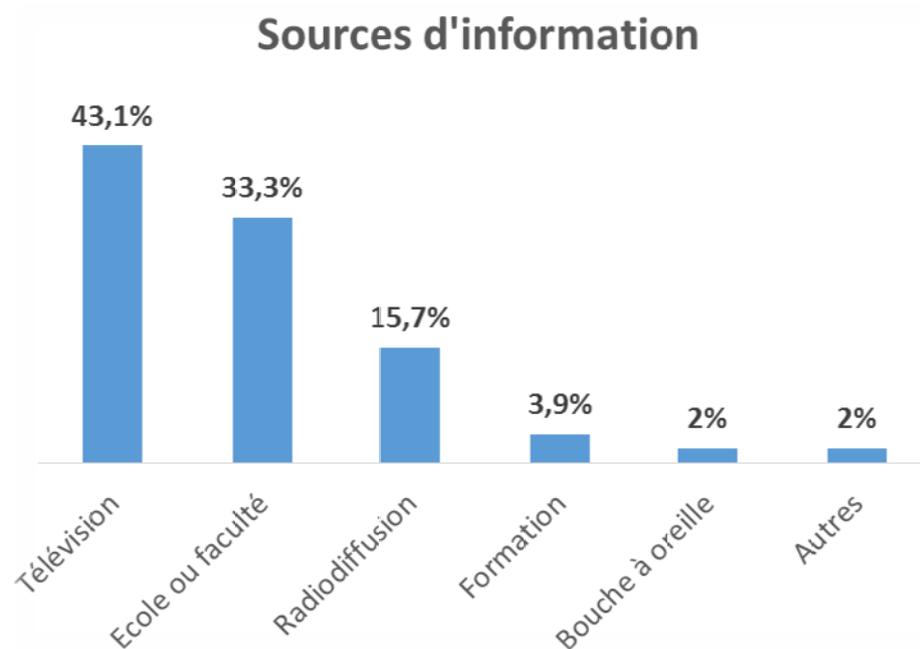
Le sexe masculin est le plus représenté dans toutes les tranches d'âge.



**Figure 2:** Répartition selon le grade ou la fonction.

Les médecins généralistes avaient une proportion de 45,1% suivi des étudiants en médecine avec 39,2%.

## B. Connaissance de la MVE :



**Figure 3:**

Répartition selon la source d'information.

Tous les participants de notre échantillon (100%) affirmaient avoir entendu parler de la maladie à virus Ebola. La télévision était la source d'information la plus citée avec 43,1%, suivi de l'école ou la faculté avec 33,3%

**Tableau III :** Répartition selon le mode de transmission

Mode de transmission	Pourcentage (%)
Rapports sexuels	78,4
Sang contaminé	88,2
Mère-Enfant	51
Animaux sauvages	90
Objets contaminés	76,5
Cadavre	84,3
Contact avec une personne contaminée	72,5
Liquide biologique	96,1

Plusieurs modes de transmission étaient mentionnés, les participants ont surtout insisté entre autres sur : le liquide biologique (96,1%), les animaux sauvages (90%) et le sang contaminé (88,2%)

**Tableau IV :** Répartition selon la connaissance du délai d'apparition des signes après exposition au virus.

<b>Délai</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>7 jours</b>	10	9,8
<b>14 jours</b>	6	5,9
<b>21 jours</b>	74	72,5
<b>28 jours</b>	2	2
<b>Ne sait pas</b>	10	9,8
<b>Total</b>	102	100

Les participants désignaient 21 jours comme délai d'apparition des signes après exposition au virus, soit 72,5%.

**Tableau V :** Répartition selon la connaissance du moment de contagiosité après infection par le virus.

<b>Délai de contagiosité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>A tout moment</b>	20	19,6
<b>Après l'apparition des signes</b>	74	72,5
<b>Ne sait pas</b>	6	5,9
<b>Autres</b>	2	2
<b>Total</b>	102	100

Le délai de contagiosité décrit par les participants dans 74% des cas était « Après l'apparition des signes ».

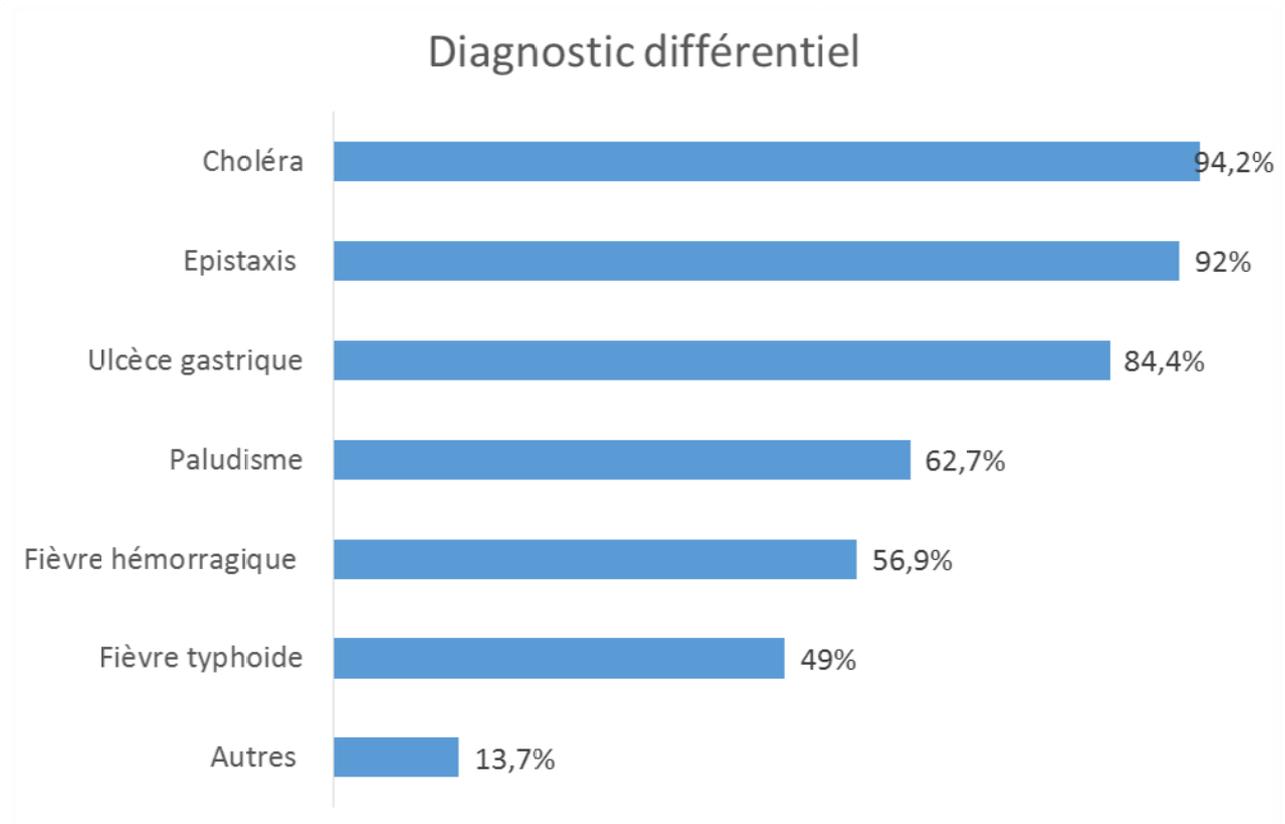
**Tableau VI :** Répartition de la connaissance du moment de contagiosité après infection par le virus selon le grade.

Grade	Délai de contagiosité		
	A tout moment	Après l'apparition des premiers signes	Ne sait pas
Médecin généraliste	9 (40%)	34 (45,9%)	3 (50%)
Médecin spécialiste	4 (20%)	0 (0%)	0 (0%)
DES/CES	0 (0%)	2 (2,7%)	0 (0%)
Infirmier	2 (10%)	8 (10,8%)	0 (0%)
Etudiants	7 (30%)	30 (40,5%)	3 (50%)
<b>Total</b>	<b>20 (100%)</b>	<b>74 (100%)</b>	<b>6 (100%)</b>

---

KHI II = 18,892    P = 0,091

Selon le grade, les médecins généralistes avaient le plus souvent évoqués « après l'apparition des premiers signes » comme délai de contagiosité après infection d'un patient par le virus Ebola.



**Figure 4:** Répartition selon la connaissance du diagnostic différentiel de la maladie à virus Ebola.

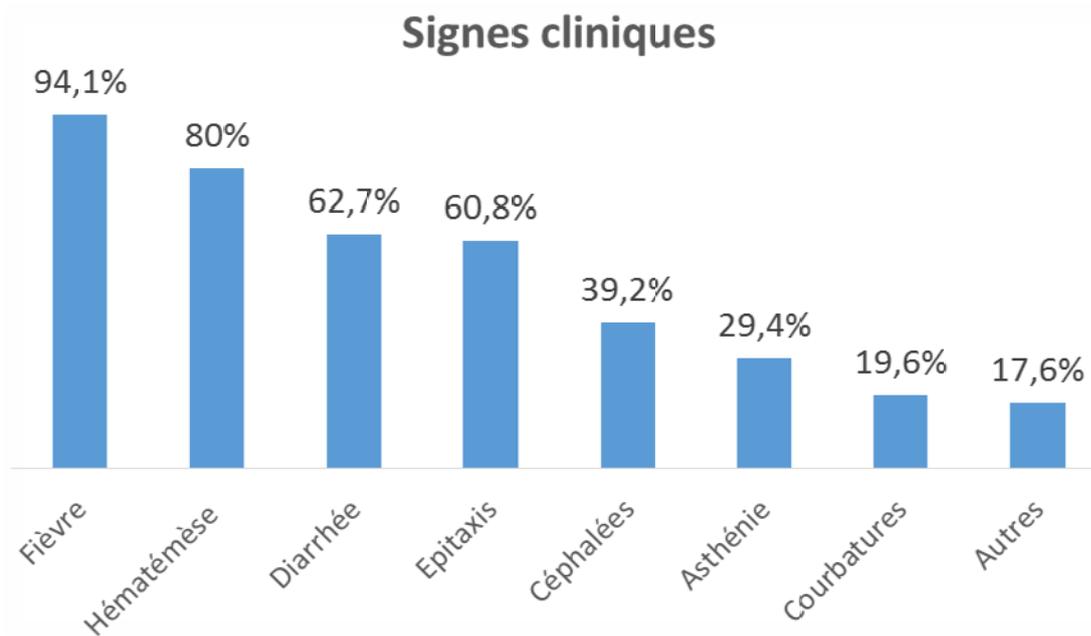
Beaucoup de pathologie étaient cités comme ressemblant à la maladie à virus Ebola, le choléra (94,2%) suivi de l'épistaxis (92%) et l'ulcère gastrique (84,4%)

**Tableau VII :** Répartition selon la connaissance des objets et produits à risque de transmission.

<b>Produits et objets à risque</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Linges souillés</b>	86,3
<b>Sperme</b>	88,2
<b>Matériels souillés</b>	90,2
<b>Urines</b>	92,2
<b>Selles</b>	94,1
<b>Sang</b>	96,1
<b>Salive</b>	98
<b>Sueur</b>	98
<b>Vomissure</b>	98

---

Les participants avaient énuméré plusieurs produits et objets à risque de transmission du virus. La vomissure, la sueur et la salive représentaient 98% chacune.



**Figure 5 :** Répartition selon la connaissance des signes clinique de la maladie à virus Ebola.

Parmi les signes cliniques cités par les participants, nous avons la fièvre (94,1%), l'hématémèse (80%), la diarrhée (62,7%), l'épistaxis (60,8%).

**Tableau VIII :** Répartition selon la connaissance du diagnostic positif de la maladie à virus Ebola.

Confirmation du diagnostic	Effectifs	Pourcentage (%)
Examen au laboratoire	82	80,4
Autres	20	19,6
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

L'examen au laboratoire était le plus évoqué comme moyen de confirmation du diagnostic de la maladie à virus Ebola, soit 80,4%. D'autres avaient cités l'anamnèse et des signes cliniques (19,6%)

**Tableau IX :** Répartition selon la connaissance du diagnostic positif par rapport au grade.

Grade	Diagnostic positif	
	Examen au laboratoire	Autres
<b>Médecin généraliste</b>	38 (46,3%)	8 (40%)
<b>Médecin spécialiste</b>	4 (4,9%)	0 (0%)
<b>DES/CES</b>	0 (0%)	2 (10%)
<b>Infirmier</b>	8 (9,8%)	2 (10%)
<b>Etudiants</b>	32 (39%)	8 (40%)
<b>Total</b>	82 (100%)	20 (100%)

KHI II = 9,324                      P = 0,053

Pour confirmer le diagnostic l'examen au laboratoire était majoritairement cité. Cependant, les deux (2) représentants du grade DES/CES s'étaient basés sur les signes cliniques.

**Tableau X :** Répartition selon la connaissance sur l'existence d'un vaccin contre la maladie à virus Ebola

Existence d'un vaccin	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>Oui</b>	12	11,8
<b>Non</b>	90	88,2
<b>Total</b>	102	100

Près de 90% des participants mentionnaient qu'il n'existe pas de vaccin contre la MVE. Aussi, tous les participants (100%) affirmaient qu'il n'existe pas de traitement spécifique de la MVE.

**Tableau XI :** Répartition selon la connaissance sur la possibilité de guérison d'un cas de MVE

<b>Guérison</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	96	94,1
<b>Non</b>	6	5,9
<b>Total</b>	102	100

Dans 94,1%, les participants affirmaient qu'une personne infectée peut guérir. Seulement 6 participants trouvaient que la guérison n'est pas possible.

**Tableau XII :** Répartition selon la connaissance sur la contagiosité d'un malade guéri de la MVE

<b>Transmission après guérison</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	26	25,5
<b>Non</b>	76	74,5
<b>Total</b>	102	100

Selon 74,5%, un malade guéri n'est plus contagieux et ¼ des participants ont affirmé la contagiosité de la MVE même après la guérison.

**Tableau XIII** : Contagiosité d'un malade guéri selon le grade

Grade	Transmission après guérison	
	Oui	Non
Médecin généraliste	13 (50%)	33 (43,4%)
Médecin spécialiste	2 (7,7%)	2 (2,6%)
DES/CES	0 (0%)	2 (2,6%)
Infirmier	0 (0%)	10 (13,2%)
Etudiants	11 (42,3%)	29 (38,2%)
<b>Total</b>	<b>26 (100%)</b>	<b>76 (100%)</b>

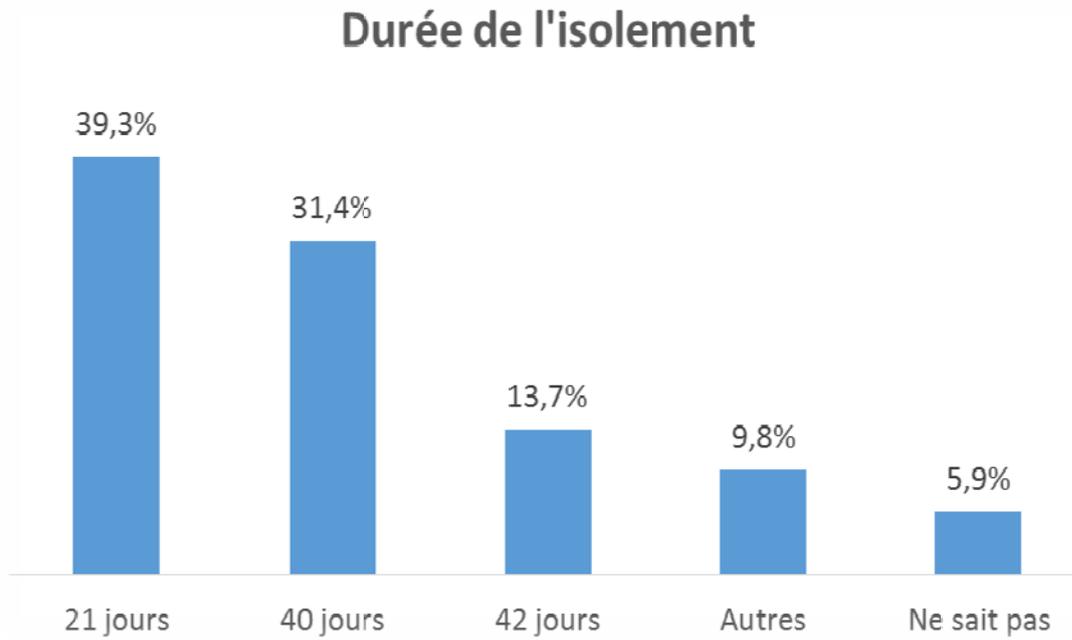
KHI II = 5,641    P = 0,228

La majorité des participants trouvaient qu'un patient guéri ne peut pas transmettre le virus et cela indépendamment du grade ou de la fonction.

**Tableau XIV** : Répartition selon la connaissance sur la possibilité de refaire la maladie après la guérison.

Manifestation après guérison	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	46	45,1
Non	56	54,9
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

54,9% des participants affirmaient qu'un malade guéri ne peut plus refaire la maladie.



**Figure 6 :** Répartition selon la connaissance sur la durée de l'isolement.

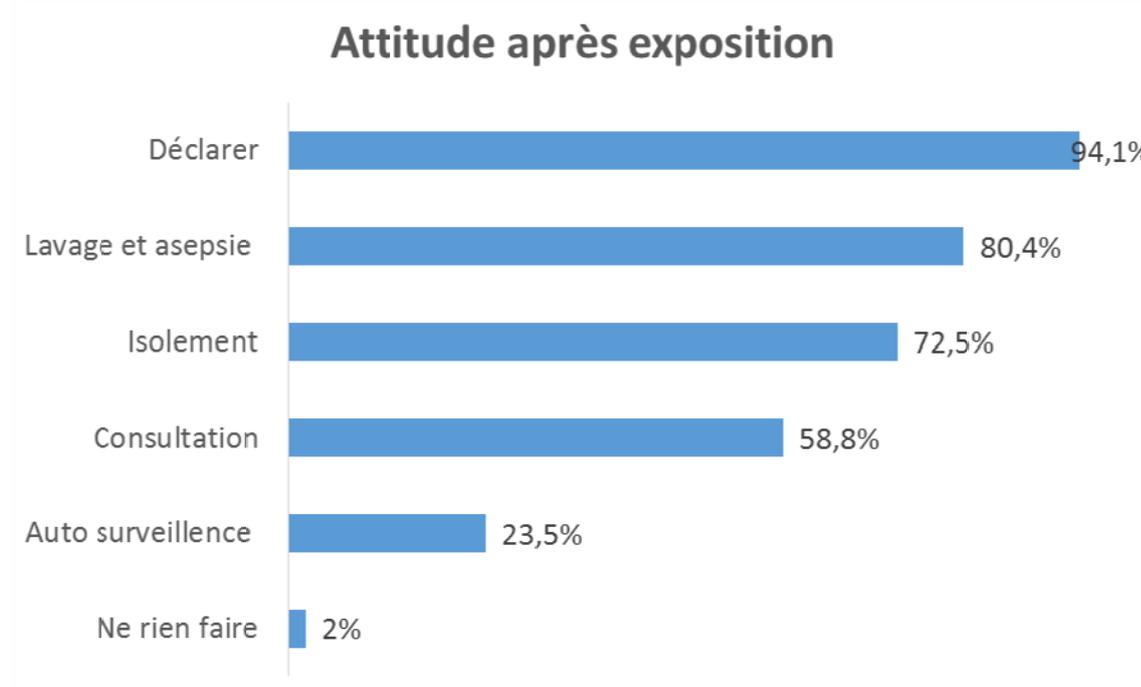
La durée évoquée concernant l'isolement était 21 jours avec 39,3% suivi de 40 jours (31,4%)

**C. Attitudes face à la MVE :**

**Tableau XIV :** Répartition selon l'attitude des participants face à un cas suspect de MVE

<b>Attitude face au cas suspect</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Fuir le malade</b>	7,8
<b>Faire un prélèvement</b>	31,4
<b>Prodiguer des soins</b>	25,5
<b>Alerter</b>	98
<b>Ne pas déclarer</b>	3,9
<b>Référer le malade</b>	25,5
<b>Prescrire un traitement</b>	21,6
<b>Isoler le malade</b>	84,3
<b>Appeler le numéro vert</b>	88,2

Face à un cas suspect, les attitudes les plus évoquées étaient : l'alerte (98%), appeler le numéro vert (88,2%), et isoler le malade (84,3%)



**Figure 7** : Répartition selon l'attitude des participants après exposition accidentelle au virus Ebola.

La déclaration était l'attitude la plus représentée, en cas d'exposition accidentelle au virus Ebola avec 94,1%. Cependant, 2% des participants évoquaient ne rien faire.

#### D. Pratiques de prévention :

**Tableau XVI** : Répartition selon la pratique de l'hygiène des mains.

Pratique du lavage des mains	Pourcentage (%)
Lavage des mains au savon	100
Lavage des mains à l'eau chlorée	100
Friction des mains avec la solution hydro-alcoolique	78,4

Tous les participants avaient affirmés pratiquer le lavage des mains au savon ainsi qu'à l'eau chlorée. Mais 21,6% affirmaient ne pas pratiquer la friction des mains avec la solution hydro-alcoolique.

**Tableau XVII :** Répartition selon les moments de l'hygiène des mains.

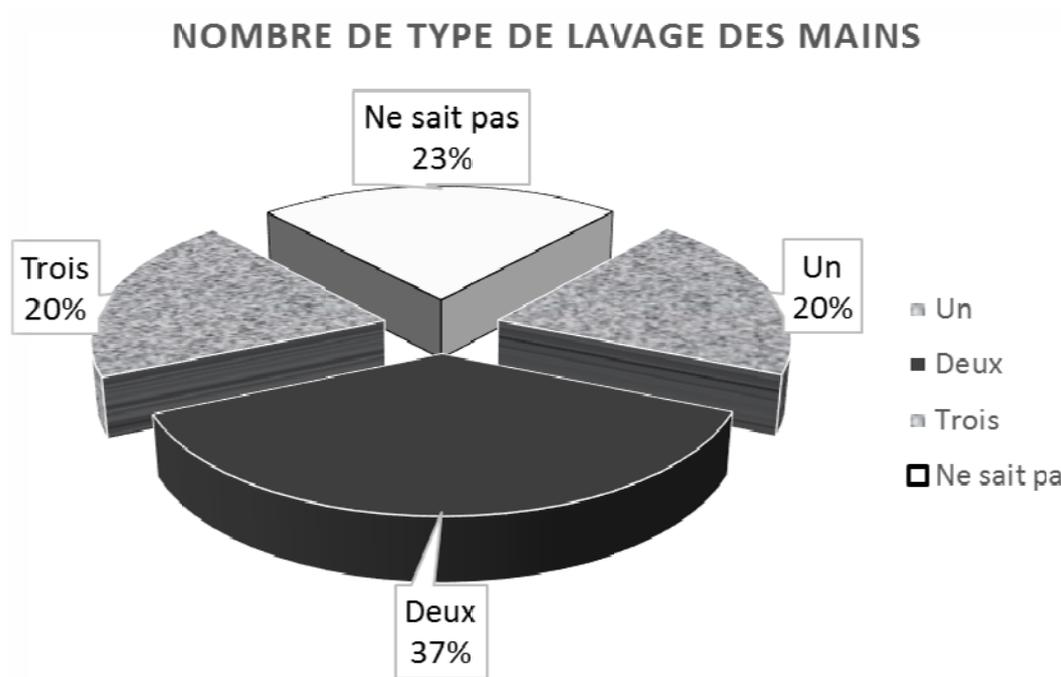
<b>Moments de la pratique du lavage des mains</b>		<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Lavage des mains au savon</b>	<b>A tout moment</b>	68,6
	<b>Avant et après les soins</b>	25,5
	<b>Ne sait pas</b>	5,9
<b>Lavage des mains à l'eau chlorée</b>	<b>A tout moment</b>	62,7
	<b>Avant et après les soins</b>	33,3
	<b>Ne sait pas</b>	3,9
<b>Friction des mains avec la solution hydro-alcoolique</b>	<b>A tout moment</b>	70
	<b>Avant et après les soins</b>	27,5
	<b>Ne sait pas</b>	2,5

Les participants avaient mentionnés qu'ils pratiquent l'hygiène des mains à tout moment, soit 68,6% pour le lavage des mains au savon, 62,7% pour le lavage des mains avec l'eau chlorée, 70% pour la friction des mains avec la solution hydro-alcoolique.

**Tableau XVIII :** Répartition selon la connaissance du bénéfice protecteur de l'hygiène des mains.

<b>L'hygiène des mains protège ?</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Uniquement le personnel</b>	0	0
<b>Uniquement le malade</b>	8	7,8
<b>Le personnel et le malade</b>	90	88,2
<b>Ne sait pas</b>	4	3,9
<b>Total</b>	102	100

88,2% des participants avaient répondu que l'hygiène des mains protège le personnel de soin et le malade.



*Figure 8 : Répartition selon la connaissance des différents types de lavage des mains.*

Les participants affirmaient qu'il existe deux types de lavage des mains soit 37%. Mais 23% avaient affirmés ne pas connaître les types de lavage des mains.

**Tableau XIX :** Répartition selon la disponibilité des équipements de protection.

<b>Disponibilité des équipements de protection</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Poubelle mains libres</b>	54,9
<b>Gants non stériles</b>	70,6
<b>Gants stériles</b>	49
<b>Masque de protection</b>	35,3
<b>Lunette de protection</b>	25,5
<b>Ecran facial</b>	23,5
<b>Blouse</b>	78,4
<b>Tablier</b>	27,5
<b>Sur-blouse imperméable</b>	29,4
<b>Bonnets</b>	54,9
<b>Bottes étanches</b>	23,5
<b>Combinaison cosmonaute</b>	33,3
<b>Kit de lavage des mains</b>	66,7
<b>Solution hydro-alcoolique</b>	74,5
<b>Eau chlorée</b>	82,4
<b>Thermomètre flash</b>	56,9

Les équipements de protection les plus retrouvés dans notre échantillon étaient : l'eau chlorée (82,4%), la blouse (78,4%), la solution hydro-alcoolique (74,5%) et les gants non stériles (70,16%).

**Tableau XX :** Répartition selon l'existence d'un contact avec un cas suspect

Contact avec un cas suspect ?	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	10	9,8
Non	92	90,2
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

9,8% affirmaient avoir déjà été en contact avec un cas suspect.

**Tableau XXI :** Répartition selon la réaction des participants s'ils devraient être isolés.

Si vous devriez être isolé ?	Effectifs	Pourcentage (%)
J'accepte	92	90,2
Je n'accepte pas	10	9,8
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Les participants affirmaient dans 90,2% qu'ils accepteraient l'isolement s'il le faut mais surtout près de 10% n'accepterait pas l'isolement.

**Tableaux XXII :** La réaction des participants s'ils devraient être isolés selon le grade.

Sexe	Si vous devriez être isolé ?	
	J'accepte	Je n'accepte pas
Masculin	74 (80%)	4 (40%)
Féminin	18 (19,6%)	6 (60%)
<b>Total</b>	<b>92 (100%)</b>	<b>10 (100%)</b>

KHI II = 8,196      P = 0,004

Parmi les 10% qui avaient affirmé qu'ils n'accepteraient pas l'isolement, 60% étaient de genre féminin.

**Tableau XXIII :** Répartition selon la participation à la PEC d'un cas suspect ou confirmé de MVE.

<b>Participation à la PEC d'un cas suspect ou confirmé?</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	4	3,9
<b>Non</b>	98	96,1
<b>Total</b>	102	100

Les participants avaient affirmés ne pas avoir participé à la PEC d'un cas suspect ou confirmé de MVE, soit 96,1%.

**Tableau XXIV :** Répartition selon la formation des participants sur les moyens de prévention contre la MVE.

<b>Formation sur la prévention</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	50	49
<b>Non</b>	52	51
<b>Total</b>	102	100

Plus de la moitié, soit 51% des participants avaient affirmés ne pas avoir bénéficié de formation sur la prévention de la MVE.

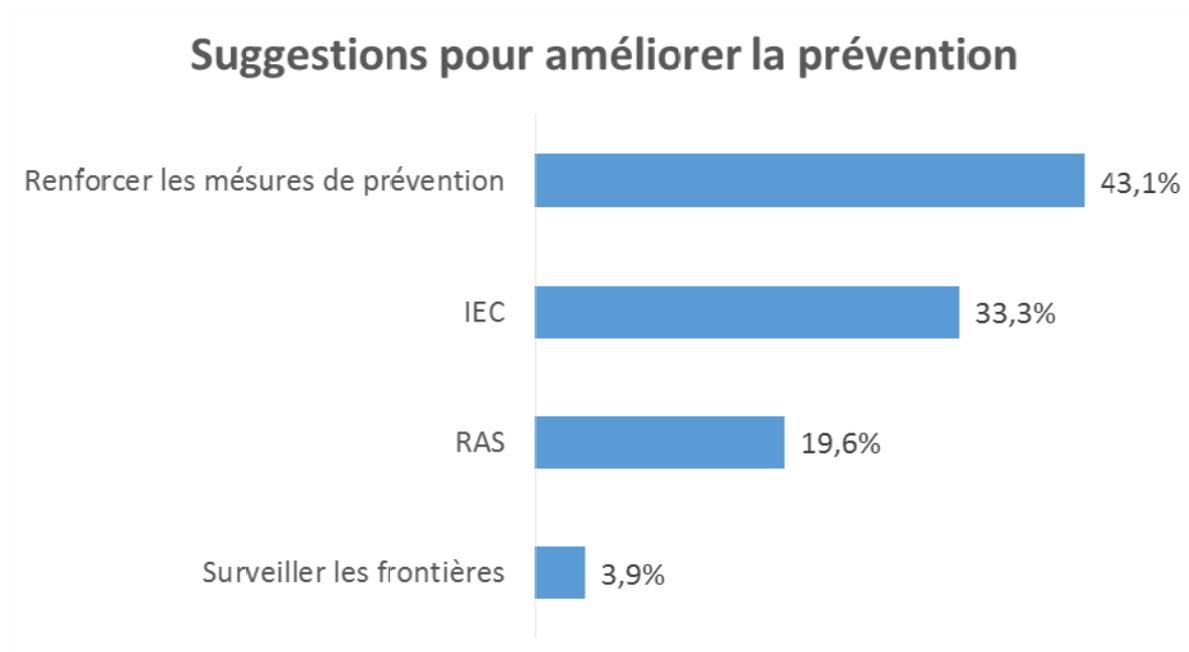
**Tableau XXV** :La formation des participants selon le grade

<b>Grade</b>	<b>Formation sur la prévention</b>	
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>Médecin généraliste</b>	24 (48%)	22 (42,3%)
<b>Médecin spécialiste</b>	2 (4%)	2 (3,8%)
<b>DES/CES</b>	0 (0%)	2 (3,8%)
<b>Infirmier</b>	4 (8%)	6 (11,5%)
<b>Etudiants</b>	20 (40%)	20 (38,5%)
<b>Total</b>	50 (100%)	52 (100%)

---

KHI II = 2,449    P = 0,654

Tous les grades étaient concernés par la formation, sauf le grade DES/CES qui n'était représenté que par 2 participants.



**Figure 9** : Répartition selon les suggestions des participants pour améliorer la prévention de la MVE.

Pour améliorer la prévention, les participants ont surtout recommandé le renforcement des mesures de prévention (43,1%) et l'information Education Communication (33,3%).

### **Analyse qualitative :**

Lors de notre étude, nous avons pu réaliser deux entretiens de focus groupe et deux entretiens individuels. Les données recueillies de ces enquêtes sont analysées comme suit.

#### **Connaissance de l'origine de la maladie :**

Les réponses des participants étaient similaires et axées sur l'origine virale de la maladie et sur le fait que ce sont les animaux sauvages (réservoirs du virus) qui le transmettent à l'homme. L'histoire de la première épidémie pour plus de détails est aussi ressortie.

*« L'origine de la maladie est virale. Le virus peut infecter les animaux sauvages comme l'homme. Mais il ne cause pas de maladie chez certains animaux sauvages comme le singe et la chauve-souris. Mai chez l'homme, le virus cause une maladie mortelle.*

*La maladie est due à un virus qui prend son origine chez l'animal. Ce sont les animaux sauvages qui ont infectés pour la première fois l'homme.*

*Je pense que sa première apparition remonte aux années 1970 en République Démocratique du Congo en Afrique centrale.»*

#### **Croyance à l'existence de la maladie :**

Tous les participants croyaient à l'existence de la maladie, mais il y a des réserves quant à la croyance à l'épidémie du Mali sous prétexte que le virus ne peut pas supporter le climat chaud du Mali. Ça serait pour des profits politiques et financiers que les autorités auraient simulé une épidémie de MVE.

*« Oui bien sûr, j’y crois par ce qu’il faut y croire. C’est une maladie très grave à ne pas prendre à la légère. Les gens peuvent avoir leurs idées sur la manière dont le virus s’est retrouvé chez l’homme, mais le virus existe quand même c’est sûr et il tue.*

*Oui la maladie existe et peut bien être transportée au Mali par la transmission interhumaine.*

*Oui j’y crois, j’en ai même très peur. Ne pas croire à l’existence d’une telle maladie nous empêche de nous protéger et c’est la catastrophe.*

*J’y crois mais pas à l’épidémie au Mali, parce qu’on sait que le virus ne peut pas supporter notre chaleur. L’épidémie au Mali est une invention politique des autorités pour s’enrichir »*

### **Reconnaissance d’un cas suspect :**

Les participants se sont basés sur les manifestations cliniques chez un patient qui revient de voyage d’une zone épidémique ou qui a déjà été en contact avec un cas confirmé de MVE. Ici, les signes cliniques sont bien connus.

*« Un malade qui a été en contact avec un cas d’Ebola ou qui vient de voyager d’une zone épidémique et qui présente les signes : vomissement, fièvre, diarrhées, douleurs, saignements, syndrome grippal, épistaxis.*

*C’est un malade qui présente les signes cliniques et susceptible d’avoir été en contact avec le virus.»*

## **Les modes de contamination :**

Les modes de contamination ont été bien cités par les participants. Ils ont surtout signalés les protuits à risque de contamination. Les modes de contamination se sont distingués en deux catégories.

*« Le contact avec une personne infectée par la voie sanguine, le rapport sexuelle, les liquides biologiques... Le contact ou même la consommation des animaux sauvages infectés.*

*Nous avons la contamination de l'homme par les animaux, et la contamination interhumaine à travers les fluides corporels.*

*Ça peut être transmis aussi par le contact avec le cadavre d'une personne mort d'Ebola, particulièrement au cours des rites funéraires.*

*Une fois qu'une personne infectées commence à manifester la maladie, il peut le transmettre par le sang, la sueur, le vomit, les urines, les selles, les larmes et le sperme. Même un objet souillé par une personne infectée peut transmettre le virus, par exemple les habits, les draps, les seringues et autres dispositifs médicaux ayant servi à administrer les soins au malade.*

*La contamination est très rapide. J'ai entendu que l'infirmière espagnole s'est infectée tout simplement en essuyant son front avec le dos de sa main après avoir touché un malade infecté.»*

## **Les moyens de prévention :**

Plusieurs moyens de prévention ont été énumérés.

*« L'hygiène des mains doit être inculqué dans nos habitudes, en dehors de la MVE elle protège le personnel soignant contre de nombreuses maladies.*

*Le poignet de mains est en plus de la salutation un signe de considération et de respect. Il faudra multiplier la sensibilisation pour que les gens puissent abandonner les accolades et les poignées de main pour éviter la propagation.*

*Il faut continuer la vérification des températures à l'entrée des centres de santé et des lieux publics et faire des investigations pour les cas de fièvre.*

*Eviter les voyages dans les zones endémiques. Interdire les rassemblements lors des manifestations sociale et autres cérémonie.*

*Eviter la chasse des animaux sauvages en zone épidémique. »*

## **L'isolement :**

L'isolement est la pratique qui consiste à isoler un cas suspect ou un cas confirmé afin d'éviter qu'il transmette la maladie à l'entourage. Les participants pensent que c'est une pratique qui doit être bien observé pour éviter la propagation de la maladie. La réticente de la plupart des gens à l'isolement réside dans la crainte de la stigmatisation sociale.

*« Je suis d'accord avec l'isolement, c'est le seul moyen d'éviter la propagation du virus. Mais il faut que les*

*conditions de l'isolement soient acceptables et que les personnes en isolement soient bien accompagnées et prise en charge.*

*C'est une bonne chose pour éviter la propagation. Les gens ont peur de l'isolement à cause d'une éventuelle stigmatisation sociale après l'isolement. Les autorités doivent prévoir des moyens de réinsertion des personnes sorties de l'isolement.*

*Certaines personnes qui étaient en isolement pour avoir été en contact avec la petite fille (qui a été le premier cas au Mali) décédée d'Ebola, ont été rejetés et fuis par les voisins du quartier.»*

### **Le traitement d'un malade à virus Ebola :**

La réalité de l'absence d'un traitement spécifique n'est pas toujours partagée. L'argument des concernés se situait autour de la guérison des malades occidentaux. Les participants acceptaient de soigner les malades infectés, si les conditions de sécurités requises sont réunies.

*« Je pense qu'il existe un traitement, de la manière dont le Nigeria a circonscrit la maladie en si peu de temps, ils doivent avoir eu un traitement spécifique.*

*Moi quand même je trouve qu'il existe un traitement avec les occidentaux qui arrivent à chaque fois à soigner les compatriotes infectés.*

*Je n'ai jamais participé à la prise en charge, mais je pense que c'est un traitement symptomatique, puisqu'il n'existe pas de médicament capable de tuer le virus dans l'organisme.*

*J'accepterais de soigner un malade Ebola si les conditions de protection sont réunies, par ce que ce sont des hommes comme nous et des parents d'autrui.*

*Si je suis en condition de soigner un malade Ebola, je le ferai par ce que mon travail c'est de sauver des vies. J'aurais peur de ne pas me contaminer en soignant un malade infecté, mais c'est mon devoir de le faire avec les risques du métier.»*

### **Existence d'aliment pouvant traiter ou prévenir la MVE :**

Certaines rumeurs font états d'aliments pouvant prévenir ou traiter l'infection au virus Ebola (oignon, ails, café, etc.). Les participants ne croient pas à la rumeur.

*« Oui j'ai entendu parler d'un cocktail d'oignons, d'ails, de café et autres qui seraient le remède pour prévenir et guérir. Moi je n'y crois pas, juste que l'oignon par exemple a des propriétés antibiotiques, cela peut expliquer de telle imagination.*

*Je n'y crois pas non plus, par ce que ce n'est pas scientifiquement prouvé.*

*J'y crois pas du tout, ça doit être un fonds de commerce pour d'autre par ce qu'au moment où la rumeur circulait le prix de l'oignon a même augmenté. »*

### **Comment améliorer les moyens de prévention :**

Nous avons recueilli quelques suggestions des participants pour améliorer la prévention au Mali et éviter une autre épidémie.

*«Le respect des règles d'hygiène de base par la population en générale et le personnel soignant en particulier. La surveillance des frontières doit être encore plus rigoureuse et plus minutieuse. La vérification de température de tous ceux qui rentre dans les structures de soin. Le lavage systématique des mains dans les structures et à domicile. La formation du personnel soignant sur les mesures de prévention. La sensibilisation de toutes les couches de la population.»*

### **Gestion des cadavres :**

Les participants pensaient qu'il faut confier les cadavres des personnes mortes d'Ebola à une équipe spécialisée. En plus, il a été conseillé de livrer le cadavre des personnes mortes de manière inexplicé aux autorités sanitaires.

*« L'enterrement des cadavres des personnes mortes d'Ebola doit être confié une équipe spécialisée. C'est sacré pour certains d'entre nous malien d'organiser les funérailles selon les prescriptions de la religion ou de la tradition. A ce niveau aussi il va falloir beaucoup communiquer aussi et impliquer les responsables religieux.*

*Il ne s'agit pas seulement de confier l'enterrement des cadavres d'Ebola aux spécialistes, il faut aussi conseiller aux gens d'amener d'abord dans un centre indiquer tout cadavre de mort inexplicé ou bizarre. Cela permettra d'éviter la propagation si jamais c'était un cas d'Ebola et d'éviter d'enterrer un cadavre d'Ebola dans un cimetière public. »*

## **V. Commentaires et discussion :**

### **Analyse quantitative :**

#### **A. Données sociodémographiques :**

##### **L'âge**

Dans notre étude, la moyenne d'âge était de 32 ans avec un écart type égal à 6ans. Les extrêmes étaient de 22 et 48 ans. Les tranches d'âge 26 à 30 ans et 36 à 40 ans représentaient respectivement 32,4%. La population de notre étude était relativement jeune, cela peut être dû au fait que les jeunes médecins généralistes et les étudiants en médecine en stage étaient les plus disponibles à participer à notre étude.

Ce résultat n'est pas différent de celui de l'étude du CPPA au Nigéria, qui a retrouvé la tranche d'âge 25 à 34 ans dans 46% des cas (14).

##### **Le sexe**

Dans notre étude, le sexe masculin représentait 76%. Le taux faible de femme dans notre échantillon peut s'expliquer par la non-participation des sages-femmes et la réticence des infirmières à participer à l'enquête.

Dans l'étude du CPPA au Nigeria, 53% étaient de sexe masculin (14).

##### **Le grade ou la fonction**

Les médecins généralistes étaient les plus représentés dans notre échantillon avec 45,1%. Par contre, dans l'étude du CPPA au Nigeria, la catégorie la plus représentée était celle des infirmiers avec 41%(14).La raison de cette différence pourrait être la réticence des infirmiers à participer à notre enquête.

## **B. Connaissances de la MVE :**

### **La source d'information**

La télévision était la source d'information la plus citée dans notre étude avec 43,1%. Ce résultat est différent de celui de l'étude de Sierra Leone, où la radiodiffusion était le plus citée avec 85%(15). Cela peut s'expliquer par le fait que dans cette étude, l'échantillonnage était étendu en zone rurale alors que notre étude s'est limitée au district de Bamako.

### **Croyance à l'existence de la MVE**

100% des participants de notre étude croyaient à l'existence de la MVE. Ce n'est pas le cas dans l'étude du Libéria, dans laquelle 1,8% ne croyaient pas à l'existence de la MVE(16).

### **Le mode de transmission**

Plusieurs modes de transmission étaient mentionnés, les participants ont surtout insisté sur le liquide biologique dans 96,1%. Ce résultat est comparable à celui du Libéria, où 100% des cas ont cités le liquide biologique.

Toutefois, certaines croyances ont été retrouvées chez le personnel de soins dans l'étude du CPPA au Nigeria: 15 % pensaient que la MVE se propage dans l'air, 10% pensaient qu'elle se transmet par des piqûres de moustiques, 8 % croyaient que la maladie est "causée par nos péchés" (14).

### **Signes cliniques**

Dans notre étude, la fièvre (94,1%), l'hématémèse (80%) et la diarrhée (62,7%) étaient évoquées comme les principaux signes cliniques de la MVE. Dans l'étude du CPPA au Nigeria, c'était l'hématémèse (84%) et la diarrhée (80%)(14).

### **L'existence d'un traitement**

Tous les participants de notre étude (100%) pensaient qu'il n'existe pas de traitement spécifique à la MVE. Dans l'étude du CPPA au Nigeria, 17% trouvaient que la MVE pouvait être traité par des antibiotiques et 9% croyaient à l'efficacité des médicaments traditionnels(14).

### **La possibilité de guérison**

Dans notre étude, 94,1% affirmaient qu'une personne infectée peut guérir. Cette fréquence est de 63% dans l'étude du CPPA au Nigeria (14).

### **La contagiosité d'un malade guéri de la MVE**

Dans notre étude,  $\frac{1}{4}$  des participants pensaient qu'un patient guéri de la MVE peut encore transmettre la maladie. L'étude du CPPA au Nigeria avait retrouvé une fréquence supérieure à la nôtre avec 34%(14).

En Avril 2015, des traces du virus Ebola ont été retrouvées dans le sperme d'un libérien ayant quitté, guéri, une unité de traitement en septembre 2014. Soit "au moins six mois après la guérison", a annoncé le porte-parole de l'Organisation mondiale de la Santé, Tarek Jasarevic.

Nous remarquons à ce niveau, une insuffisance d'information concernant cet aspect.

### **La durée de l'isolement**

La durée évoquée dans notre étude concernant l'isolement était 21 jours avec 39,3%. Dans l'étude du Libéria, ont retrouvaient la même durée dans 87%(16).

Par ailleurs, 31,4% des cas dans notre étude trouvaient que la durée de l'isolement était de 40 jours. Cela pourrait être dû au fait du terme « quarantaine » attribué à l'isolement.

### **C. Attitude face à la MVE :**

#### **L'attitude des participants face à un cas suspect**

Dans notre étude, l'attitude préférée face à un cas suspect était l'alerte avec 98%. Dans l'étude du CPPA au Nigeria, il s'agissait surtout d'adresser le patient à un centre de prise en charge de la MVE dans 80% (14).

#### **L'attitude des participants après exposition accidentelle au virus Ebola**

Dans notre étude, la déclaration était l'attitude la plus représentée, en cas d'exposition accidentelle au virus Ebola avec 94,1% suivi de l'antisepsie avec 80%. Dans l'étude du Libéria, l'antisepsie était l'attitude la plus représentée avec 73%, suivi de « s'adresser à un centre Ebola » avec 17% (16).

### **D. Pratique de prévention :**

#### **La pratique de l'hygiène des mains**

Tous les participants de notre étude affirmaient pratiquer le lavage des mains au savon. Dans l'étude du CPPA au Nigeria, il s'agissait de 98%(14).

#### **La réaction des participants s'ils devraient être isolés.**

Dans notre étude 90,2% affirmaient qu'ils accepteraient l'isolement s'ils sont exposés au virus Ebola. Cette fréquence est supérieure à celle retrouvée dans l'étude du CPPA au Nigeria qui est de 64%(14). Cela est peut s'expliquer par la crainte de la stigmatisation après l'isolement, dans cette étude.

#### **Les suggestions des participants pour améliorer la prévention de la MVE.**

Les participants de notre étude avaient surtout recommandé le renforcement des mesures de prévention (43,1%) pour améliorer la prévention de la MVE. La même recommandation avait été retrouvée dans l'étude du CPPA au Nigeria à 33%(14).

## **Conclusion :**

Cette étude nous montre de manière générale, l'état des lieux par rapport à la connaissance, l'attitude et les pratiques de préventions contre la MVE chez les agents de soins. Nous avons enquêté sur 102 personnels de soins au CHU-GT.

Nous avons noté que tous les participants croyaient en l'existence de la MVE. Une large communication sur le sujet à travers les medias leur a permis d'avoir des informations sur la MVE. Les principaux modes de transmission et manifestations cliniques sont bien connus par le personnel. La période d'incubation est également connue de la majorité, mais il existe une confusion par rapport à la durée de l'isolement. Tous les participants savent qu'il n'existe ni vaccin, ni traitement spécifique à cette maladie même si la guérison est possible. Cependant nous avons remarqué qu'il y avait un manque d'information concernant la contagiosité d'un patient guéri de la MVE.

Les attitudes observées par les participants face à un cas suspect étaient surtout l'alerte, l'appel du numéro vert, et l'isolement du patient. Ce sont ces attitudes qui sont les plus recommandées par les autorités sanitaires. La majorité des participants étaient prêts à déclarer s'ils sont accidentellement exposés au virus. Aussi, ils accepteraient l'isolement s'il le faut.

La pratique de l'hygiène des mains était bien respectée par nos participants, mais tous les équipements de protection souhaités n'étaient pas très disponibles. Plus de la moitié des participants n'avaient pas bénéficié de formation sur la MVE. Les participants ont donc proposé le renforcement des mesures de prévention à travers la dotation en équipement et la formation.

Cette épidémie grave et meurtrière qui persiste toujours à nos frontières mérite une attention particulière de tous les acteurs de la santé pour éviter une autre intrusion dans notre pays.

## **Recommandations :**

Aux autorités sanitaires :

- L'Information, l'Education et la Communication (IEC) de la population en générale et des agents de soins en particulier.
- La dotation des structures de soins en équipement de protection adéquat pour une prévention plus optimale.
- La formation de plus d'agents de soins sur la prévention de la MVE.
- Le respect strict des mesures de prévention établies et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre la MVE du Gouvernement.
- Le renforcement des mesures de sécurité dans les zones frontalières.

Aux personnels de soins :

- La rigueur dans la démarche méthodologique pour identifier les cas suspects.
- La vigilance dans le respect des mesures de prévention.
- Le respect de l'éthique et de la déontologie dans l'exercice de leur profession.
- Le volontarisme pour la prise en charge des cas de MVE dans les conditions requises.
- L'Information, l'Education et la Communication (IEC) de la population en général, des malades et accompagnants en particulier.

A la population :

- Observer les mesures d'hygiène de base, particulièrement le lavage systématique des mains au savon.
- Eviter les poignées de mains et les accolades en zone épidémique.
- Eviter les voyages dans les zones épidémiques.
- Appeler le numéro vert pour avoir d'amples informations ou en cas de suspicion.

## **Références bibliographiques :**

1. Larousse médical encyclopédie□: édition 2009 p.325.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Considérations éthiques liées à l'utilisation d'interventions non homologuées contre la maladie à virus Ebola: rapport à l'OMS d'un groupe consultatif. 2014
3. Mirazimi A. Ebola virus disease: societal challenges and new treatments. *J Intern Med.* 2015 Jul 5. doi: 10.1111/joim.12386. [Epub ahead of print] PMID: 26147380
4. OMS | Déclaration de l'OMS sur la réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la flambée de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 [Internet]. WHO. [cited 2015 Jun 18]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/fr/>
5. OMS | Maladie à virus Ebola [Internet]. WHO. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/>
6. Organization WH, others. WHO: Ebola situation report 4 March 2015. 2015 [cited 2015 Jun 19]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/154189>
7. Organisation Mondiale de la Santé. OMS: feuille de route pour la riposte au virus Ebola, point sur l'évolution récente, 31 décembre 2014. 2014 [cited 2015 Jun 20]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/148825>
8. Erratum for the report "Mutation rate and genotype variation of Ebola virus from Mali case sequences" by T. Hoenen, D. Safronetz, A. Groseth, K. R. Wollenberg, O. A. Koita, B. Diarra, I. S. Fall, F. C. Haidara, F. Diallo, M. Sanogo, Y. S. Sarro, A. Kone, A. C. G. Togo, A. Traore, M. Kodio, A.

- Dosseh, K. Rosenke, E. de Wit, F. Feldmann, H. Ebihara, V. J. Munster, K. C. Zoon, H. Feldmann, S. Sow. *Science*. 2015 May 22;348(6237):aac5674. doi: 10.1126/science.aac5674. PMID: 25999511
9. Ebola virus disease 2013-2014 outbreak in west Africa: an analysis of the epidemic spread and response. Cenciarelli O, Pietropaoli S, Malizia A, Carestia M, D'Amico F, Sassolini A, Di Giovanni D, Rea S, Gabbarini V, Tamburrini A, Palombi L, Bellecci C, Gaudio P. *Int J Microbiol*. 2015;2015:769121. doi: 10.1155/2015/769121. Epub 2015 Mar 17. Review. PMID: 25852754
  10. WHO Ebola Response Team. Ebola Virus Disease in West Africa — The First 9 Months of the Epidemic and Forward Projections. *N Engl J Med*. 2014 Oct 16;371(16):1481–95.
  11. Khan AS,, Tshioko FK,Heymann DL. The Reemergence of Ebola Hemorrhagic Fever, Democratic Republic of the Congo, 1995. *Journal of Infectious Diseases*. 1999;179:S76-S86.
  12. OMS. Maladie à virus Ebola, Aide-mémoire N° 103, Avril 2015 to: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/>
  13. Institut national de la statistique du Mali. Annuaire statistique 2011 [archive]. 2012, p.28 | [[instat.gov.ml/documentation/ANNUAIRE\\_2011.pdf](http://instat.gov.ml/documentation/ANNUAIRE_2011.pdf)] Annuaire statistique 2011][PDF]
  14. Center for Public Policy Alternatives (CPPA). Study on the Ebola Virus Disease (EVD) Knowledge, Attitudes and Practices of Nigerians in Lagos State. Septembre 2014.
  15. UNICEF, FOCUS 1000, Catholic Relief Services. Study onPublicKnowledge,Attitudes,andPractices Relating to Ebola Virus Disease (EVD) Prevention and Medical Care in Sierra Leone. September 2014.

16. Ministry of Health Monrovia, Liberia. National Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) Study on Ebola Virus Disease in Liberia. March 2015

## Annexes :

### Annexe 1 : Fiche d'entretien semi-directif(Enquête quantitative)

#### Introduction (Information et consentement volontaire) :

Ce questionnaire a pour but de recueillir vos impressions, connaissances et perceptions sur les pratiques de prévention de la maladie à virus « Ebola »

Afin d'améliorer les conditions de stratégies de riposte et d'éviter une nouvelle infection Mali.

Nous vous remercions d'avance de votre participation. Les Informations recueillies sont anonymes et confidentielles.

**Qes1.** N° Fiche :...../...../ **Qes2.** Date  
d'enquête :...../...../2015/

**Qes3.** Lieu d'enquête : /\_\_\_/ 1=Commune I ; 2= Commune II ; 3=Commune III ; 4= Commune IV ; 5=Commune V ; 6=Commune VI ; 99= Autre à préciser :  
.....

**Qes4.** Structure d'enquête : /\_\_\_/ 1=CHU, 2=CS Réf, 3=CSCOM / ASACO  
(.....) ; 3=Communauté /Quartier/Ecole :  
(.....)

#### I Caractères sociodémographiques :

**Qes5.** Age : /...../ ans ; **Qes6.** Sexe : /...../ (1= masculin ; 2= féminin)

**Qes7.** Grade ou fonction : /...../ 1= médecin généraliste ; 2= médecin spécialiste ; 3= DES ou CES ; 4= infirmier ; 5= assistant médical ; 6= sage-femme ; 7= Etudiant en médecine ; 8= Elève ou étudiant infirmier; 9=Interne des hôpitaux ; 99= autre à préciser : .....

**Qes8.** Service ou Unité : .....

#### II Perception et connaissance de la maladie

**Qes9.** Avez-vous entendu parler de la maladie à virus EBOLA ? /...../ (1= Oui ; 2= Non)

**Qes10.** Si oui à travers quelle source ? /...../ (1= radio; 2= télévision; 3= formation; 4= bouche à Oreille; 5= Ecole ou Faculté ; 99= autre à préciser.....)

**Qes11.** Croyez- vous à l'existence de cette maladie ? /...../ (1= Oui ; 2= Non)

**Qes12.** Si non pourquoi ?

.....  
.....

**Qes13.** Comment se transmet la maladie à virus Ebola ? 1= oui ; 2=non

/...../ Rapports sexuels                      /...../ sang contaminé                      /...../ mère enfant  
/...../ animaux sauvages infectés                      /...../ blessure ou contact par un objet contaminé

/...../ cadavre                      /...../ simple contact avec une personne contaminée  
/...../ liquides biologiques (sperme, sueur, salive, vomissures, selles, urines, etc.)                      /...../ Autres à préciser  
/...../ ne sait pas

**Qes14.** Quel est le délai d'apparition des signes après une exposition au virus ?  
.....jours

**Qes15.** A quel moment une personne infectée par le virus devient contagieuse ?  
/...../ (1= à tout moment ; 2= après apparition des premiers signes ; 88= Ne sait pas; 99=autres à préciser ...)

**Qes16.** Quelles sont les autres maladies qui présentent les mêmes symptômes que la maladie à virus Ebola ?

**Qes17.** Quelles sont les produits et objets à risque de transmission? 1=oui ; 2=non

/...../ sang    /...../ salive    /...../ sueur    /...../ vomissures    /...../ urines  
/...../ selles

/...../ linges souillés    /...../ matériels médicaux souillés    /...../ sperme  
/...../ ne sais pas                      /...../ autre à préciser.....  
.....

**Qes18.** Quelles sont les signes qui définissent un cas suspect ?

**Qes19.** Comment confirmer un cas de maladie à virus Ebola ?

**Qes20.** Existe-t-il un traitement spécifique de la maladie à virus Ebola ?

..... / (1= Oui ; 2= Non)

**Qes21.** Si oui, lequel (lesquels) ?

.....  
.....

**Qes22.** Existe-il un vaccin contre ce virus ? ..... / (1= Oui ; 2= Non)

**Qes23.** Peut-on guérir de la maladie à virus Ebola ? ..... / (1= Oui ; 2= Non)

**Qes24.** Si oui un malade guéri, peut-il transmettre le virus ? ..... / (1= Oui ; 2= Non)

**Qes25.** Un malade guéri, peut-il encore manifester la maladie ? ..... / (1= Oui ; 2= Non)

**Qes26.** Quelle est la durée de l'isolement d'un cas suspect ?.....

### III Attitudes face à la maladie

**Qes27.** Face à un cas suspect, quel sera votre attitude ? (1= Oui ; 2= Non)

**Qes27a.** Fuir le malade ..... /      **Qes27b.** Faire un prélèvement ..... /

**Qes27c.** Prodiguer des soins ..... /      **Qes27d.** Alerter ..... /

**Qes27e.** Ne pas déclarer au nom du secret professionnel ..... /

**Qes27f.** Libérer le malade /...../      **Qes27g.** Référer le malade Prescrire un traitement /...../

**Qes27h.** Isoler le malade /...../      **Qes27i.** Appeler le numéro vert /...../

**Qes27j.** Ne sait pas /...../      **Qes27k.** Autre à préciser :

.....

**Qes28.** Si vous êtes accidentellement exposé au virus, quel sera votre attitude? (1= Oui ; 2= Non)

**Qes28a.** Consulter un médecin /...../      **Qes28b.** Déclarer /...../      **Qes28c.** Auto surveillance /...../

**Qes28d.** Lavage et antiseptie de la partie du corps souillée /...../      **Qes28e.** Isolement /...../

**Qes28f.** Ne rien faire /...../      **Qes28g.** Ne sait pas /...../      **Qes28h.** Autre à préciser : .....

#### **IV Pratique de prévention**

**Qes29.** Lavage systématique des mains au savon : /...../ (1= Oui ; 2= Non)

**Qes30.** Si non pourquoi ?

.....

**Qes31.** Si oui à quel moment ?

**Qes32.** Lavage des mains avec l'eau de javel (eau chlorée) : /...../ 1= Oui ; 2= Non

**Qes33.** Si non, pourquoi ?

.....

**Qes34.** Si oui, à quel moment?

**Qes35.** Friction des mains avec solutions hydro alcoolique : ...../ (1= Oui ; 2= Non)

**Qes36.** Si non, pourquoi ?

.....

**Qes37.** Si oui, à quel moment?

**Qes38.** Il existe combien de type de lavage des mains ? ...../ (1= un seul ; 2= Deux ; 3= Trois ; 88= ne sait pas ; 99= autre à préciser.....)

**Qes39.** L'hygiène des mains est faite pour protéger : ...../ (1= Uniquement les malades contre les infections manu portées ; 2= Uniquement le personnel contre les infections manu portées ; 3= Le malade et le personnel contre les infections manu portées ; 88= Ne sait pas ; autre à préciser .....)

**Qes40.** Après avoir effectué une injection : ...../ (1= Oui ; 2= Non)

**Qes40a.** Vous encapuchonner l'aiguille (refermer l'aiguille avec le capuchon) ...../

**Qes40b.** Vous désadapté l'aiguille de la seringue (enlever l'aiguille) ...../

**Qes41.** Après usage, vous jetez les aiguilles et autres déchets tranchants ? ...../ (1= Dans une boîte de sécurité ; 2= Dans une poubelle avec les autres déchets ; 88= Ne sait pas ; 99= Autre à préciser : .....)

**Qes42.** Disposez-vous de poubelle mains libre ? ...../ (1= Oui ; 2= Non)

**Qes43.** Les matériels réutilisables sont-ils bien stérilisés ? ...../ (1= Oui ; 2= Non)

**Qes44.** Disponibilité et utilisation des équipements de protection.

Remplir le tableau suivant

Matériels	Disponible 1=oui ; 2=non	Utilisation 1=oui ; 2=non	Indication	
			Tous les malades 1=oui ; 2=non	Les cas suspects seulement 1=oui ; 2=non
1. Gants non stériles				
2. Gants stériles				
3. Masques de protection				
4. Lunettes de protection				
5. Ecran facial				
6. Blouse				
7. Tablier				
8. Sur blouse imperméable				
Bonnet				
Bottes étanches				
Combinaison cosmonaute				
Kit de lavage des mains				
Solution hydro alcoolique				
Eau de javel (eau chlorée)				
Thermomètre flash				

**Qes45.** Avez-vous déjà été en contact avec un cas suspect ? /...../ (1= Oui ; 2= Non)

**Qes46.** Si oui quel a été votre réaction ?.....  
.....

**Qes47.** Quel sera votre réaction si vous devriez aller en quarantaine ?  
.....  
.....

**Qes48.** Avez-vous déjà participé à la prise en charge d'un cas suspect ou confirmé d'Ebola ? /...../ (1= Oui ; 2= Non)

**Qes49.** Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur la prévention de la maladie à virus EBOLA ? /...../ (1= Oui ; 2= Non)

**Qes50.** Avez-vous des suggestions pour améliorer la prévention des risques de transmission de cette maladie dans votre structure ?

## **Annexe 2 :GUIDE DES ENTRETIENS DE GROUPES**

**Introduction** (Information et consentement volontaire) :

Ce questionnaire a pour but de recueillir vos impressions, connaissances et perceptions sur les pratiques de prévention de la maladie à virus « Ebola »

Afin d'améliorer les conditions de stratégies de riposte et d'éviter une nouvelle intrusion au Mali.

Nous vous remercions d'avance de votre participation. Les Informations recueillies sont anonymes et confidentielles.

### **Questions**

1. Avez-vous une connaissance sur l'origine du virus Ebola ?
2. Croyez-vous à l'existence de la maladie à virus Ebola ?
3. Quels sont les signes et symptômes de la maladie à virus Ebola ?
4. Quels sont les modes de contamination de la maladie à virus Ebola ?
5. Comment se protège-t-on contre cette maladie ?
6. Que pensez-vous de la prise en charge d'un malade à virus Ebola ?
7. Qu'est-ce qu'il faut améliorer dans les pratiques de prévention contre la maladie à virus Ebola ?

Je vous remercie pour votre participation.

### **Annexe 3 :GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL APPROFONDI**

**Introduction :** Bonjour, je m'appelle «Mahamadou DOUARE» je suis étudiant chercheur en médecine je travaille sur la perception et la pratique de prévention de la maladie à virus Ebola.

Vous avez été sollicité pour participer à cette étude. En tant que agent de santé votre point de vue est important et peut améliorer la prévention de la maladie à virus Ebola de votre structure sanitaire.

Cette entrevue se fait sur une base anonyme, les propos seront enregistrés afin d'en permettre une analyse et proposer une amélioration éventuelle

#### **Questions :**

- 1- Croyez-vous à l'existence la maladie à virus Ebola ?
- 2- Quelles sont les causes de la maladie à virus Ebola ?
- 3- Etes-vous informé sur les moyens de transmission de cette maladie ?
- 4- Comment reconnaître un cas suspect de maladie à virus Ebola ?
- 5- Une personne ne présentant pas de symptôme peut-elle être contagieuse ?
- 6- Savez-vous le délai d'apparition des symptômes après exposition à la maladie?
- 7- Comment désinfecter des matériels qui ont été en contact avec une personne porteuse d'Ebola ?
- 8- Quels sont les personnes les plus exposées lors d'une flambée ?
- 9- Comment pensez-vous vous protéger contre cette maladie ?
- 10- Disposez-vous des moyens de prévention contre cette maladie dans votre lieu d'exercice ?
- 11- Respectez-vous les mesures de prévention contre la maladie à virus Ebola ?
- 12- Que pensez-vous de la quarantaine comme mesure de prévention ?
- 13- Que pensez-vous du sort d'un malade à virus Ebola ?
- 14- Quel est votre avis sur la gestion d'un cadavre décédé suite à la maladie à virus Ebola ?

- 15- Quel est votre opinion sur les rumeurs faisant état d'aliments pouvant prévenir ou traiter l'infection ?
- 16- Que pensez-vous de la prise en charge d'un malade à virus Ebola ?
- 17- Peut-on voyager sans danger au cours d'une flambée? Quel est votre avis ?
- 18- Quelle est votre opinion sur la gestion de cette épidémie par nos autorités ?
- 19- Qu'est-ce qu'il faut améliorer dans les pratiques de prévention contre la maladie à virus Ebola
- 20- Pensez-vous que la maladie à virus Ebola n'apparaîtra plus au Mali ? Justifiez

**Annexe 4 : Fiche signalétique**

**Nom et prénom:** KOÏTA Almamy Ismaïla

**Titre de la thèse :** Perceptions et pratiques de prévention de la Maladie à Virus Ebola au CHU Gabriel TOURE

**Année universitaire :** 2014 – 2015

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Santé publique, Science sociale et Ethique de la prévention.

**Résumé :** Notre étude avait pour but d'évaluer la connaissance, l'attitude et la pratique de prévention de cette maladie auprès du personnel soignant. Nous avons réalisé une étude transversale descriptive du 1<sup>er</sup> avril au 31 mai 2015. L'enquête a concernée 102 professionnels de santé toutes catégories confondues, âgés de 22 à 48 ans. Le sexe masculin était plus représenté avec 76%. Les modes de contamination étaient bien connus dans notre échantillon, les plus cités étaient le liquide biologique (96,1%), les animaux sauvages (90%) et le sang contaminé (88,2%). La période d'incubation était connue par 72,5% des cas. La majorité des signes cliniques était citée : la fièvre (94,1%), l'hématémèse (80%), la diarrhée (62,7%), l'épistaxis (60,8%). Cependant, Selon 74,5%, un malade guéri n'est plus contagieux. Selon 31,4%, la durée de l'isolement était de 40 jours. Face à un cas suspect, l'attitude préférée était l'alerte (98%) et 94% étaient prêts à se déclarer en cas d'exposition accidentelle au virus Ebola. Mais 10% n'accepterait pas l'isolement. Tous les participants (100%) avaient affirmés pratiquer le lavage des mains au savon ainsi qu'à l'eau chlorée. Plus de la moitié, soit 51% des participants avaient affirmés ne pas avoir bénéficié de formation sur la prévention de la MVE. Pour améliorer la prévention, les participants ont surtout recommandé le renforcement des mesures de prévention.

**Mots-clés :** Maladie à virus Ebola, personnel soignant, CHU – Gabriel Touré.

**Bugunatig s b n**

**Jamu: koyita**

**T g : alimamiisimayila**

**N g jurusira: (00223) 76-48-31-28**

**E-mail: [almamy.enet@gmail.com](mailto:almamy.enet@gmail.com)**

Bugunatig s b n t g : ebolabana, kunbncogo n'a taamasienw ni a  
y l mani d nni Bamak gabiriy li ture d g t r w f

San: 2014-2015

Baarak ta: jamana: Mali

Baarak ta: duguba: Bamako

Baarak l n: maray r : Mali sanf kaland g t r s Gafelasag y r la

Nafasira: forobak n ya- jate min li- ladiliyak n

Bakurubaf : Nin ye kalansen ye min b folicamank k n yasiratig la.

Kalan in k raBamak gabiriy liturek n yaso la. A damin naawrilikalo tile

1<sup>L</sup> kataa se m kalo tile 31ma, san 2015. Kalan in kuntilennaba ye,

kajate min k , d g t r wkafaamuyalikan,

ebolabanakunb nc g n'ay l manikan . Kalan in kunf l ye d g t r

117 ta, kunbanimis nman, c nimusominnusib taa 18 nafoka se 48 ma.

Kulu in nad g t r k m o k m 76 ye c ye.

ininibaara in na, a s m ntiyarakod g t r ninnu ye

faamuyas r ebolabanataamasienwn'ay l manic g wkan. NI ye

d g t r 100 ta, 100 b s nnakoebolabanay l maniju ye,

kongok n sogow ye, ebolabanakis b minnuna.

100 o 100, dɔgɔtɔrɔ 94,1y'ajirakofarigan ye ebolabanasigataamasiyɔn ye

dɔgɔtɔrɔwbɔɔy'ajirakofurakɔrɔnkɔrɔnnentɔbana in na.

dɔgɔtɔrɔwbɔɔy'ajirakotɔgɔkosafunɔna ye tangalicɔgɔyadɔ ye.

Tanganfɔnnaminnuntɔpɔtɔpɔlen don kosɔbɔolufilɔ:

Bulusi: 100 o 100 : 95,7

Kulɔriji 100 o 100 : 89,7

Gantangalantan 100 o 100 : 85,5

Kumalasarunya :

jaabiwninnunb'ansamakaBamakɔgabiriyɔliturekɔnɔyasodɔgɔtɔrɔw a ni

Mali dɔgɔtɔrɔbɔɔkunnafoni, k'ubilasira, k'ulaadamu, k'ukisiebolabana,

nibanawɔrɔwtɔɔrɔw ma minnubɔdɔgɔtɔrɔsɔrɔ a kabaarahukumukɔnɔ

Daɔɔkolomaw: ebolabana; dɔgɔtɔrɔ; banakunbɔn; kɔnɔyaso;

jamakakɔnɔyaso; jɔkulukakɔnɔya.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,*

*Je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine,*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,*

*Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nations, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

***Je le jure.***

