

Ministère de l'Enseignement

Supérieur et de la

Recherche Scientifique



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2014-2015

N° 197/M

THESE

**PERCEPTIONS ET PRATIQUES DE PREVENTION RELIEES
A LA MALADIE A VIRUS EBOLA AU CHU DU POINT G**

Présentée et soutenue le 10 /07/ 2015

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

Par :

M. KANSAYE YOUSOUF

Pour obtenir le Grade de docteur en médecine Diplôme d'état

Jury

Président : Pr. Boubacar MAIGA

Membre : Dr. Niélé Hawa DIARRA

Co-directeur Dr. Lalla Fatouma TRAORE

Directeur de thèse : Pr. Samba DIOP

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A, ALLAH

Le TOUT PUISSANT, le CLEMENT, le MISERICORDIEUX.

“Je te rends grâce pour ton apport à la réalisation de ce travail et m’en remets à toi pour les challenges à venir.

Que ce travail soit le reflet de ton amour incommensurable pour nous.

Que ta gloire règne à jamais“.

Oh mon seigneur! Permet moi de tirer un profit licite de ce travail et accorde-moi le savoir, la sagesse et les vertus qui rendront utile à l’humanité mon bref passage sur terre.

Seigneur fait que ma vie et mes actions soient conformes à tes préceptes.

Rafferme ma foi.

A ma mère feu Kassai Fatimata

Douloureusement arracher à notre affection, tu as été une mère exemplaire. Tu nous avais entourés de tes qualités exceptionnelles. Ton absence est amère. Mais tu nous as laissés une mère : la dignité, la tolérance, la probité, la loyauté, la foi, l’amour pour son prochain, la rigueur, le courage, l’honneur et le travail. Ce travail est sans doute le fruit de tous les sacrifices que tu avais consenti. Aujourd’hui est un grand jour chère mère et un jour de joie pour ton fils, la joie à laquelle tu devrais prendre part, mais le Dieu tout puissant en a décidé autrement. Ainsi va la vie, l’homme suit son destin, que la terre te soit légère et qu’Allah t’accueille dans son Paradis. Amen !!!

Sache chère mère que nous te gardons a jamais en mémoire.

Que ton âme repose en paix !

REMERCIEMENTS

Je le fais avec humilité et ferveur :

- Pour ceux qui m'ont donné le meilleur d'eux-mêmes et qui m'ont éveillé aux valeurs sociales ;
- Pour ceux qui, patiemment ont guidé mes pas balbutiants dans la quête du savoir et dans l'appropriation des connaissances qui enrichissent ce travail ;
- Pour ceux qui m'ont accepté avec mes insuffisances ou qui se sont accommodés à mes exigences ;
- Enfin pour ceux qui par leurs conseils avisés, leur soutien tant moral que matériel ont permis que ce travail s'élabore et voit le jour.

A mon père Kansaye Samba

Tu as été pour nous un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait.

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice.

Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille. Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que tu as consentis. Puisse cette thèse m'offrir l'occasion de me rendre digne de ton conseil, de ton estime et de ta confiance. Sois assuré de mon profond respect. Puisse Dieu vous protéger, vous bénir et vous donner longue vie auprès de nous.

A mon grand-père feu Yaya Kansaye

Illustre disparu religieux, sincère, courageux, sens élevé de la responsabilité. A toi qui m'avais toujours soutenue par tes prières,

A toi qui m'avait donné espoir que je pourrais être médecin un jour,

J'aurai tellement souhaité te voir à mes côtés en ce jour solennel, mais Dieu en a décidé autrement. Qu'ALLAH te bénisse et qu'il t'accorde son paradis, Amen!

A mon oncle Idrissa Kansaye dit Jerry bross

Ton affection, ton soutien moral, matériel et financier ont été un appui inestimable pendant toutes ces années d'étude. Malgré la distance, tu m'as communiqué tes encouragements .Puisse ce travail répondre à ton attente.

A mes oncles : Yaya Kansaye, Mamadou Kansaye, Oumar Kansaye,

Vos conseils et votre assistance m'ont été utiles au cours de toutes les étapes que j'ai traversées jusqu'ici. Ce travail est le vôtre.

A mon oncle, babiné kansaye dit dj sah

J'ai beaucoup apprécié la gentillesse et la simplicité avec laquelle tu m'as toujours accueillie. Je me rappelle encore lorsque tu me disais : « fiston, c'est ici le Mali, pas de barrière entre nous, considère moi comme ton ami, en cas de problème n'hésite pas fait moi signe » .Un merci particulier pour la spontanéité avec laquelle tu m'as toujours porté secours. Sois assurée de ma reconnaissance et de ma sincère admiration.

A mes tantes : Mariam, Denebane, Niantou, Djeneba, Fanta, Ami,

C'est grâce à vous aussi que j'en suis là. J'aurais toujours à l'esprit que je vous dois tout. Je ne saurai jamais estimer l'assistance et l'affection dont j'ai bénéficié auprès de vous. Je saurais être digne de vous. Qu'ALLAH vous Bénisse et vous Conserve longtemps en bonne santé auprès de nous.

A mes mères de Bamako : Balkissa Koureissy à Doumanzan et maman Patricia dit maman Togo

Aujourd'hui c'est mon cœur, c'est tout mon être qui écrit.

Vous avez remplacé ma mère ici à Bamako, vous avez été toujours soucieuse de mon avenir, je vous remercie de m'avoir acceptée comme un des vôtres ; merci pour votre affection, votre amour, votre témérité, votre générosité, votre modestie, votre grandeur d'âme. Vos conseils et vos soutiens et vos prières ont contribué à la réalisation de ce travail. Qu'Allah vous bénisse, vous comble de toutes ses grâces et vous accorde santé et longévité.

A mon feu petit frère : Ibrahim Kansaye

Ta disparition précoce nous a choqués et marqués à jamais. Repose en paix.

A mes frères et sœurs : Abdoulaye, Mohamed, Fatoumata, Bassedou, Ib, Maimouna, Amadou.

Vous m'avez été d'un grand soutien durant toutes ces années passées loin de vous. Vos différentes personnalités m'ont permis de garder la tête toujours très haute afin de mener à bien ce travail.

Que ce travail soit une source d'inspiration, de motivation pour vous. Apprenez que l'ambition et la réussite individuelle contribuent à l'épanouissement de la famille.

Merci infiniment de m'avoir accepté et de m'avoir compris.

Je vous adore. Restons toujours unis.

A mes cousins et cousines : Amadou Kansaye (bakoza), Baoumou, Bamalé, Saidou, Boua, Baba, Awa, Moussa

Toutes celles et tous ceux qui se reconnaissent en moi. Je vous réitère tout mon amour et tout mon attachement fraternel. Que ce travail puisse vous servir d'exemple tout en espérant qu'il vous incitera sur le chemin du devoir, de l'indépendance et du dépassement, merci.

A mes fils de Bamako : Christians Sieleche et Traore Pory

Ensemble nous avons partagé tant bien que mal des moments de peines mais aussi des moments de joies. C'est l'endroit pour moi de vous remercier pour vos apports indéfectibles dans ce collectif. Vous avez été toujours un soutien pour moi. Merci d'avoir supporté avec moi les angoisses depuis tant d'année. Je pars laissé derrière moi des fils qui sauront relever le défi. Puissent l'unité, la paix et l'amour régner au milieu de vous.

Sachez que Vous occupez chacun de vous, une place particulière dans mon cœur. Merci pour tous ces bons et chaleureux moments passés ensemble. Puisse Dieu garder chacun de vous et puisse nos relations rester intacte, voire se renforcer.

A mon ami et frère Sylvestre Togo

Tu as été pour moi un grand frère, un conseiller, un compagnon de lutte.

Ensemble nous avons enduré des souffrances et des difficultés. Merci pour ton affection et ta sympathie. Tu m'as toujours dit que la réussite est au bout de l'effort.

A travers ce travail je te réitère toute ma reconnaissance.

A mes amis d'enfance en Côte d'Ivoire (Petit-Paris) : Arroune, Herman, Massaer, Toffe, Stephane, Richard, Ovier, Freddy, Sylvert, Marino, Kakou, Paulin, Agi, Franck, Isaac Abou, Rosalie, Cheick, Lewis, Raphaele, Prisca, Emma, Jean-Francois, Pablo, Aime...

Malgré la distance qui nous sépare vous comptez beaucoup pour moi.

A ceux qui sont chers à mon cœur :Dk, Djess, Amidou, Hawa, Ladji, Telly, Nana, Idriss, Sanata, Aminata Tambadou, Zadi, Franck, Naura Pascal, Oliva, Assitan Traore, Assetou Dicko, Nea, Cofel , Guillaume, Armel, Sory, Soul, , Guindo, Marc, Ehouman, Kady Tanapo, Lydie, Marie Thérèse.

Merci pour les moments passés ensemble. Je vous porte chacun dans mon cœur.

A mes amis(es) et camarades « LES GUERRIERS » : Ali, AZIZ, DAFPE, YOSSI, KONE, MOMO SAGA, OUSMANE, SOULEY, ZOU, HASSAN, AMARA, MARIE, ROSINE, MAYELET, FATOU, PINDA, CHEICK, SEKOU SALA.

Depuis la première année médecine nous sommes devenus inséparables.

Chers(es) amis(es), les mots me manquent pour vous dire merci car à travers vous j'ai connu le sens du mot amitié. Votre humour, votre amour du prochain et votre bonne éducation n'ont jamais cessé de m'émouvoir. Je prie Dieu pour que notre amitié résiste à tous les obstacles de la vie. Je vous souhaite beaucoup de réussite dans la vie.

A mes aînés : Sekou (Dolio), Vackou, Mariam, Nina, Lamine, Lass, Fouss, Kone(Le Propre) Youssouf Traore(Kimbell) Moussa Y. Sanogo, Bakary Sanogo, Baky, Foss, Papus, Amadou Cisse, Balame Mamadou.

Mon ambition est de vous imiter dans l'exercice de ma profession. Que Dieu vous accorde longévité et bonheur.

A toute l'équipe du service de Pédiatrie de la commune I.

Nous avons passés beaucoup de temps ensemble. Que DIEU nous accompagne tous, tout au long de notre carrière

A tout le groupe Ebola : Almamy, Hameye, Dior, Krimo, Ballody, Samba, Bantchi.

Votre amour et engagement pour le travail bien fait, votre sympathie et esprit de collaboration font de vous de futures responsables scientifiques déterminés et m'ont beaucoup inspiré. Recevez ici chers collègues ma profonde gratitude et reconnaissance.

A mes compagnons de lutte du c/aeem : Aboul Aziz Coulibaly, Moussa Diabate, Jp, Ibrahim Gueye, Pierre Dao, Halidou Maiga...

Je voudrais vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi, pour les moments passés ensemble, merci de m'avoir aidée à devenir en partie ce que je suis aujourd'hui. Vous comptez beaucoup pour moi et vous le savez.

A tous les membres actifs et sympathisants de la grande famille RASERE

Trouvez ici chers amis, toute ma sympathie et ma profonde reconnaissance.

A tous les étudiants du collectif « l'excellence »

Je vous porte dans mon cœur.

A tous les étudiants de l'AEI (Amical des Etudiants ivoiriens) de la FMPOS

Simplement merci.

A tous les étudiants de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

A tous les Professeurs de la FMPOS particulièrement au Pr. feu Anatole TOUNKARA :
merci pour tout le savoir que j'ai hérité de vous.

A toutes les victimes de la maladie à virus Ebola

Que Dieu apaise vos souffrances.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et président du jury

Professeur Boubacar MAIGA

- **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,

Permettez-nous de vous remercier pour ce grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Votre qualité d'écoute, de compréhension et votre simplicité sont admirables.

Votre rigueur dans le travail, votre sens élevé du travail bien fait, votre disponibilité associée à vos valeurs humaines font de vous un maître exemplaire.

Recevez ici, cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude.

À notre Maître et Juge

Dr. Niélé Hawa DIARRA

- **Médecin chercheur au DER en Santé Public 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,

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury, nous admirons vos qualités scientifiques, humaines de courtoisie et de sympathie qui témoignent de votre grande disponibilité. Veuillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

À notre Maître et Co-directrice de thèse

Dr Lalla Fatouma TRAORE

- **Spécialiste en santé publique,**
- **Directrice adjointe de l'hôpital de GAO.**

Cher maître,

Vous nous faites un honneur en acceptant de codiriger ce travail auquel vous avez été d'un apport capital.

Vos immenses qualités scientifiques et humaines, votre disponibilité et votre complicité avec vos élèves ne peuvent inspirer que respect et admiration.

Cher maître, soyez rassuré de votre profond attachement aux valeurs qui vous sont chères tels que le travail bien fait.

Recevez ici, cher maître, le témoignage de notre reconnaissance et nos sincères remerciements.

À notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Samba DIOP

- **Maitre de conférences en anthropologie médicale,**
- **Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique de santé du DER santé publique de la FMOS,**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique SEREFO/VIH/SIDA/FMOS,**
- **Membre du Comité d'Éthique institutionnel et national du Mali.**

Cher maître,

Nous tenons à vous dire toute notre reconnaissance pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. L'opportunité nous est donnée pour vous faire part de notre estime et admiration que nous portons à votre égard.

Votre rigueur, vos qualités d'homme de science éclairé, de praticien infatigable, de pédagogue averti font de vous un enseignant apprécié de tous. Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez en rassuré que nous nous servons, toute notre vie, des méthodes de travail que vous nous avez inculquées.

Qu'ALLAH vous accorde longue vie et une santé de fer!

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique.

ARN : Acide Ribonucléique.

ASACO : Association de Santé Communautaire

CVD : Centre pour le Développement des Vaccins.

CPPA : Center for Public Policy Alternatives

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée.

CES : Certificat d'Etude Spécialisée

MVE : Maladie à Virus Ebola.

MVM : Maladie à Virus Marburg

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RSI : Règlement Sanitaire International.

FHVE : Fièvre Hémorragique à Virus Ebola.

FHL : Fièvre Hémorragique Lassa

FHCC : Fièvre Hémorragique Congo-Crimée

FHSR : Fièvre Hémorragique à Syndrome Rénal

IOTA : Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique

CNOS : Centre National d'Odonto-Stomatologie

CSREF : Centre de Santé de Référence

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

RDC : République Démocratique du Congo.

CDC : Centers for Disease Control and Prevention.

ELISA : Enzyme-linked Immunosorbent Assay

RT-PCR : Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction

PGM : Plante Génétiquement Modifiée.

PRODESS : politique sectorielle et du programme quinquennal de développement sanitaire et social

PEC : Prise En Charge.

IEC : Information Education Communication.

EIA : Entretiens Individuels Approfondis

OIE : office international des épizooties

HIV : Humann Immunodéficiencie Virus.

IgM : Immunoglobuline M.

EPI : Equipement de Protection Individuel

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire.

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

APHM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

NP : Nucléoprotéines

NSP : Ne Sait Pas

SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

µm : Micromètre

SAU : Service d'Accueil des Urgences.

RAS : Rien à Signaler.

Liste des tableaux :

Tableau I : Epidémies de FHVE en Afrique équatoriale de 1976 à 2014.

Tableau II : Situation détaillée du personnel médical du CHU Point G par grades.

Tableau III : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon les fonctions

Tableau V : Répartition des enquêtés selon qu'ils ont entendu parler de la MVE

Tableau VI : Répartition selon la croyance de la maladie.

Tableau VII : Répartition des enquêtés selon le niveau de connaissance sur les modes de transmission

Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon la connaissance du délai d'apparition des signes après exposition au virus

Tableau IX : Répartition des enquêtés selon le moment de contagiosité après infection

Tableau X : Répartition des enquêtés selon le diagnostic différentiel de MVE

Tableau XI : Répartition des enquêtés selon le niveau de connaissance des fluides et objets à risque de contamination

Tableau XII : Répartition des enquêtés selon le niveau de connaissance des signes cliniques de MVE

Tableau XIII : Répartition des enquêtés sur l'existence d'un traitement spécifique

Tableau XIV : Répartition selon la connaissance sur l'existence d'un vaccin

Tableau XV : Perception des enquêtés sur la possibilité de guérison de la MVE

Tableau XVI : Perception sur la contagiosité de la maladie après guérison

Tableau XVII : Répartition selon l'attitude des enquêtés face à un cas suspect de MVE

Tableau XVIII : Répartition des enquêtés selon le contact avec un cas suspect de la MVE

Tableau XIX : Répartition selon la participation de PEC d'un cas suspect ou confirmé de MVE

Tableau XX : Attitude des enquêtés après exposition au virus Ebola

Tableau XXI : Répartition des enquêtés selon les différentes manières de lavage des mains

Tableau XXII : Répartition des enquêtés selon le moment de pratique du lavage des mains

Tableaux XXIII : Répartition selon l'utilité de l'hygiène des mains

Tableau XXIV : Répartition des enquêtés selon la disponibilité des équipements de protection

Tableau XXV : Répartition des enquêtés selon la participation à une formation de prévention sur la MVE

Tableau XXVI : Répartition selon les suggestions pour améliorer la prévention de MVE

Liste des figures :

Figure 1 : Foyers de fièvre hémorragique Ebola de 1976 à 2015 illustrant la distribution géographique des différentes espèces virales.

Figure 2 : Microscopie électronique en transmission d'un virus Ebola CDC, États-Unis.

Figure 3 : Virions d'Ebola vus au microscope électronique à balayage

Figure 4 : Trois espèces de chauves-souris frugivores tropicales.

Figure 5 : Hypothèses sur la transmission du virus Ebola à l'interface homme-animal.

Figure 6 : Ne pas toucher, ni manger la viande des singes et des chauves-souris.

Figure 7 : L'inhumation rapide et sans risque des défunts.

Figure 8 : Carte des infrastructures de santé de la commune III.

Liste des graphiques :

Graphique 1: Répartition des enquêtés selon le sexe

Graphique 2: Répartition des enquêtés selon le service

Graphique 3: Répartition des enquêtés selon la source d'information

Graphique 4 : Connaissance des enquêtés sur la confirmation d'un cas suspect de la MVE

Graphique 5: Répartition selon le niveau de connaissance sur la durée d'isolement d'un suspect

Graphique 6: Répartition des sujets enquêtés selon la décision d'être isoler

Graphique 7 : Connaissance du nombre de types de lavage des mains

Table des matières

I. INTRODUCTION	18
II. CADRE THEORIQUE	22
1. Justification de l'étude	22
2. Hypothèses de recherche	22
3. Objectifs de recherche	24
III. GENERALITES	26
1. Généralité sur le Mali	26
2. Définition des concepts	27
3. HISTOIRE [15, 16, 58,59].....	30
4. Agent infectieux	33
5. Réservoirs	36
6. Pouvoir pathogène	36
7. Mode de transmission	37
8. Signes cliniques.....	38
9. Diagnostic	39
10. Prise en charge	39
11. Prophylaxie	40
IV-DEMARCHE METHODOLOGIQUE	52
1. Cadre de l'étude	52
2. Population d'étude.....	58
3. Type d'étude.....	58
4. Critères d'inclusion.....	58
5. Critère de non inclusion	58
6. Période d'étude	58
7. Echantillonnage	59
7.1 Analyse quantitative :	59
7.2 Analyse qualitative	59
8. Considérations éthiques.....	60
9. Technique et outils d'enquête	60
10. Saisie, traitement et analyse des données	60
11. Budget de l'étude :	60
12. Produits entendus	60
V. RESULTATS	62

A. Analyse quantitative	62
1. Profil sociodémographique des enquêtés	62
1.1. Répartition selon la tranche d'âge	62
1.2 Répartition selon le sexe	63
1.3. Répartition selon le service	63
2. Détermination de la perception et du niveau de connaissance de la MVE	65
2.1 Entendre parler de la MVE	65
3. Attitude des enquêtés face à la MVE	74
3.1 Attitude des enquêtés face à un cas suspect de MVE	74
3.2 Contact avec un cas suspect	74
3.3 Participation à la prise en charge d'un cas suspect ou confirmé de MVE	75
3.4 Réaction des enquêtés face à l'isolement	75
4. Niveau de connaissance sur les pratiques de prévention	76
4.1 Manières de lavage des mains	76
4.2 Moment de lavage des mains	77
4.3 Connaissance des enquêtés sur le nombre de types de lavages des mains	78
4.4 Utilité de l'hygiène des mains	78
4.5 Disponibilité des équipements de protection	79
4.6 Formation de prévention sur la MVE	80
4.7 Suggestions de prévention	80
B. Analyse qualitative :	81
1. Entretien individuel approfondi	81
2. Groupe de discussion (focus group)	82
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	85
1-Approche méthodologique	86
2. Caractéristiques socio démographiques	86
3. Perceptions et connaissances	87
4. Attitude des enquêtés face à la MVE	89
5. Niveau de connaissance sur les pratiques de prévention	89
CONCLUSION	92
RECOMMANDATIONS	93
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	95

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

« Ebola » Nul n'ignore désormais ce que recouvre ce mot inquiétant. Les vagues médiatiques successives dans le monde sur ce sujet ont bien averti le grand public : l'hôpital centre de soins peut parfois se transformer en lieu de danger et de contamination. La dispensation des soins aux patients dans un état critique peut être un exercice difficile, dans la mesure où les limitations de ressources, l'insuffisance des connaissances et des compétences sur la maladie.

Découverte pour la première fois respectivement en 1967 et 1976, la maladie à virus Marburg (MVM) et la maladie à virus Ebola constitue une même famille de virus appelée : les filovirus (qui regroupe des virus à l'apparence filamenteuse), ces maladies virales sont classées parmi les maladies émergentes selon l'office international des épizooties (OIE).

Les flambées épidémiques de maladie à virus Ebola ou Marburg constituent un problème de santé publique important pour les Etats d'Afrique sub-saharienne. Parmi les 2973 cas de Marburg et d'Ebola recensés de juin 1967 à décembre 2012, 290 victimes (10%) étaient des agents de santé [1].

L'Afrique de l'Ouest est en train de subir la flambée de maladie à virus Ebola la plus étendue, la plus sévère et la plus complexe enregistrée dans l'histoire [2].

L'épidémie actuelle de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest débute au sud-est de la Guinée en décembre 2013, avant de s'étendre au Liberia et à la Sierra Leone puis, dans une moindre mesure, au Nigeria, au Sénégal, aux États-Unis, à l'Espagne, au Mali et au Royaume-Uni. C'est la première fois que ce virus, entraîne une contamination ailleurs qu'en Afrique centrale puis hors du continent africain [3].

Selon l'OMS l'épidémie mortelle d'Ebola est désormais qualifiée d' « urgence de santé publique de portée mondiale » au titre du Règlement sanitaire international (RSI) [4].

Cette maladie, pour laquelle il n'existe pas de traitement homologué, a un taux de létalité allant de 25 % à 90 % chez l'humain [5].

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

Depuis le 24 octobre 2014, le Mali pris connaissance de la maladie pour la première fois à travers une fillette de deux ans décédée après être revenue de Guinée avec sa grand-mère. Ce cas fait du Mali le sixième pays d'Afrique de l'Ouest à être touché par la flambée actuelle [7].

Sur sept (7) cas confirmés de la maladie à virus Ebola au Mali, cinq (5) ont entraîné des décès et deux (2) ont été guéris [8].

Le 18 janvier 2015, le Mali et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont annoncé conjointement la fin de l'épidémie de la maladie à virus Ebola quarante-deux (42) jours après la négativation des tests de contrôle au laboratoire du dernier cas en date du 6 décembre 2014 [9].

La prise en charge des cas en santé publique repose sur :

- L'identification rapide des cas de maladie à virus Ebola,
- L'isolement et le traitement des patients,
- La recherche minutieuse des contacts, sur la mise en œuvre de mesures appropriées de prévention et de lutte contre l'infection,
- L'application de pratiques d'enterrement sécuritaires [10].

La prévention repose sur une alerte précoce et la mise en place de mesures spécifiques édictées par l'OMS qui doivent être connues et anticipées [11].

L'analyse de la situation a confirmé la large prédominance de la contamination du personnel soignant. Les établissements de soins sont des sites à risque majeur de propagation de cette maladie.

Pour comprendre cette situation, il nous a donc paru nécessaire de mener ce travail dont le but est d'évaluer les perceptions et pratiques de prévention au Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

CADRE THEORIQUE

II. CADRE THEORIQUE

1. Justification de l'étude

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 et 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 [12].

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 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.

2. Hypothèses de recherche

- Après la riposte de l'épidémie de la maladie à virus Ebola au Mali, les actions de prévention ont été renforcées dans les structures de santé. Les équipements adéquats de prévention sont disponibles, le personnel de soins respecte toujours les mesures fournis par les autorités sanitaires.
- Depuis la riposte de l'épidémie de la maladie à virus Ebola au Mali, les mesures de prévention sont abandonnées par le personnel de soins. Les structures sanitaires ne sont plus fournies en équipement adéquats de prévention.

OBJECTIFS

3. Objectifs

- **Objectif général :** Evaluer les perceptions du personnel de soins et les pratiques de prévention, reliées à la maladie à virus Ebola au CHU du Point G ;
- **Objectifs spécifiques :**
 - Décrire le profil sociodémographique du personnel de soins du CHU du Point G ;
 - Déterminer le niveau de connaissance du personnel de soins sur la maladie à virus Ebola et sa prévention ;
 - Décrire les attitudes du personnel de soins devant un cas suspect ou confirmé de maladie à virus Ebola.
 - Mesurer le risque de transmission et le niveau de prévention de la maladie à virus Ebola au CHU du Point G ;
 - Déterminer les mesures individuelles employées par le personnel de soins au cours des activités à risque de transmission
 - Identifier les équipements de prévention disponibles par le personnel de soins.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. Généralité sur le Mali

Situé en Afrique de l'Ouest en plein Sahel, le Mali est un vaste pays continental qui couvre une superficie d'environ 1 241 238 km². Il est entouré par 7 pays avec lesquels il partage 7 200 Km de frontière et dont la Guinée Conakry au sud est à haute prévalence pour la maladie à virus Ebola. Les autres pays frontaliers sont, la Côte d'Ivoire au Sud et le Burkina Faso au Sud-est l'Algérie au Nord, le Niger à l'Est, la Mauritanie et le Sénégal à l'Ouest. Le relief est peu élevé et peu accidenté ; c'est un pays de plaines et de bas plateaux. L'altitude moyenne est de 500 mètres. Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique s'étendant entre les 11° et 25° de latitude nord, du relief et du climat, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger. Deux fleuves traversent le Mali : le fleuve Niger et le fleuve Sénégal. La situation sanitaire de la population du Mali, reflet du niveau actuel de développement socio-économique, reste préoccupante, malgré les fluctuations de la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat qui est passé de 5,28% en 1992 à 6,63% en 2001.

Au Mali, les niveaux de morbidité et de mortalité sont élevés et cela s'explique surtout par :

- une insuffisance de la couverture sanitaire (63% de la population réside à moins de 15 km d'un centre de santé de premiers contacts offrant le paquet minimum d'activités) ;
- une insuffisance des ressources financières allouées au secteur au regard des besoins de la politique sectorielle et du programme quinquennal de développement sanitaire et social (PRODESS) ;
- un environnement naturel insalubre et propice à la transmission des maladies infectieuses et parasitaires du fait d'une hygiène individuelle déficiente et des comportements très souvent inadéquats face à l'environnement ;
- une insuffisance de l'accès à l'eau potable des populations ;
- des habitudes sur le plan nutritionnel qui ont pour conséquences des apports nutritionnels non équilibrés déficients aussi bien en quantité qu'en qualité (fer, iode, vitamine A), ce qui provoque des maladies et des carences ;
- la persistance de certaines coutumes et traditions souvent néfastes pour la santé ;
- un faible niveau d'alphabétisation, d'instruction et d'information de la population ;

- une insuffisance de la participation des communautés de base à l'action sanitaire ;
- une insuffisance en nombre et en qualité du personnel sanitaire et social [13].

2. Définition des termes

Endémie : Persistance de cas d'une maladie dans un lieu donné pendant une longue période [14].

Epidémie : Apparition d'un nombre anormalement élevé de cas d'une maladie, concentrés dans le temps et dans l'espace [14].

Pandémie : Endémie ou épidémie qui survient dans une zone géographique très étendue telle qu'un continent ou la planète entière [14].

Endémo- épidémie : Persistance de cas d'une maladie dans un lieu donné pendant une longue période avec des épisodes épidémiques [14].

Flambée épidémique : Une flambée épidémique est la brusque augmentation du nombre de cas d'une maladie normalement enregistré dans une communauté, dans une zone géographique ou pendant une saison donnée. Une flambée peut se produire dans une zone restreinte ou s'étendre à plusieurs pays. Elle peut durer quelques jours ou quelques semaines, voire plusieurs années [15].

Incubation (période d') : Temps qui s'écoule entre la pénétration de l'agent pathogène et l'apparition des premiers symptômes de la maladie [14].

Prévalence : Proportion de personnes présentant l'événement de santé dans une population donnée à un moment donné. Elle s'exprime en nombre de cas rapporté à une population [14].

❖ Définition des cas [44,45].

Cas alerte pour la communauté : Toute personne présentant une fièvre élevée à début brutal qui ne répond à aucun traitement des causes habituelles de fièvre dans la région.

Ou toute personne ayant présenté une hémorragie ou une diarrhée sanglante ou une hématurie,

Ou toute personne morte subitement.

Cas Suspect : Toute personne, vivante ou décédée, présentant ou ayant présenté une fièvre élevée à début brutal, et ayant été en contact avec :

- un cas suspect, probable ou confirmé d'Ebola ;
- un animal mort ou malade (pour Ebola).

OU : toute personne présentant une fièvre élevée à début brutal et au moins trois des symptômes suivants :

- maux de tête
- vomissements
- anorexie / perte d'appétit
- diarrhée
- fatigue intense
- douleurs abdominales
- douleurs musculaires ou articulaires
- difficultés à avaler
- difficultés à respirer
- hoquet

OU : toute personne présentant des saignements inexplicables.

OU : toute personne morte subitement et dont le décès est inexplicable.

Cas Probable : Tout cas suspect évalué par un clinicien

OU : Tout cas suspect décédé (et pour lequel il n'a pas été possible d'obtenir des échantillons biologiques pour confirmation au laboratoire) ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Cas Confirmé Au Laboratoire : Tout cas suspect ou probable avec un résultat de laboratoire positif. Les cas confirmés au laboratoire doivent être positifs soit pour l'antigène du virus, soit

pour l'ARN viral détecté par transcription inverse suivie de la réaction en chaîne par polymérase (RT-PCR), soit pour les anticorps IgM dirigés contre Ebola.

Non-Cas : Tout cas suspect ou probable avec un résultat de laboratoire négatif. Les « non-cas » étaient dépourvus d'anticorps spécifiques, d'ARN et d'antigènes spécifiques décelables.

❖ **Définition de personne contact [44,45].**

Personne contact d'un cas d'Ebola : Toute personne ayant été en contact avec un cas d'Ebola dans les 21 jours précédant le début de ses symptômes selon au moins une des modalités suivantes:

- ✓ a dormi dans le même foyer que le cas
- ✓ a eu un contact physique direct avec le cas (vivant ou décédé) pendant sa maladie
- ✓ a eu un contact physique direct avec le cas (décédé) pendant les funérailles,
- ✓ a eu un contact direct avec le sang ou les fluides corporels du cas pendant sa maladie
- ✓ a eu un contact direct avec les vêtements ou le linge du patient
- ✓ a été allaité au sein d'un cas (pour un bébé)

Personne contact d'un animal mort ou malade : Toute personne ayant été en contact avec un animal décédé ou malade dans les 21 jours précédant le début de ses symptômes selon au moins une des modalités suivantes:

- ✓ a eu un contact physique direct avec l'animal
- ✓ a eu un contact direct avec le sang ou les fluides corporels de l'animal
- ✓ a dépecé l'animal
- ✓ a mangé de la viande de brousse crue.

Personne contact d'un laboratoire : Toute personne ayant travaillé dans un laboratoire dans les 21 jours précédant le début de ses symptômes selon au moins une des modalités suivantes:

- ✓ a eu un contact direct avec des prélèvements de patients suspects d'Ebola.
- ✓ a eu un contact direct avec des prélèvements d'animaux suspects d'Ebola.

3. HISTOIRE [15, 16, 58,59].

Le virus Ébola a été identifié pour la première fois en 1976 après la survenue d'épidémies importantes à Nzara, dans la province ouest-équatoriale du Soudan, ainsi qu'à Yambuku, dans une région voisine du nord du Zaïre (aujourd'hui République Démocratique du Congo). Le nom Ebola est celui d'une rivière passant près de Yambuku.

- De juin à novembre 1976, le virus Ébola a infecté 284 personnes au Soudan, faisant 151 morts. Dans la République Démocratique du Congo, il y eut 318 cas et 280 décès en septembre et octobre 1976. Un cas isolé s'est déclaré dans la République Démocratique du Congo en 1977 et une seconde flambée a eu lieu au Soudan en 1979 (33 cas, dont 22 mortels).
- En 1989 la souche Reston du virus Ébola fut isolée chez des macaques de Buffon (*Macacca fascicularis*), mis en quarantaine dans des laboratoires à Reston (Virginie), aux États-Unis d'Amérique.
- De 1989 à 1996, on a observé plusieurs flambées provoquées par ce même sous-type chez des singes importés des Philippines aux États-Unis et en Italie. Les investigations ont retrouvé la source de ces épidémies dans un établissement travaillant à l'exportation près de Manille, mais n'ont pu déterminer le mode de contamination dans celui-ci. Plusieurs singes sont morts et au moins quatre personnes ont été contaminées, mais aucune d'entre elles n'a présenté de manifestations cliniques.
- En novembre 1994, un cas humain infecté par le sous-type Côte d'Ivoire et plusieurs cas chez des chimpanzés ont été confirmés en Côte d'Ivoire.
- En 1995, une épidémie de grande ampleur est survenue à Kikwit au Zaïre ; 315 cas ont été rapportés, dont 250 mortels.
- Au Gabon, la fièvre hémorragique à virus Ébola fut identifiée pour la première fois en 1994 (19 cas, dont 9 mortels) et des flambées épidémiques se sont produites en février (37 cas, dont 21 mortels) et en juillet 1996 (60 cas, dont 45 mortels).

- En octobre 2000, le virus Ébola a été signalé dans le district de Gulu, au nord de l'Ouganda. Entre septembre 2000 et janvier 2001, le sous-type Soudan a infecté 425 personnes et tués 224 d'entre elles, ce qui en fait la plus grande épidémie connue à ce jour. C'était la première fois que l'on notifiât l'apparition du virus Ebola Soudan depuis 1979.
- D'octobre 2001 à décembre 2003, plusieurs flambées épidémiques du sous-type Zaïre ont été signalées au Gabon et en République du Congo avec, au total, 302 cas, dont 254 mortels: Mékambo-Mbomo-Kéllé 2001-2002, Kéllé-Mbomo 2003 et Mbandza-Mbomo 2003.
- Une épidémie a été décrite en République Démocratique du Congo avec 32 cas dont 15 décès de fin novembre 2008 à mi-février 2009.

Depuis la découverte du virus Ebola, environ 1 850 cas, dont plus de 1 200 mortels, ont été documentés.

- 2013-2014
 - ✓ Une épidémie est survenue en 2014 en République Démocratique du Congo qui a fait 68 cas dont 49 décès au 9 octobre 2014.
 - ✓ Une autre épidémie de grande ampleur a frappé plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest avec des cas exportés en dehors de l'Afrique.
- Au 12 octobre 2014, 4,493 décès ont été répertoriés dans 5 pays : Liberia, Guinée, Sierra Leone, Nigeria et États-Unis. Le nombre total de cas cumulés excèdent 8900.

Tableau I: Epidémies de FHVE en Afrique équatoriale de 1976 à 2014 [15].

1976	RDC (Yambuku) : 318 cas, 280 décès (88%*) ; Soudan (Nzara / Maridi) : 284 cas, 151 décès (53%)
1977	RDC : 1 cas, 1 décès (100%)
1979	Soudan (Nzara) : 34 cas, 22 décès (65%)
1994	Gabon : 52 cas, 31 décès (60%) ; Côte d'Ivoire : 1 cas, 0 décès
1995	RDC (Kikwit) : 315 cas, 254 décès (81%)
1996	Gabon : 31 cas, 21 décès (68%) ; Gabon : 60 cas, 45 décès (75%) ; Afrique du Sud : 1 cas, 1 décès (100%)
2000	Ouganda : 425 cas, 224 décès (53%)
2001-2002	Gabon : 65 cas, 53 décès (82%) ; Congo : 59 cas, 44 décès (75%)
2003	Congo : 143 cas, 128 décès (90%) ; Congo : 35 cas, 29 décès (83%)
2004	Soudan : 17 cas, 7 décès (41%)
2005	Congo : 12 cas, 10 décès (83%)
2007	RDC : 264 cas, 187 décès (71%) ; Ouganda : 149 cas, 37 décès (25%)
2008	RDC : 32 cas, 14 décès (44%)
2011	Ouganda : 1 cas, 1 décès (100%)
2012	Ouganda : 24 cas, 17 décès (71%) ; Ouganda : 7 cas, 4 décès (57%) ; RDC : 57 cas, 29 décès (51%)
2014	RDC (juillet - novembre 2014) : 66 cas, 49 (74%)

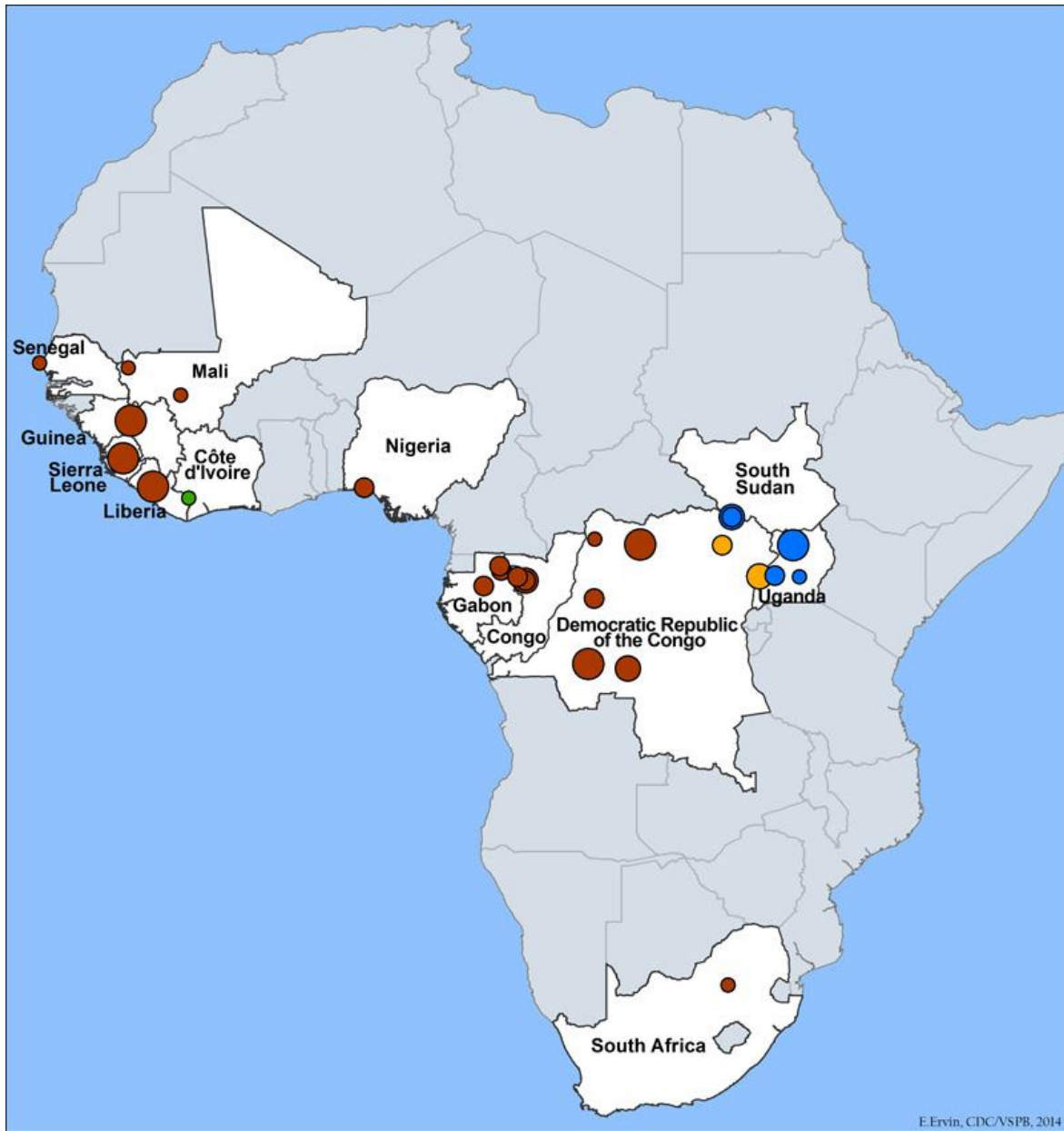
4. Agent infectieux

✓ Structure et génome

Le virus Ebola appartient à la famille des filovirus, qui regroupe des virus à l'apparence filamenteuse caractéristique. Des chauves-souris frugivores de la famille des ptéropodidés constituent vraisemblablement le réservoir naturel du virus, mais d'autres mammifères peuvent être infectés. Chez l'homme et les autres primates, il provoque la maladie à virus Ebola, et a causé plusieurs épidémies. Cette maladie, pour laquelle il n'existe pas de traitement homologué [5].

On distingue :

- le virus Ebola proprement dit (EBOV), de l'espèce *ebolavirus Zaïre* (autrefois ZEBOV), ou sous-type Ebola Zaïre, identifié pour la première fois en 1976 au Zaïre (aujourd'hui République démocratique du Congo), c'est le plus virulent des cinq virus, à l'origine de l'épidémie de 2014 en Afrique de l'Ouest ;
- le virus Soudan (SUDV), de l'espèce *ebolavirus Soudan*, ou sous-type Ebola Soudan, endémique au Soudan du Sud et en Ouganda ;
- le virus Reston (RESTV), de l'espèce *ebolavirus Reston*, ou sous-type Ebola Reston, identifié en 1983 dans la région de Reston, aux États-Unis ;
- le virus Forêt de Taï (TAFV), de l'espèce *ebolavirus Forêt de Taï*, autrefois *ebolavirus Côte d'Ivoire* (CIEBOV), ou sous-type Ebola Forêt de Taï (ou encore Ebola Côte d'Ivoire), identifié en 1994 dans le parc national de Taï, en Côte d'Ivoire, aux confins de la Guinée et du Libéria ;
- le virus Bundibugyo (BDBV), de l'espèce *ebolavirus Bundibugyo*, ou sous-type Ebola Bundibugyo, identifié en 2008 dans la région de Bundibugyo, en Ouganda [18,19].



EBOLAVIRUS OUTBREAKS BY SPECIES AND SIZE, 1976 - 2014

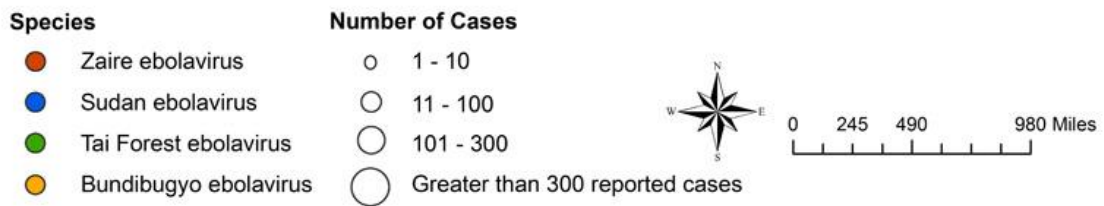


Figure 1 : Foyers de fièvre hémorragique Ebola de 1976 à 2015 illustrant la distribution géographique des différentes espèces virales [17].

Les filovirus appartiennent à l'ordre des Mononegavirales, comprenant les virus à ARN monocaténaire non segmenté à polarité négative. Initialement classés parmi les rhabdovirus, les filovirus forment aujourd'hui une famille distincte et seraient en réalité plus proches des paramyxovirus [20].

Le virus Ebola peut être linéaire ou ramifié, long de 0,8 à 1 μm mais pouvant atteindre 14 μm par concatémérisation (formation d'une particule longue par concaténation de particules plus courtes), avec un diamètre constant de 80 nm. Il possède une capsid nucléaire hélicoïdale de 20 à 30 nm de diamètre constituée de nucléoprotéines NP et VP30, elle-même enveloppée d'une matrice hélicoïdale de 40 à 50 nm de diamètre constituée de protéines VP24 et VP40 et comprenant des stries transversales de 5 nm. Cet ensemble est, à son tour, enveloppé d'une membrane lipidique dans laquelle sont fichées des glycoprotéines GP [23].

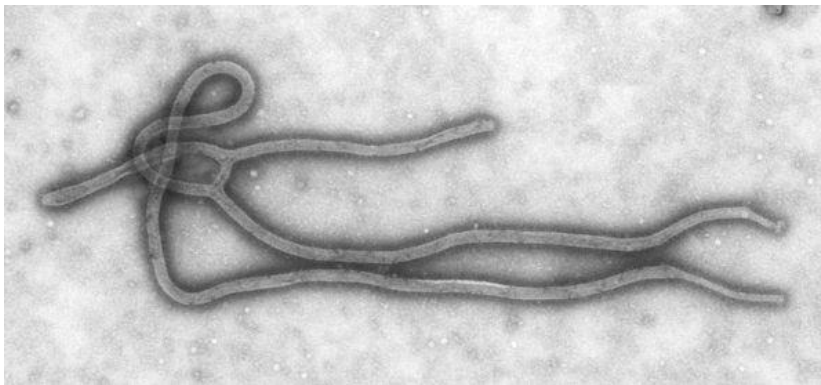


Figure 2 : Microscopie électronique en transmission d'un virus Ebola CDC, États-Unis [23].

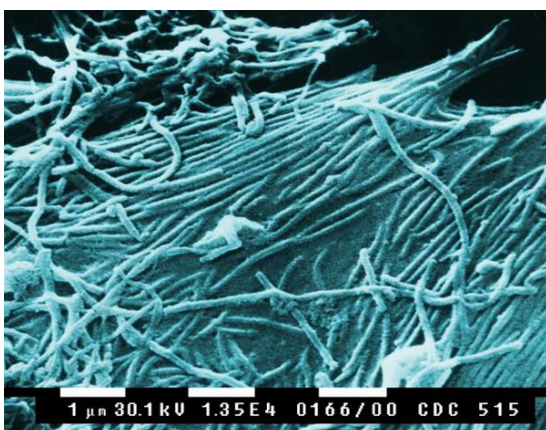


Figure 3 : Virions d'Ebola vus au microscope électronique à balayage [24].

5. Réservoirs

Le réservoir naturel du virus Ebola pourrait être des chauves-souris, notamment l'espèce de la roussette d'Égypte. Des anticorps d'Ebola virus Zaïre ont été détectés dans le sérum de trois espèces de chauves-souris frugivores tropicales : *Hypsignathus monstrosus*, *Epomops franqueti* et *Myonycteris torquata*. Le virus n'a cependant jamais été détecté chez ces animaux [24].

Si les chauves-souris frugivores de la famille des ptéropodidés constituent vraisemblablement le réservoir naturel du virus Ebola, on a trouvé des éléments génétiques de filovirus dans le génome de certains petits rongeurs, de chauves-souris insectivores, de musaraignes, de tenrecidés voire de marsupiaux, ce qui tendrait à prouver une interaction de plusieurs dizaines de millions d'années entre ces animaux et les filovirus [25].



Hypsignathus monstrosus[26]



Myonycteris torquata[27]



Epomops franqueti[28]

Figure 4 : *Trois espèces de chauves-souris frugivores tropicales.*

6. Pouvoir pathogène

La période d'incubation varie de 2 à 21 jours, le plus souvent de 4 à 9 jours. Une semaine après le début des symptômes, les virions envahissent le sang et les cellules de la personne infectée. Les cellules les plus concernées sont les monocytes, les macrophages et les cellules dendritiques. La progression de la maladie atteint généralement le fonctionnement des organes vitaux, en particulier des reins et du foie. Ceci provoque des hémorragies internes importantes. La mort survient, peu de temps après, par défaillance polyviscérale et choc cardio-respiratoire [29].

7. Mode de transmission

➤ **Entre humains :**

Le contact direct avec les liquides organiques (sang, vomi, diarrhée, sueur, salive...) d'une personne infectée est la principale voie de contamination interhumaine. Selon les conclusions de l'OMS à la date d'octobre 2014, les liquides les plus infectieux sont actuellement le sang, les selles et le vomi. Le virus ayant également été détecté dans le lait maternel et l'urine. La salive et les larmes peuvent également représenter un risque, bien que les données scientifiques ne soient actuellement pas concluantes selon l'OMS.

À l'inverse, le virus entier vivant n'a jamais été isolé dans la sueur et la propagation du virus par la toux et les éternuements est « rare voire inexistante » [30].

Les risques de propagation parmi le personnel hospitalier sont très élevés, particulièrement si la stérilisation du matériel n'est pas assurée. La transmission du virus peut aussi s'effectuer par contacts étroits du malade avec ses proches. On entend par contacts étroits des contacts directs avec les liquides organiques d'une personne infectée, qu'elle soit vivante ou décédée. Les rituels funéraires de certains peuples d'Afrique centrale, consistant à laver le corps, puis à se rincer les mains dans une bassine commune, ont souvent favorisé la propagation du virus à travers la famille et les amis du défunt [31].

➤ **Entre humains et animaux :**

La transmission peut se produire chez des personnes ayant manipulé des primates infectés par le virus, morts ou vivants : cas des singes, probablement du genre *Cercopithecus*, vendus comme viande de brousse sur les marchés en République démocratique du Congo [32].

En laboratoire, des primates non humains ont été infectés à la suite d'une exposition à des particules aérosolisées du virus provenant du porc, mais une transmission par voie aérienne n'a pas été démontrée entre primates non humains. Des porcs ont excrété le virus dans leurs sécrétions rhinopharyngées et leurs selles après une inoculation expérimentale [33].

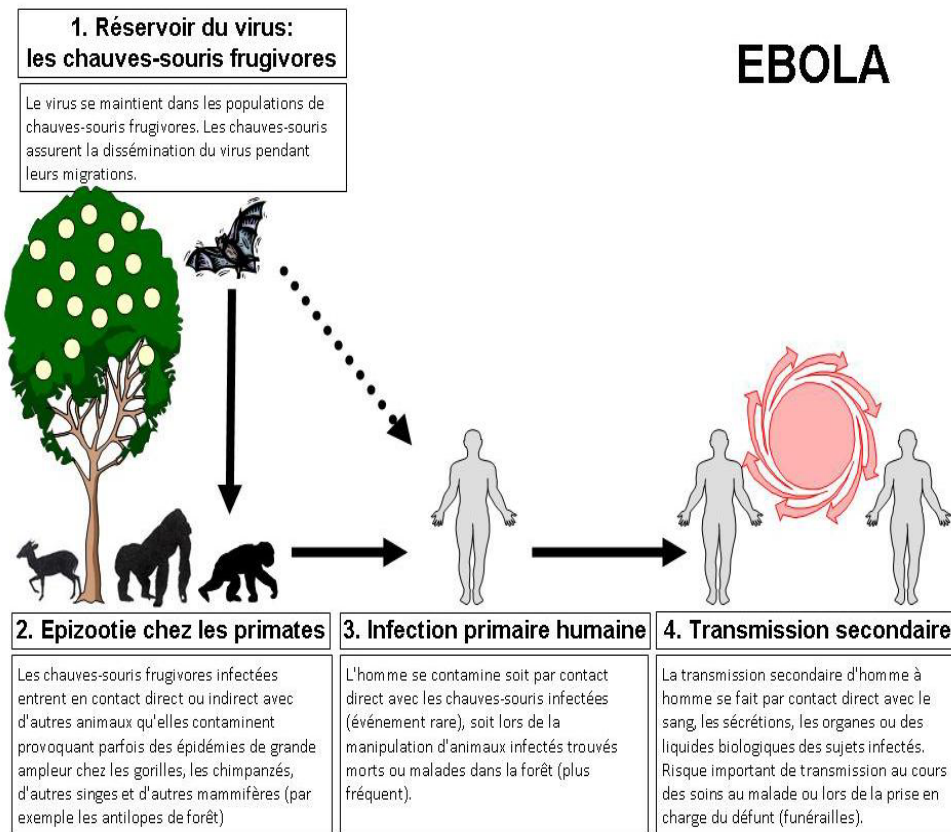


Figure 5 : Hypothèses sur la transmission du virus Ebola à l'interface homme-animal [34].

8. Signes cliniques

La maladie à virus Ebola se caractérise par une soudaine montée de fièvre accompagnée d'une fatigue physique, de douleurs musculaires, de céphalées ainsi que de maux de gorge [32].

Débutent ensuite une diarrhée souvent sanglante (appelée « diarrhée rouge » en Afrique francophone), les vomissements, les éruptions cutanées et l'insuffisance rénale et hépatique.

Des hémorragies internes et externes surviennent ensuite, suivies du décès par choc cardio-respiratoire dans 50 à 90 % des cas. Les signes hémorragiques peuvent être très frustes à type d'hémorragies conjonctivales. Elles peuvent aussi être profuses à type d'hématémèse et de melæna. La contagiosité des malades est donc très variable bien que 5 à 10 particules virales d'Ebola suffisent à déclencher une amplification extrême du virus dans un nouvel hôte [32].

9. Diagnostic

Le diagnostic d'une maladie à virus Ebola peut être établi notamment par titrage immunoenzymatique (ELISA) afin de détecter les anticorps anti-Ebola ou les antigènes viraux, par amplification génique précédée d'une transcription inverse (RT-PCR) afin de détecter l'ADN dérivé de l'ARN viral, par microscopie immunoélectronique afin d'observer les particules virales dans les tissus et les cellules, et par immunofluorescence indirecte afin de détecter les anticorps antiviraux [33,35].

Le diagnostic différentiel d'une maladie à virus Ebola doit être évalué par rapport au paludisme, la fièvre typhoïde, la shigellose, le choléra, la leptospirose, la peste bubonique, la rickettsiose, la fièvre récurrente, la méningite, une hépatite et d'autres fièvres hémorragiques virales (fièvre de Lassa, fièvre hémorragique à syndrome rénal (FHSR), fièvre Congo-Crimée, etc.) [33,35].

10. Prise en charge

Il n'existe pas de traitement homologué contre la maladie à virus Ebola [36,37]. La prise en charge des cas graves consiste en des soins palliatifs intensifs destinés à maintenir la fonction rénale et l'équilibre électrolytique tout en limitant les hémorragies et l'état de choc [38].

La réhydratation de soutien par voie orale ou intraveineuse et le traitement des symptômes spécifiques améliorent les taux de survie [5].

La maladie causée par le virus est fatale dans 20 % à 90 % des cas [39].

Cette large différence est due au fait que le virus Ebola est particulièrement dangereux en Afrique, où les soins sont limités et difficiles à fournir aux populations [24].

Un vaccin vivant atténué expérimental donne des résultats encourageants chez le singe [40].

Il a été administré en mars 2009 à une chercheuse travaillant sur le virus, après une possible contamination accidentelle. L'évolution en a été favorable [41].

D'autres pistes sont en cours d'exploration chez l'animal : utilisation d'une protéine inhibitrice d'un facteur de la coagulation [42] ou inhibition de l'ARN polymérase virale par des ARN interférents [43].

Un sérum, composé d'anticorps monoclonaux produits par des plantes de tabac PGM appelé ZMapp de la firme américaine Mapp Biopharmaceutical, est administré avec succès, de façon expérimentale en août 2014, sur deux patients américains infectés ; et les États-Unis ont partiellement levé des restrictions sur un autre traitement expérimental de la société canadienne Tekmira, mais sa mise sur le marché pourrait prendre plusieurs mois.

Les japonais ont eux aussi un traitement expérimental qui fonctionnerait sur le virus Ebola même 6 jours après infection et ce sur les souris, les tests sur les primates n'ont pas encore été faits et le Nigeria devrait bientôt recevoir un petit stock de ce produit utilisé pour traiter la grippe et qui fonctionne sur la Fièvre du Nil, la Fièvre Jaune et la Fièvre Aphteuse.

La lamivudine, molécule anti-HIV disponible en quantité en Afrique, est en cours de test pour soigner Ebola [43].

11. Prophylaxie

La nature particulièrement infectieuse et contagieuse de l'agent pathogène implique de prendre d'emblée les mesures prophylactiques appropriées, d'abord par l'instauration d'une zone de quarantaine autour des régions sujettes à des flambées épidémiques, puis au sein des centres de soin afin de limiter les contaminations nosocomiales et la transmission aux personnels soignants. [46].

Les messages sur la réduction des risques devront porter sur les facteurs suivants :

➤ **Réduction du risque de transmission entre les animaux sauvages et l'homme**

Par contact avec des chauves-souris frugivores ou des singes/primates infectés et par la consommation de leur viande crue. Il faut manipuler les animaux avec des gants et porter d'autres vêtements de protection adaptés. Les produits issus de ces animaux (sang et viande) doivent être cuits soigneusement avant d'être consommés.



Figure 6 : Ne pas toucher, ni manger la viande des singes et des chauves-souris.

➤ **Réduction du risque de transmission interhumaine [47].**

- Ne pas toucher la personne et ses objets personnels.
- Eviter tout contact avec le sang, les urines, les selles, la salive, les vomissures, la sueur, les sécrétions nasales, les larmes, le lait maternel, le sperme ou les sécrétions vaginales.
- Ne pas manger dans le même plat,
- Ne pas boire dans la même tasse,
- Ne pas dormir dans le même lit



➤ **Mesures d'endiguement de la flambée**

L'inhumation rapide et sans risque des défunts,



Figure 7 : L'inhumation rapide et sans risque des défunts.

L'identification des sujets susceptibles d'avoir été en contact avec une personne infectée par le virus Ebola, le suivi de l'état de santé des contacts pendant 21 jours, la séparation sujets sains/malades en vue de prévenir la propagation, une bonne hygiène et le maintien d'un environnement propre. [5].

Mesures de base de prévention [48]:

➤ **Hygiène des mains :**

Comment pratiquer l'hygiène des mains

- **La friction des mains avec un produit hydro-alcoolique** est la méthode de choix pour pratiquer l'antisepsie des mains de routine, pour autant que les mains ne soient pas visiblement souillées. Elle est plus rapide, plus efficace et mieux tolérée que le lavage des mains au savon et à l'eau.
- **Le lavage des mains au savon et à l'eau** est recommandé lorsque les mains sont visiblement sales ou souillées par du sang ou d'autres liquides biologiques, ou après être allé aux toilettes.

➤ **Technique:**

- **Lavage des mains (40 à 60 secondes):** mouiller les mains et appliquer le savon; frotter sur toutes les surfaces; rincer les mains et les sécher complètement avec une serviette à usage unique; utiliser la serviette pour fermer le robinet.
- **Friction des mains (20 à 30 secondes):** appliquer assez de produit pour couvrir toute la surface des mains et frotter les mains l'une contre l'autre jusqu'à ce qu'elles soient sèches.

➤ **Les indications de l'hygiène des mains:**

- Avant de toucher un patient, pratiquer l'hygiène des mains en approchant le patient.
- Avant un geste aseptique, pratiquer l'hygiène des mains immédiatement avant de toucher un site critique présentant un risque infectieux pour le patient (muqueuse, peau lésée, dispositif médical invasif).

- Après un risque d'exposition à un liquide biologique, pratiquer l'hygiène des mains dès que le geste exposant effectivement ou potentiellement aux liquides biologiques est terminé (et après retrait de gants).
- Après avoir touché un patient, pratiquer l'hygiène des mains en quittant le patient et son environnement.
- Après contact avec l'environnement du patient, pratiquer l'hygiène des mains en quittant l'environnement du patient, après en avoir touché un objet ou du mobilier, à l'exclusion de tout contact avec le patient.

➤ **Port de Gants**

- Porter des gants lorsque l'on doit toucher du sang, des liquides corporels, des sécrétions, des excréments, les muqueuses ou des lésions cutanées.
- Changer de gants entre chaque geste ou acte pratiqué sur le même patient lorsqu'on a été en contact avec des matières potentiellement infectieuses.
- Enlever les gants après usage, avant de toucher des objets et des surfaces non contaminés et avant de s'occuper d'un autre patient. Se laver ou se désinfecter les mains immédiatement après avoir enlevé les gants.

➤ **Protection du visage (yeux, nez, et bouche)**

- Porter (1) un masque chirurgical et une protection pour les yeux (lunettes de protection) ou (2) un écran facial pour protéger les muqueuses oculaires, buccales et nasales lorsqu'on risque d'être éclaboussé par du sang, des liquides corporels, des sécrétions ou des excréments.

➤ **Blouse**

- Porter une blouse pour protéger la peau ou éviter de souiller les vêtements en effectuant des activités au cours desquelles on risque d'être éclaboussé par du sang, des liquides corporels, des sécrétions ou des excréments.

- Enlever la blouse souillée dès que possible et se laver les mains.

- **Prévention des blessures par piqûre d'aiguille et par d'autres objets tranchants**

Faire attention:

- En manipulant les aiguilles, les scalpels et les autres instruments tranchants;
- En nettoyant des instruments qui ont été utilisés;
- En jetant les aiguilles usagées et les autres instruments tranchants.

- **Hygiène respiratoire et règles à respecter quand on tousse**

Les personnes qui présentent des symptômes respiratoires doivent prendre les précautions suivantes:

- Se couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir ou un masque quand elles toussent ou éternuent, jeter les mouchoirs ou les masques usagés et se laver les mains après avoir touché des sécrétions respiratoires.

- **Nettoyage des locaux**

- Appliquer des procédures adéquates pour le nettoyage et la désinfection systématique des locaux et des surfaces fréquemment utilisées.

- **Linge**

Manipuler, transporter et traiter le linge sale de telle sorte :

- A éviter toute exposition de la peau, des muqueuses et toute contamination des vêtements;
- A éviter que d'autres patients ou l'environnement ne soient contaminés par des agents pathogènes.

➤ **Élimination des déchets**

- Veiller à la gestion des déchets en toute sécurité.
- Traiter les déchets contaminés par du sang, des liquides corporels, des sécrétions ou des excréments comme des déchets de soins, conformément à la législation locale.
- Traiter aussi comme déchets de soins les tissus humains et les déchets de laboratoire résultant directement de l'analyse d'échantillons.
- Éliminer correctement les articles à usage unique.

➤ **Matériel utilisé pour dispenser des soins**

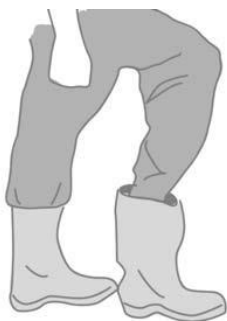
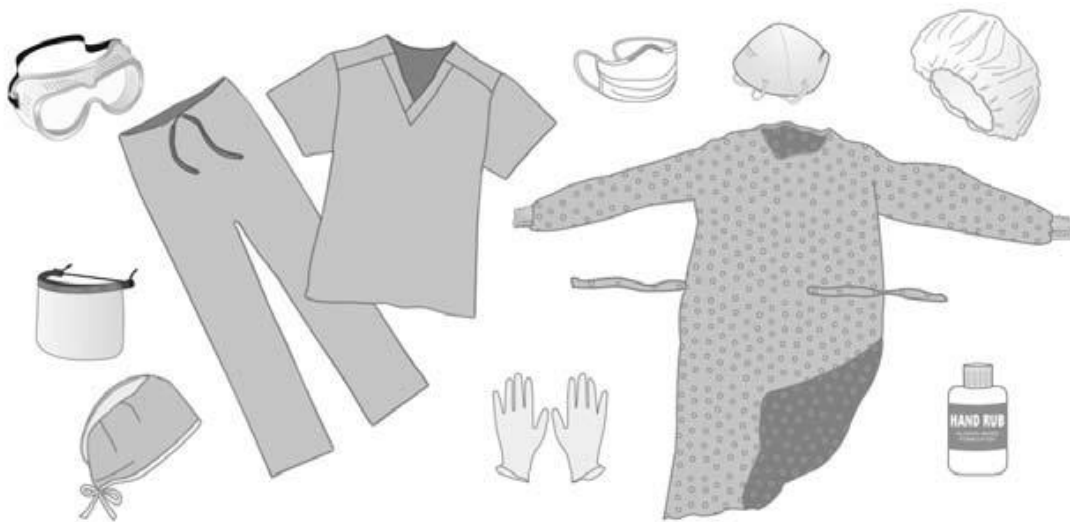
- Manipuler le matériel souillé par du sang, des liquides corporels, des sécrétions ou des excréments de sorte à éviter l'exposition de la peau et des muqueuses, la contamination des vêtements et à éviter que d'autres patients ou l'environnement ne soient contaminés par des agents pathogènes.
- Nettoyer, désinfecter et traiter correctement le matériel réutilisable avant de s'en servir pour un autre patient.

➤ **Procédures à suivre pour mettre et retirer l'équipement essentiel de protection individuelle (EPI) :**

1 Veiller à toujours porter l'équipement essentiel de protection individuelle (EPI) avant tout contact avec un cas suspect, probable ou confirmé de fièvre hémorragique.

2 Un autre membre qualifié de l'équipe doit toujours superviser les personnes qui mettent et retirent l'EPI. Les instructions doivent être affichées au mur dans les vestiaires prévus à cet effet.

3 Réunir tous les articles d'EPI nécessaires à l'avance. Enfiler la tenue chirurgicale au vestiaire.



4 Enfiler des bottes en caoutchouc.
Si indisponibles, mettre des chaussures fermées et étanches et enfiler ensuite des surchaussures.



5 Enfiler la blouse imperméable par-dessus la tenue chirurgicale



6 Mettre la protection



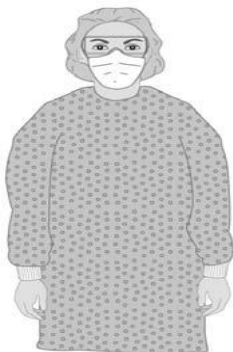
6a Mettre un masque médical.



6b Mettre des lunettes de protection ou un écran facial.



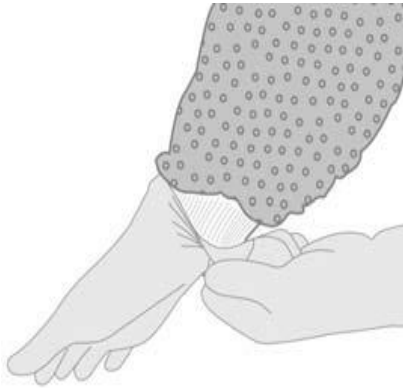
7 Si vous avez des écorchures sur le cuir chevelu ou si vous craignez de recevoir des éclaboussures de liquide, mettre aussi une coiffe.



8 Pratiquer l'hygiène des mains.



9 Mettre les gants, en recouvrant le bas des manches.



10 Ajouter un tablier imperméable en plastique si la blouse n'est pas imperméable ou si des activités demandant des efforts importants sont prévues avec le patient.



Pendant que vous portez l'EPI:

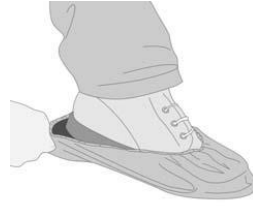
- évitez de toucher ou d'ajuster l'EPI
- changez de gants s'ils se déchirent ou se détériorent
- changez de gants entre chaque patient
- pratiquez l'hygiène des mains avant d'enfiler une nouvelle paire de gants

➤ **Procédures à suivre pour retirer l'équipement essentiel de protection individuelle**

1 Enlever le tablier en plastique et s'en débarrasser de manière sûre afin d'éviter tout danger de contamination. S'il doit être réutilisé, le mettre dans un bac approprié avec du désinfectant.



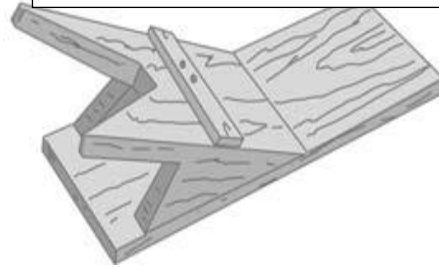
2 Si vous portez des sur-chaussures, les enlever avant d'enlever vos gants. (Si vous portez des bottes, reportez-vous à l'étape 5).



3 Enlever la blouse et les gants, les retourner et s'en débarrasser de manière appropriée



4 Si vous portez des bottes en caoutchouc, les retirer sans les toucher (de préférence avec un tire-botte). Les mettre dans un bac avec un désinfectant.



5 Pratiquer l'hygiène des mains.



6 Si vous portez une coiffe, la retirer à ce stade (en commençant par l'arrière).



7 Enlever la protection faciale:

7a Enlever l'écran facial ou les lunettes de protection (en partant de l'arrière). Mettre la protection oculaire dans un bac à part pour le traitement ultérieur.



7b Enlever le masque en commençant par l'arrière. Pour enlever le masque, défaire en premier l'attache du bas, puis celle du haut.



8 Pratiquer l'hygiène des mains. [48].

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

IV-DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1. Cadre de l'étude

Notre étude a été menée dans la commune III, du district de Bamako précisément au Centre Hospitalier Universitaire du point G.

La commune III du district de Bamako se présente comme suit :

A l'instar des autres communes du district de Bamako, la commune III a été créée par l'ordonnance n°78 /32/CMLN du 18 août 1978 fixant le statut du district de Bamako avec une population de 119.287 habitants en 2004.

La commune III regroupe 20 quartiers : N'Tomikorobougou ; Bamako-Coura ; Centre Commercial ; Ouolofobougou ; Ouolofobougou-Bolibana ; Dravéla-Bolibana ; Bamako-Coura-Bolibana, Badialan I Badialan II, Badialan III, Darsalam, Dravéla, Koulouba, Samé, Koulouniko, Point-G, Sogonafing, Niomirambougou, Sirakoro Doufing, Kodabougou.

Elle est limitée au nord par le cercle de Kati à l'est par le boulevard du peuple qui la sépare de la commune II, au sud par la portion du fleuve Niger, à l'ouest par la commune IV. La population de la commune III est cosmopolite et presque toutes les ethnies du Mali s'y côtoient dans une parfaite symbiose. Les ethnies et langues dominantes sont : Bambara, Malinké, Dogon, Sarakolé, Ouolof, Peulh. Les services sanitaires publics sont : Hôpital Gabriel Touré, **Hôpital du Point G**, IOTA, CNOS et CSREF commune III. Elle compte 8 centres de santé toutes opérationnels : ASACOTOM, ASACODES, ASACOM, ASACOKOUL, ASACOBAKON, ASACODRAB, ASACOKED, ASACOOB.

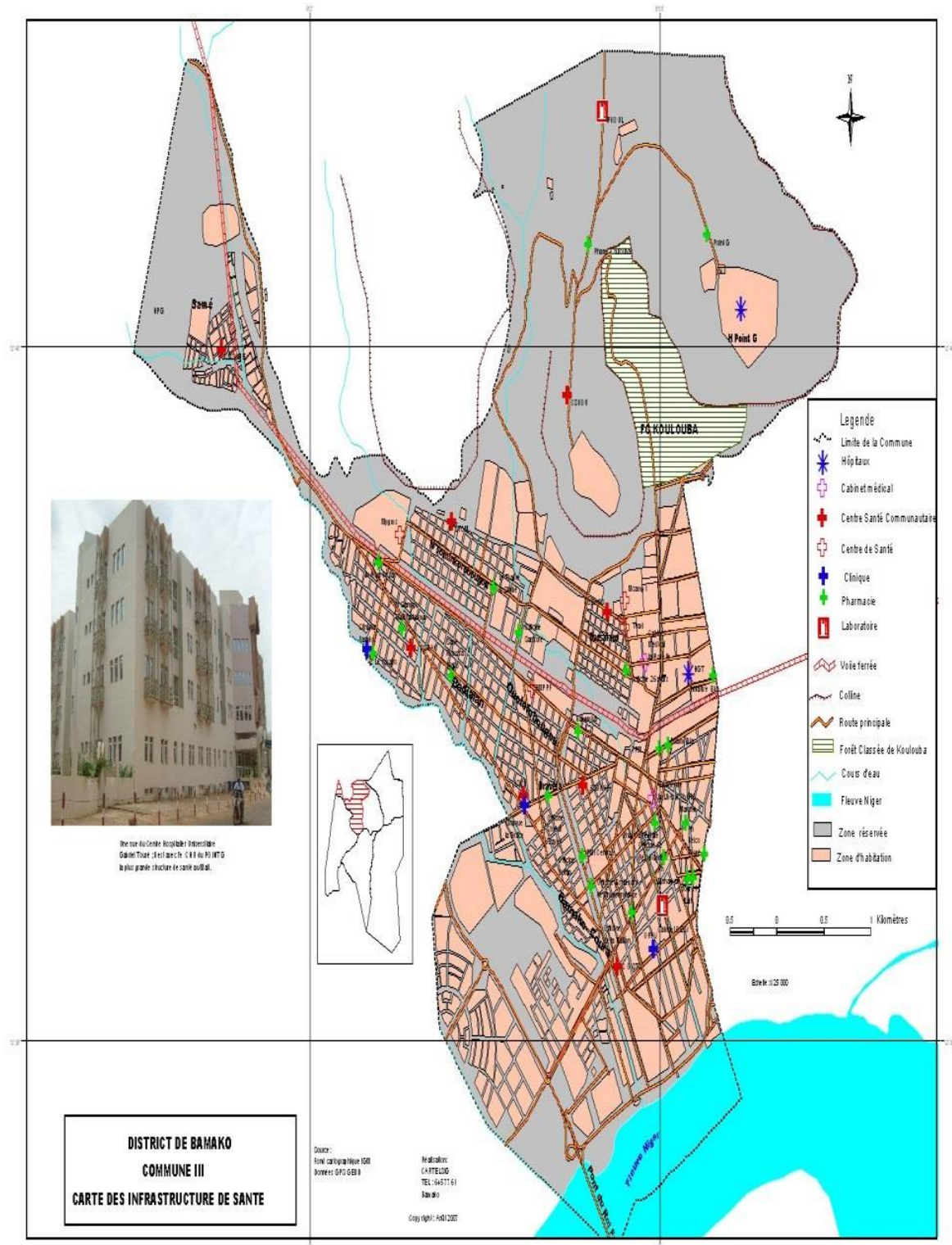


Figure 8 : Carte des infrastructures de santé de la commune III [49].

Le Centre Hospitalier Universitaire du point G se présente comme suit :

D'après les notables le quartier du **Point G** s'appellerait Nianakorobougou et le chef de quartier était Nianakoro FOFANA créée à l'image de l'hôpital en 1912 par quelques personnes. Pendant cette période les travailleurs ne s'étaient pas bien installés. C'est dans les années 1928-1929 que les premières habitations ont vu le jour. L'ordonnance N° 32-34 du Comité Militaire de Libération Nationale (CMLN) a fait de **Point G** un village officiel. Dans les années 2005 la population était estimée à 4221 habitants.

Ces limites ont été fixées par l'ordonnance 34 du 18 Août 1978 comme suit :

A l'Est par Sikoro et l'Hippodrome ;

A l'ouest par Koulouba ;

Au Sud par Missira et Médina Coura ;

Au Nord par M'goumi.

Point G pour le colonisateur était un point stratégique pour se retrouver.

Les chefs de quartier qui se sont succédés sont :

1. Nianakoro FOFANA de 1928 au 28 avril 1973 ;
2. Daba SIDIBE de 1973 au 12 Novembre 1979
3. Seriba SIDIBE de 1979 au 14 Janvier 1999 ;
4. Zoumana FOFANA de 1999 à nos jours.

Notons que parmi les chefs de quartier trois étaient des anciens militaires. [49].

Le CHU du Point G autrefois appelé hôpital du Point G, fut construit entre 1906 et 1913, et couvre une superficie de 25 hectares, situé sur une colline surplombant Bamako.

Le CHU du Point G, est un établissement public Hospitalier doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. L'hôpital a été créé par la loi N° 03- 021 du 14 juillet 2003 avec pour mission de participer à la mise en œuvre de la politique nationale de la santé.

Le CHU du Point G est chargé :

- d'assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes;
- de prendre en charge les urgences et les cas référés;
- d'assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de la santé ;
- de conduire des travaux de recherche dans le domaine médical.

Le CHU du Point G est une structure de santé de troisième référence du Mali, il comporte deux types de services (administratifs et techniques):

A- Les services administratifs :

1. La Cellule contrôle de gestion composée des sections suivantes :
 - ✓ Suivi administratif et financier,
 - ✓ Suivi des activités techniques.
2. Le service financier qui regroupe les sections suivantes :
 - ✓ Section Engagement et mandatement du budget,
 - ✓ Section Approvisionnement,
 - ✓ Section Traitement des salaires et accessoires,
 - ✓ Section Admissions
3. Le service de ressources humaines composé des sections suivantes :
 - ✓ Section gestion administrative des ressources humaines
 - ✓ Section communication, relations publiques et contentieux,
4. Le service de maintenance comprenant :
 - ✓ La section maintenance biomédicale,
 - ✓ La section maintenance générale
5. L'Audit interne qui regroupe :
 - ✓ La section audit des procédures financières
 - ✓ La section audit des procédures techniques
6. Le service de soins, d'hygiène et du système d'information hospitalière composé de
 - ✓ La section système d'informations hospitalières
 - ✓ La section hygiène hospitalière
 - ✓ La section des soins infirmiers/obstétricaux
7. L'Agence comptable qui regroupe :
 - ✓ La section paierie
 - ✓ La section recouvrement
8. Comptabilité matières composée des sections suivantes :
 - ✓ Section certification et traitement des salaires,
 - ✓ Section suivi et réception du patrimoine

9. Surveillance Générale

10. Le service informatique qui regroupe :

- ✓ La section maintenance informatique,
- ✓ La section administration de réseau et suivi de logiciels

11. Le service social composé de :

- ✓ La section informations et enquête sociale,
- ✓ La section prise en charge

B- Les services techniques :

1. Cardiologie A
2. Anesthésie – réanimation-urgences
3. Cardiologie B
4. Neurologie
5. Néphrologie
6. Chirurgie A
7. Chirurgie B
8. Urologie
9. Pharmacie
10. Gynécologie
11. Maladies infectieuses
12. Pneumologie
13. Imagerie médicale
14. Psychiatrie
15. Hémato oncologie
16. Laboratoire
17. Médecine interne
18. Rhumatologie
19. Anatomie Pathologique.

Chaque service technique est dirigé par un chef de services assisté d'un adjoint et d'un surveillant de service. Il est composé d'unités de soins et de surveillant pour chaque unité.

Outre les services suscités, il existe une unité d'ophtalmologie.

Tableau II : Situation détaillée du personnel médical du CHU Point G par grades.

	Grades	Effectifs
PERSONNEL MEDICAL	Professeur	27
	Maître de conférences	2
	maitre-assistant	8
	Médecin	84
	Pharmacien	7
	Assistant médical	48
	Interne des hôpitaux	12
	Technicien supérieur de santé	70
	Technicien de santé	74
	Autres	49
Total personnel médical		381

2. Population d'étude

La population visée de notre étude était Le personnel de soins du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

3. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive réalisée sur un volet quantitatif et qualitatif à partir d'entretiens de groupes focalisés et d'interview de quelques personnels de soins pour avoir leurs opinions sur la MVE.

4. Critères d'inclusion

Tout personnel de soins du CHU du Point G, pendant la période d'enquête ayant accepté de participer à notre enquête.

5. Critère de non inclusion

- Tout personnel de soins refusant de participer à l'étude ;
- Tout personnel de soins n'exerçant pas au CHU du point G ;
- Tout personnel de soins absent au moment de l'enquête.

6. Période d'étude

L'étude s'est déroulée au CHU du point G du 1^{er} Avril au 31 Mai 2015.

7. Echantillonnage

7.1 Analyse quantitative :

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 :

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

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

$$p+q=1$$

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

$$p = n/N \quad n = \text{nombre de cas}(8) \text{ et } N = \text{population totale}[50].$$

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

$q=1-p$; 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

$$n = (1,96)^2(0,046)(0,954)/(0,05)^2 = 64$$

La taille minimale **n = 64** + 42% pour réponses non satisfaisantes = 155.

7.2 Analyse qualitative

L'enquête qualitative a porté sur deux (02) entretiens individuels approfondis

(EIA) et deux (02) groupes de discussions de six (6) participants par groupe.

- Tous les EIA et les groupes de discussions se sont déroulés dans le service de Réanimation et de Gynéco-obstétrique.

8. Considérations éthiques

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.

9. Technique et outils d'enquête

Les agents de santé avaient été soumis à un questionnaire et les éléments de réponses étaient portés sur une fiche d'enquête établie à cet effet, puis des groupes de discussions (focus groups) et des entretiens individuels approfondis ont été réalisés à partir d'un téléphone portable « Alcatel Onetouch 60.30D ».

10. Saisie, traitement et analyse des données

Les données recueillies ont été saisies sur le logiciel Epi data et analysées sur IBM SPSS Statistics 21. ,

11. Budget de l'étude :

Fond propre

12. Produits entendus

Document de thèse

RESULTATS

V. RESULTATS

A. Analyse quantitative

1. Profil sociodémographique des enquêtés

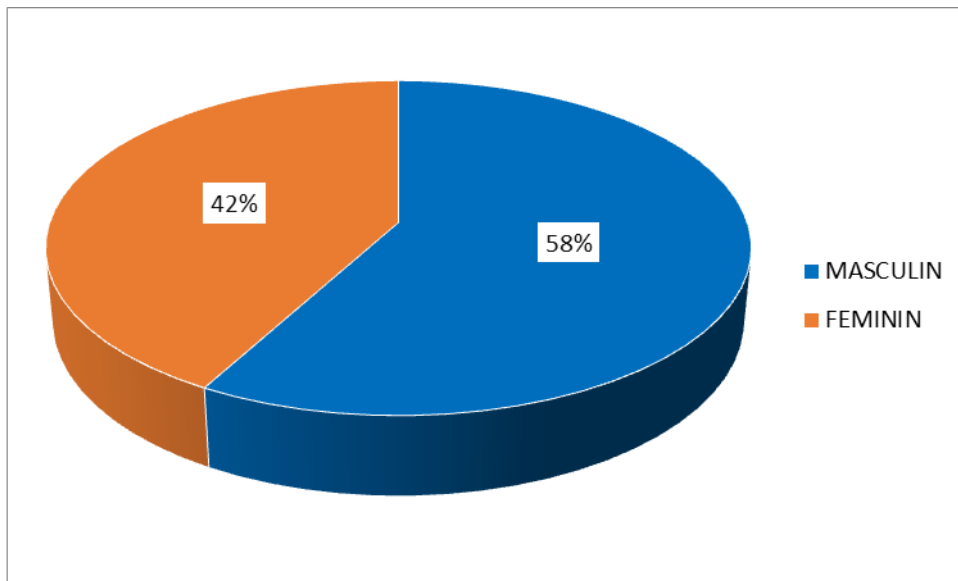
1.1. Répartition selon la tranche d'âge

Tableau III : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
mois de 25 ans	37	23,9
26 à 30 ans	74	47,7
31 à 35 ans	25	16,1
36 à 40 ans	10	6,5
41 ans et plus	9	5,8
Total	155	100

La majorité des enquêtés avait un âge compris entre 26 et 30 ans avec 47,7%. L'âge moyen de notre population était 29,43 avec une médiane de 32 ans et des extrêmes allant de 18 à 63ans.

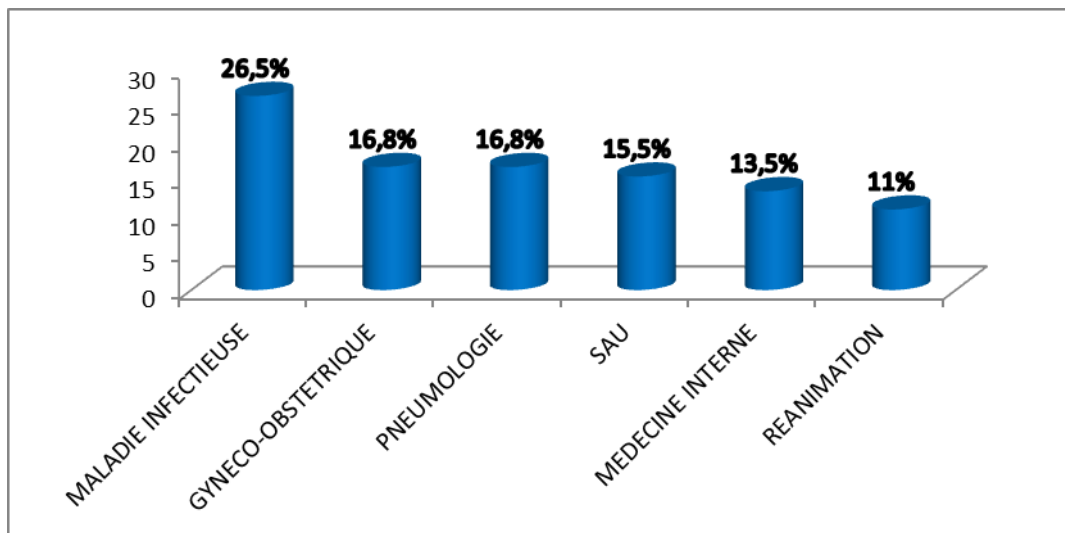
1.2 Répartition selon le sexe



Graphique 1: Répartition des enquêtés selon le sexe

Le sexe masculin était le plus représenté dans notre étude avec 58% des enquêtés soit un sex-ratio de 1,4 en faveur des hommes.

1.3. Répartition selon le service



Graphique 2 : Répartition des enquêtés selon le service

L'enquête s'est déroulée dans 26,5% des cas au service de maladie infectieuse et tropicale

1.4 Répartition selon les professions

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon les fonctions

Professions	Effectifs	Pourcentage
Médecin généraliste	30	19,4
Médecin spécialiste	8	5,2
DES	9	5,8
Infirmier	29	18,7
Assistant médical	1	0,6
Sage-femme	6	3,9
Etudiant en médecine	56	36,1
Elèves infirmiers	2	1,3
Autres	14	9,0
Total	155	100

La profession étudiante a été la plus représentée avec **36,1%**
 Autres : Technicien supérieur de santé

2. Détermination de la perception et du niveau de connaissance de la MVE

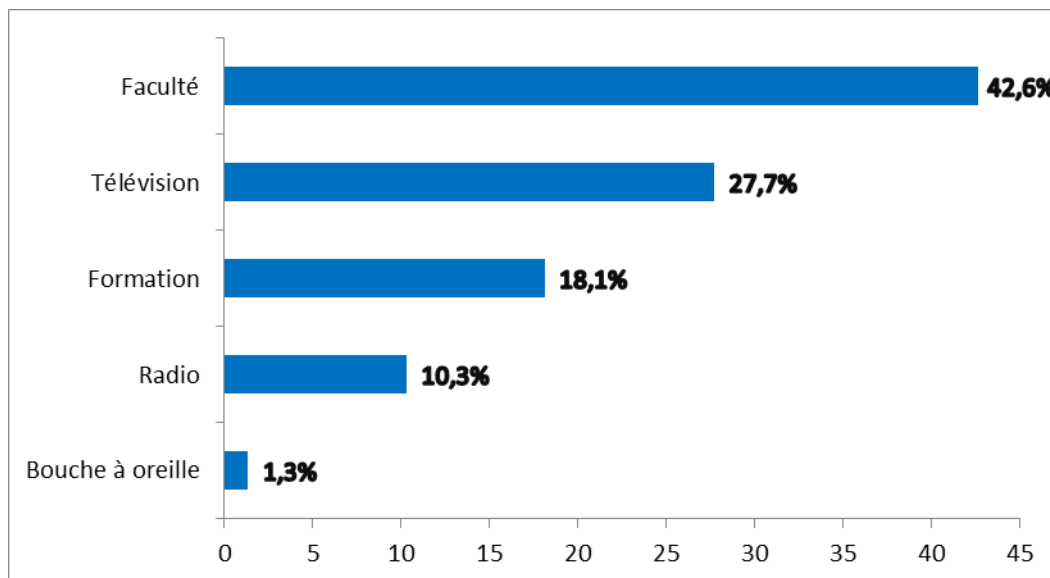
2.1 Entendre parler de la MVE

Tableau V: Répartition des enquêtés selon qu'ils ont entendu parler de la MVE

Entendre parler de MVE	Effectifs	Pourcentage
OUI	155	100
NON	0	0
Total	155	100

Il apparait que **100%** des enquêtés ont déjà entendu parler de la MVE

2.2 Source d'information de la MVE



Graphique 3 : Répartition des enquêtés selon la source d'information

La source d'information la plus évoquée sur la MVE a été la Faculté dans 42,6% des cas.

2.3 Croyance à l'existence de la MVE

Tableau VI : Répartition selon la croyance de la maladie.

Croyance à la MVE	Effectifs	Pourcentage
OUI	149	96,1
NON	6	3,9
Total	155	100,0

Seuls **3,9%** des enquêtés ne croyaient pas à l'existence de la MVE contre **96,1** qui en croyaient.

2.4 Modes de transmission

Tableau VII: Répartition des enquêtés selon le niveau de connaissance sur les modes de transmission

Modes de transmission	Pourcentage
Rapports sexuels	72,3
Sang contaminé	85,8
Mère-enfant	47,3
Contact par un objet souillé	14,9
Animaux sauvages infectés	92,6
Cadavres	93,9
Contact avec une personne contaminée	85,1
Liquides biologiques	98,6

Les liquides biologiques (**98,6**), les cadavres (**93,9**), les animaux infectés (**92,6**), étaient les modes de transmission les plus évoqués par l'ensemble des enquêtés.

2.5 Délai d'apparition des signes après exposition au virus

Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon la connaissance du délai d'apparition des signes après exposition au virus

Délai d'apparition des signes	Effectifs	Pourcentage
2 à 21 jours	132	85,2
Plus de 21 jours	5	3,2
NSP	18	11,6
Total	155	100

Les enquêtés dans **85,2%** des cas savaient le délai d'apparition des signes

2.6 Moment de contagiosité d'une personne infectée par le virus.

Tableau IX: Répartition des enquêtés selon le moment de contagiosité après infection

Moments de contagiosités	Effectifs	Pourcentage
A tout moment	32	20,6
Après apparition des signes	104	67,1
NSP	17	11,0
Autres	2	1,3
Total	155	100

Dans notre étude **67,1%** des enquêtés savaient que le moment de contagiosité était « Après l'apparition des signes ».

Autres : pendant la phase d'état, quand la charge virale est très élevée

2.7 Diagnostic différentiel de la MVE

Tableau X : Répartition des enquêtés selon le diagnostic différentiel de MVE

Diagnostiques différentiels	Pourcentage
Fièvre jaune	93,6
Fièvre typhoïde	88,1
Fièvres hémorragiques (MVM, FHL, FHCC)	96,4
Paludisme	90,9
Ulcère-gastroduodéal	62,6
Choléra	83,9
NSP	5,3
Autres	25,8

Les fièvres hémorragiques (**96,4**), la fièvre jaune (**93,6**), le paludisme (**90,9**) et la fièvre typhoïde étaient les diagnostiques différentiels les plus cités par l'ensemble des enquêtés.

Autres : shigelloses, hépatites, méningite, grippe

2.8 Fluides corporels et objets à risque de contamination

Tableau X I: Répartition des enquêtés selon le niveau de connaissance des fluides et objets à risque de contamination

Fluides et objets à risque de contamination	Pourcentage
Sang	95,9
Salives	88,4
Sueur	93,1
Vomissures	87,5
Urines	87,4
Selles	86,6
Linges souillés	74,2
Matériels médicaux souillés	65,3
Sperme	78,2
NSP	11,6

Les enquêtés avaient énumérés plusieurs fluides et objets de contamination dont le sang (**95,9**), la sueur (**93,1**), les salives (**88,4**), et les vomissures (**87,5**) étaient majoritairement cités

2.9 Connaissance des signes cliniques de MVE

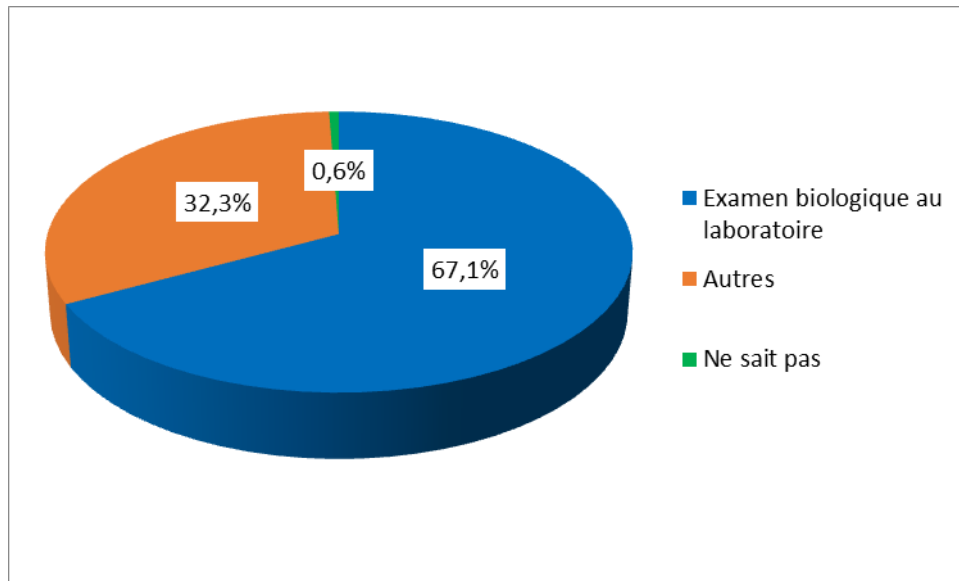
Tableau XII : Répartition des enquêtés selon le niveau de connaissance des signes cliniques de MVE

Signes cliniques	Pourcentage
Fièvre	99,4
Hématémèse	87,9
Epistaxis	72,4
Céphalée	51
Asthénie	43,3
Diarrhée	62,4
Vomissement	58,2
Purpura	39,7
NSP	8,6
Autres	17,3

La fièvre, l'hématémèse, l'épistaxis et la diarrhée étaient les signes cliniques les plus connus de l'ensemble des enquêtés.

Autres : Courbatures, déshydratation

2.10 Confirmation d'un cas suspect de MVE



Graphique 4 : Connaissance des enquêtés sur la confirmation d'un cas suspect de la MVE

L'examen au laboratoire était le principal examen de confirmation cité par

Les enquêtés dans 67,1% des cas.

Autres : Forte fièvre + saignement, fièvre + éruption cutanée, notion de séjour dans une zone endémique.

2.11 Connaissance d'un traitement spécifique

Tableau XIII : Répartition des enquêtés sur l'existence d'un traitement spécifique

Traitement spécifique	Effectifs	Pourcentage
Oui	12	7,7
Non	138	89,0
NSP	5	3,3
Total	155	100

Pour 7,7% des enquêtés affirmaient l'existence d'un traitement spécifique

2.12 Connaissance d'un vaccin

Tableau XIV: Répartition selon la connaissance sur l'existence d'un vaccin

Vaccin	Effectifs	Pourcentage
Oui	22	14,2
Non	129	83,2
NSP	4	2.6
Total	155	100

Pour 14,2% des enquêtés il existait un vaccin contre la MVE

2.13 Possibilité de guérison

Tableau XV : Perception des enquêtés sur la possibilité de guérison de la MVE

Guérison	Effectifs	Pourcentage
OUI	109	70,3
NON	46	29,7
Total	155	100

Parmi les enquêtés **70,3%** évoquaient une possibilité de guérison de la MVE

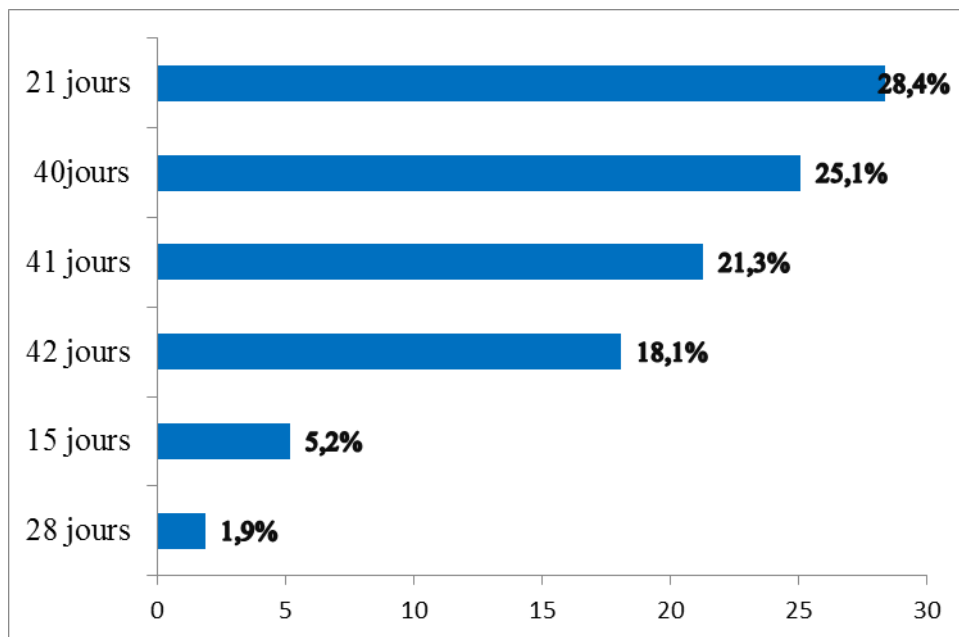
2.14 Perception après guérison

Tableau XVI : Perception sur la contagiosité de la maladie après guérison

Contagiosité après guérison	Effectifs	Pourcentage
Oui	62	40,0
Non	88	56,8
NSP	5	3,2
Total	155	100,0

Il apparait que **40%** de l'ensemble des enquêtés percevaient une possibilité de contagion de la maladie après guérison.

2.15 Durée d'isolement



Graphique 5 : Répartition selon le niveau de connaissance sur la durée d'isolement d'un cas suspect

Les durées de **21 jours et 40 jours** étaient majoritairement citées par l'ensemble des enquêtés soit respectivement **28,4% et 25,1%** des cas.

3. Attitude des enquêtés face à la MVE

3.1 Attitude des enquêtés face à un cas suspect de MVE

Tableau XVII : Répartition selon l'attitude des enquêtés face à un cas suspect de MVE

Attitude face à un cas suspect	Pourcentage
Fuir le malade	9,7
Faire un prélèvement	31,8
Prodiguer des soins	11
Isoler le malade	61,4
Libérer le malade	19,6
Référer le malade	30,7
Prescrire un traitement	23,4
Ne pas déclaré	2,6
Appeler le numéro vert	89,5

Appeler le numéro vert et isoler le malade étaient les attitudes les plus citées face à un cas suspect soit **89,5%** et **61,4%** respectivement

3.2 Contact avec un cas suspect

Tableau XVIII : Répartition des enquêtés selon le contact avec un cas suspect de la MVE

Contact avec un cas suspect de MVE	Effectifs	Pourcentage
OUI	18	11,6
NON	137	88,4
Total	155	100

Parmi les enquêtés seuls **11,6%** avaient eu un contact avec un cas suspect

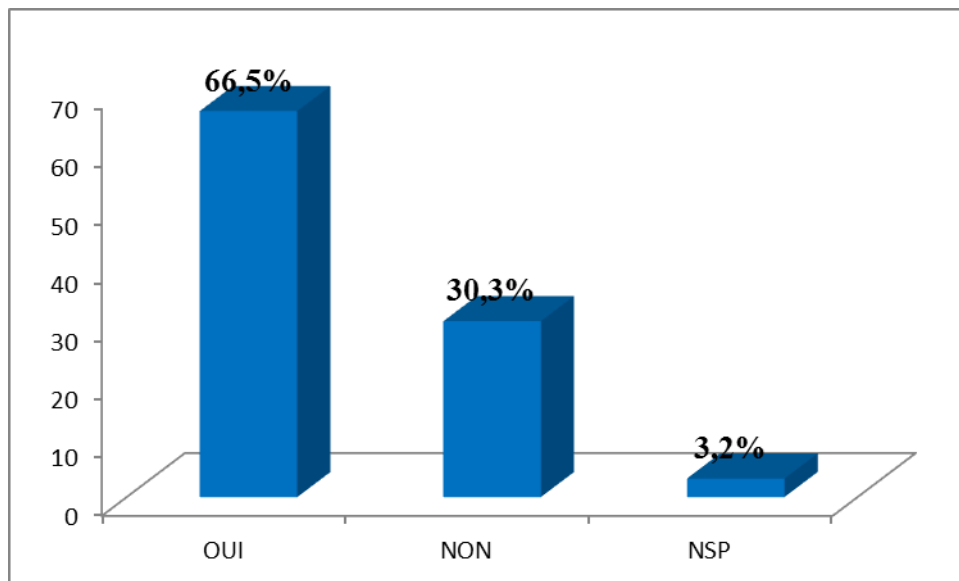
3.3 Participation à la prise en charge d'un cas suspect ou confirmé de MVE

Tableau XIX: Répartition selon la participation de PEC d'un cas suspect ou confirmé de MVE

PEC d'un cas suspect ou confirmé de MVE	Effectifs	Pourcentage
Non	155	100
Total	155	100,0

Tous les sujets enquêtés n'avaient pas eu à participer à la PEC d'un cas suspect ou confirmé de la MVE

3.4 Réaction des enquêtés face à l'isolement



Graphique 6: Répartition des sujets enquêtés selon la décision d'être isoler

66,5% des sujets enquêtés acceptaient d'être isoler contre 30,3% qui n'acceptaient pas d'être isoler.

3.5 Attitude face à une exposition accidentelle au virus

Tableau XX : Attitude des enquêtés après exposition au virus Ebola

Attitude après exposition du virus Ebola	Pourcentage
Consulter un centre spécialisé	74,3
Déclarer	90,8
Auto-surveillance	36,8
Lavage et aseptie de la partie souillée	27
Isolement	88,2
Ne rien faire	2,1

La déclaration, l'isolement et la consultation d'un centre spécialisé étaient les attitudes les plus majoritairement évoquées par l'ensemble des enquêtés après exposition au virus.

4. Niveau de connaissance sur les pratiques de prévention

4.1 Manières de lavage des mains

Tableau XXI Répartition des enquêtés selon les différentes manières de lavage des mains

Manière de lavage des mains	Pourcentage
Lavage au savon	98,1
Lavage à l'eau de javel	97,4
Friction avec solution hydro-alcoolique	91

Dans notre étude **98,1%** des enquêtés pratiquaient le lavage des mains au savon

4.2 Moment de lavage des mains

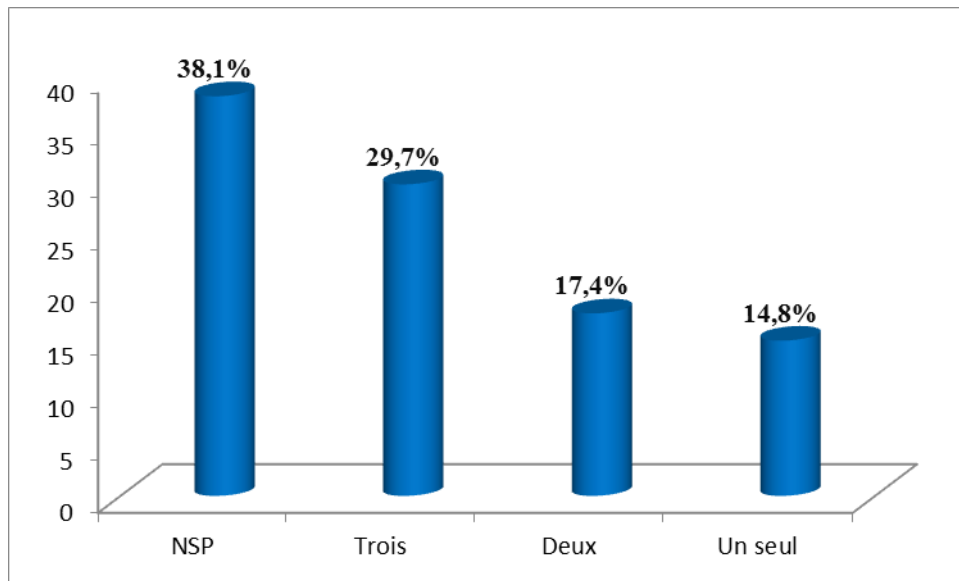
Tableau XXII : Répartition des enquêtés selon le moment de pratique du lavage des mains

Manière de lavage des mains	Moments de lavage des mains	Pourcentage
Lavage au savon	A tout moment	33,5
	Avant et après les soins	49,7
	Autres	16,8
Lavage à l'eau chlorée	A tout moment	36,8
	Avant et après les soins	45,2
	Autres	18
Friction avec solution hydro-alcoolique	A tout moment	45,8
	Avant et après les soins	35,5
	Autres	18,7

Les enquêtes pratiquaient l'hygiène des mains avant et après les soins soit 49,7% pour le lavage des mains au savon, 45,2% pour le lavage des mains à l'eau chlorée.

Ainsi la friction des mains avec la solution hydro-alcoolique se pratiquait à tout moment avec 45,8%.

4.3 Connaissance des enquêtés sur le nombre de types de lavages des mains



Graphique 7 : Connaissance du nombre de types de lavage des mains

Les enquêtés ne savaient pas à **38,1%** le nombre de types de lavage des mains contre 29,7% qui le savaient.

4.4 Utilité de l'hygiène des mains

Tableau XXIII : Répartition selon l'utilité de l'hygiène des mains

L'hygiène des mains protège	Effectifs	Pourcentage
Uniquement les malades	19	12,3
Uniquement le personnel	14	9,0
Le malade et le personnel	122	78,7
Total	155	100

Parmi les enquêtés 78,7 % savaient que l'hygiène des mains protège le malade et le personnel.

4.5 Disponibilité des équipements de protection

Tableau XXIV: Répartition des enquêtés selon la disponibilité des équipements de protection

Disponibilité des matériels de protection	Pourcentage
Gants non stériles	78,1
Gants stériles	81,3
Masques de protection	56,1
Lunettes de protection	57,4
Ecran facial	41,9
Blouses	73,5
Tablier	43,2
Sur-blouse imperméable	56,1
Bonnets	68,4
Bottes étanches	38,1
Thermomètre flash	98,1
Kit de lavage des mains	92,3
Solution hydro alcoolique	95,5
Eau chlorée	98,1
Combinaison Cosmonaute	25,8

Le thermomètre flash, l'eau chlorée, la solution hydro alcoolique, les gants stériles, les gants non stériles et les blouses étaient les matériels de protection les plus disponibles dans les services selon les enquêtés.

4.6 Formation de prévention sur la MVE

Tableau XXV: Répartition des enquêtés selon la participation à une formation de prévention sur la MVE

Formation de prévention sur MVE	Effectifs	Pourcentage
Oui	55	35,5
Non	100	64,5
Total	155	100,0

Seuls 35,5% des enquêtés avaient participé à une formation sur la prévention de la MVE

4.7 Suggestions de prévention

Tableau XXVI: Répartition selon les suggestions pour améliorer la prévention de MVE

Suggestions pour améliorer la prévention de MVE	Effectifs	Pourcentage
RAS	9	5,8
IEC	44	28,4
Renforcer les mesures de prévention	40	25,8
Surveillance des frontières	62	40
Total	155	100

La surveillance des frontière a été majoritairement cité soit 40% comme suggestion pour améliorer la prévention

B. Analyse qualitative :

L'analyse qualitative a porté sur deux (2) entretiens individuels approfondis

(EIA) et deux (2) groupes de discussions de six (6) participants par groupe.

Tous les EIA et les groupes de discussions se sont déroulés dans le service de Réanimation et de Gynéco-obstétrique.

Chaque groupe était composé d'un effectif de : 1 médecin plus 5 étudiants dont 4 hommes et une femme.

1. Entretien individuel approfondi

a. Croyance à l'existence de la maladie à virus Ebola :

Par rapport à la croyance de la MVE, certains de nos interlocuteurs croient à l'existence de cette maladie. Par contre d'autres n'en croient pas car s'ils pensent que c'est une maladie inventée par les européens. C'est ce qui ressort des propos de **P2 (GEIA : II)** : « La MVE existe mais c'est une maladie fabriquée par les blancs car la majorité des flambées se trouve en Afrique » par contre **P1 (GEIA : I)** « je ne crois pas à cette maladie car j'ai jamais vus de cas et je pense que c'est de la politique »

b. Causes de la maladie à virus Ebola :

En ce qui concerne les Causes de la MVE, les participants ont évoqués l'origine virale de la maladie et le fait que ce sont les animaux sauvages (réservoirs du virus) qui le transmettent à l'homme.

-**P1(GEIA)** « les causes sont virales tout comme le Sida »

- **P2(GEIA)** « les causes sont liées aux singes et chauves-souris »

c. Connaissance des moyens de transmissions et de préventions

Par rapport à la question liée à la connaissance des moyens de transmissions et de prévention nos deux interlocuteurs connaissaient les moyens de transmissions et de préventions de la maladie. Comme en témoigne cette pensée de **P2 (GEIA : II)** : « Les moyens de transmission que je connaisse sont : le contact direct avec le sang, la sueur, et tous les liquides biologiques de l'organisme et la transmission indirect par un animal infecté. Les moyens de prévention sont le lavage des mains et évité la proximité »

d. Personnes les plus exposées lors d'une flambée de la MVE.

En période de flambée nos participants citaient comme personnes les plus exposées :

- Les agents de santé pour **P1 (GEIA : I)**
- Les familles et les amis proches pour **P2 (GEIA : II)**

e. Disponibilité des matériels de protection dans votre service :

Les interlocuteurs affirmaient dans le même sens que : « seulement que des gants en vrac avec des gels antiseptiques sinon à part cela rien d'autres » ; « C'est dommage ! Un grand service de gynéco ? Même pas un dispositif de lavage des mains on n'a que seulement la pancarte du numéro vert ! » Ajoutait **P2 (GEIA : II)**.

f. opinion sur les rumeurs faisant état d'aliments pouvant prévenir ou traité l'infection à virus Ebola.

En ce qui concerne cette question nos deux participants avaient répondu qu'ils ne croyaient pas aux rumeurs. Il en ressort chez **P1 (GEIA : I)** : « j'aurai entendu de bouche à oreille que un guérisseur sénégalais avais dit qu'il pouvait guérir la maladie par les oignons, mais je ne me fie pas à cela car pour moi il n'y a pas de traitement. Juste seulement les traitements de signes »

g. Gestion d'un cadavre décédé de la maladie à virus Ebola :

En matière de gestion d'un cadavre décédé de la MVE, les différents interlocuteurs avaient évoqués, la formation des personnes qualifiées en la matière, et la sensibilisation de la famille.

2. Groupe de discussion (focus group)

Avez-vous une connaissance sur l'origine du virus Ebola ?

Les chauves-souris et les singes étaient cités par la majorité des participants mais par contre il ressort chez **(FGI : P3)** « pour moi l'origine c'est dans une rivière au Congo et c'est cette rivière qui porte le nom de la maladie ».

Croyez-vous à l'existence de la maladie à virus Ebola ?

Les participants ont répondu oui à la croyance de cette maladie majoritairement, ce qui pourrait s'illustrer par les propos **(FGII : P1)** « je crois entière à l'existence de cette maladie

par ce que j'en ai vus des cas à la télévision et j'avais un ami aussi qui avait été mis en quarantaine ». Par contre d'autres pensait aussi qu'elle n'existait pas car elle a été inventé par les occidentaux .cela s'explique par ces propos :

« Moi je ne crois pas à l'existence de cette maladie car c'est une maladie qui a été inventé par les blancs » **(FG II : P3)**.

Quels sont les signes de la maladie à virus Ebola ?

En matière de connaissance des signes sur la maladie à virus Ebola les participants ont évoqué :

(FG II : P1) « Au début de la maladie il y a la fièvre l'asthénie les adénopathies en fait une asthénie générales et plus tard les saignements comme rectorragie et hématomèse les vomissements et plus tard atteinte des viscères »

(FGII : P4) « Comme toute fièvre hémorragique, On ne peut pas dire qu'il y a des signes spécifiques réservés seulement pour Ebola mais d'après les documents la maladie se manifeste par les céphalées, la fièvre, les saignements ; épistaxis et une sensation de mal en point avec une asthénie et la mort peu s'en suivre »

(FGI : P6) « Pour moi les signes sont les mêmes comme toutes autres maladies infectieuses donc ça regroupe tout ce que mes prédécesseurs on dit »

Quels sont les modes de contamination de la maladie à virus Ebola ?

Tous les participants étaient unanimes que le mode de transmission est le contact avec les liquides biologiques d'une personne infectée.

Il en ressort chez **(FGI : P3)** « la maladie se transmet par plusieurs modes d'abord par les différentes sérosités, sueurs, salives, les sécrétions ; c'est vraiment une maladie de contact même si quelqu'un est à proximité d'un malade il peut être contaminé »

Comment se protège-t-on contre cette maladie ?

(FGII : P1) « Pour se protéger contre la maladie il faut vraiment prendre d'abord les précautions ; le respect strict des mesures d'hygiènes ; on sait que l'eau de javel est très- très efficace contre le virus donc tout ce que nous faisons avant et après il faut correctement se laver les mains éviter les contacts et les lieux de rassemblement »

(FGII : P2) « Comme **P1** a dit je vais aller dans le même sens que lui, on doit éviter toute forme de contact avec un sujet qui présente les signes de la maladie ; donc que ça soit les accolades les embrassades les salutations à la main, préconiser les règles d'hygiène et éviter les lieux publics »

Que pensez-vous de la prise en charge d'un malade à virus Ebola ?

(FGI : P1) « Pour la prise en charge je n'ai pas une très grande idée, déjà comme c'est une maladie virale ; l'application des antiviraux ... bon je ne sais pas trop mais je pense que la prise en charge est symptomatique ; il peut arriver que le malade selon son système immunitaire guérisse ou il peut arriver malgré une prise en charge que le malade meurt. La prise en charge est dotant bénéfique dans la mesure où elle soulage le patient des symptômes de la maladie »

(FGI : P4) « Concernant la prise en charge jusqu'à preuve du contraire il n'existe pas de traitement spécifique pour toute fièvre hémorragique. Peut-être la fièvre Lassa qui sévit ou sévissait au Bénin on sait que la Ribavirine est le traitement de choix »

Qu'est-ce qu'il faut améliorer dans les pratiques de prévention contre la maladie à virus Ebola ?

(FGII : P1) « Je pense que pour la prévention il faut d'abord améliorer la sensibilisation et faire comprendre aux gens que la maladie est très contagieuse donc communication pour un changement de comportement et renforcer le maximum de matériels de protection dans les centres hospitaliers »

(FGII : P5) « Déjà nous voyons que en occident les équipements de protection sont à usage unique par contre ce n'est pas le cas en Afrique donc il faut essayer de voir les partenaires pour subventionner ces équipements afin qu'ils ne soient pas réutilisés cela pourrait réduire le risque de contamination chez les agents de santé »

(FGI : P2) « Il faut faire la formation du personnel de santé ; il faut aussi faire la sensibilisation de la population, et il faudrait qu'aussi le gouvernement prenne des mesures au niveau des frontières »

(FGI : P3) « Mettre le personnel dans les conditions de travail et renforcer les mesures d'hygiène. Il faut aménager un lieu pour les gestantes suspectées dans notre service »

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

L'analyse des différents tableaux suscite quelques commentaires et discussion.

1-Approche méthodologique

La plupart des travaux sur ce sujet sont des études d'observation, nous avons opté pour une méthodologie de type interrogatoire compte tenu du nombre limité de nos ressources humaines. Mais il est évident que la méthodologie de type interrogatoire donne des résultats moins fiables que l'observation directe. Au cours de notre étude transversale et descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} avril au 31 Mai 2015 portant sur 155 agents de santé nous a permis de mieux appréhender les perceptions et pratiques de prévention pour la riposte de la maladie à virus Ebola au sein du CHU du point G de Bamako. Notre échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des services du CHU du point G à plus forte raison de l'ensemble des structures de santé du pays. Cependant, il constitue une base de données sur les services à haut risque infectieux de l'un des hôpitaux de première référence du pays.

Difficultés de l'étude

Nous avons rencontré quelques difficultés au cours de cette étude :

- Le refus de certains agents de santé de participer à l'étude
- la confection des fiches d'enquêtes saisies à l'ordinateur
- le traitement et analyse informatisé des données.

2. Caractéristiques socio démographiques

Dans notre étude la tranche d'âge de 26 à 30 ans était la plus représentée avec une fréquence de 47,7% et un âge moyen de 29,43 avec une médiane de 32 ans et des extrêmes allant de 18 à 63ans.

Ces chiffres sont inférieurs à ceux trouvés au Libéria [51] avec une tranche d'âge de 35 ans et plus soit 55,5%.

Par contre, nos résultats sont similaires à ceux du Nigéria par CPPA [52] avec une tranche d'âge de 25 à 34 ans soit 46%.

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait de la forte participation des étudiants stagiaires en médecine à notre étude qui étaient majoritairement jeunes.

Le sexe masculin était le plus représenté avec une fréquence de 58% soit un sex-ratio de 1,4 en faveur des hommes.

Ces résultats sont trouvés dans l'étude du CPPA [52] au Nigeria, soit 53% de sexe masculin. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par la réticence des sages-femmes de participer à notre étude ainsi qu'à la non disponibilité du service de pédiatrie au CHU du point G.

Quant aux différents services de notre population, l'on notait une forte participation de la Maladie infectieuse et tropicale avec 26,5%.

Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit du service cible de lutte contre la MVE.

Du point de vue profession, les étudiants stagiaires ont été les plus sollicités dans notre études avec 36,1%, suivis des médecins généralistes avec 19,4% et les infirmiers avec 18,7%.

Ces résultats sont différents de ceux du CPPA [52] au Nigeria, qui avait trouvé 41% des infirmiers.

3. Perceptions et connaissances

Pour évaluer la perception et le niveau de connaissance des enquêtés sur la MVE, nous leur avons demandé s'ils avaient entendu parler de la MVE, la croyance à l'existence de cette maladie et les sources d'information.

Tous les sujets dans notre étude avaient entendu parler de la MVE avec comme Principale source d'information la faculté dans 42,6% des cas suivi de la télévision avec 27,7% des cas.

Ce résultat est différent de celui de l'étude de Sierra Leone [53], où la radiodiffusion était la plus citée avec 85%.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans cette étude, l'échantillonnage était étendu en zone rurale alors que notre population d'étude s'est limitée au personnel soignant majoritairement constitué d'étudiant en médecine.

Seuls 3,9% de notre population ne croyaient pas à l'existence de la MVE contre 96,1 qui en croyait. Ces résultats sont comparables à ceux trouvés au Libéria [51] où 1,8 qui ne croyait pas contre 98,2 qui en croyait.

Cette non croyance pourrait illustrer cette pensée d'un de nos interlocuteurs dans les groupes de discussion : « Moi je ne crois pas à l'existence de cette maladie car c'est une maladie qui a été inventé par les blancs » (**FG II : P3**).

Le principale mode de transmission cité par les enquêtés était le liquide biologique dans 98,6% des cas suivi des cadavres et les animaux infectés. Ce résultat est comparable à celui du Libéria [51], où 100% des cas avaient cité le liquide biologique.

Dans notre étude 85,2% des enquêtés avaient cité 2 à 21 jours comme délai d'apparition des signes après exposition au virus. Ce qui pourrait témoigner de la connaissance des différentes phases de la maladie.

Près de la totalité de la population de notre étude soit 94,7% connaissait les diagnostics différentiels de la MVE; les fièvres hémorragiques (MVE, FHL, FHCC), la fièvre jaune, la fièvre typhoïde et le paludisme étaient les diagnostics différentiels les plus connus par l'ensemble des enquêtés.

Dans notre étude La fièvre (99,4%), l'hématémèse (87,9%), l'épistaxis (72,4%) et la diarrhée (62,4%) étaient les signes cliniques les plus connus de l'ensemble des enquêtés.

Dans l'étude du CPPA [52] au Nigéria l'hématémèse (84%) et la diarrhée (80%) étaient les signes cliniques les plus connus.

L'examen au laboratoire était le principal examen de confirmation d'un cas suspect de la MVE cité par les enquêtés dans 67,1% des cas. Ce qui pourrait s'expliquer par l'existence de nombreux diagnostics différentiels.

Dans notre étude seulement 7,7% des enquêtés affirmaient l'existence d'un traitement spécifique. Cela pourrait s'expliquer du fait du taux élevé de mortalité de la maladie.

Dans l'étude du CPPA [52] au Nigeria, 17% trouvaient que la MVE pouvait être traité par des antibiotiques et 9% croyaient à l'efficacité des médicaments traditionnels.

Pour 14,2% des enquêtés il existait un vaccin contre la MVE par contre pour 85,8% il n'existait pas de vaccin.

Dans notre étude la majorité des enquêtés soit en 70,3% affirmaient qu'une personne infectée peut guérir de la MVE. Cette fréquence est de 63% dans l'étude du CPPA [52] au Nigeria.

Dans notre étude 40% des enquêtés pensaient qu'un patient guérit de la MVE peut encore la transmettre. Ce résultat est similaire à celui trouvé dans l'étude du CPPA [52] au Nigeria soit 34%.

Dans une étude de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) il apparaît que Le virus dans le sperme pourrait persister 40 à 91 jours mais pas de preuve de contagiosité par voie sexuelle du matériel viral identifié [54].

LA durées de 21 jours était citée comme durée d'isolement par l'ensemble des enquêtés soit 28,4% e des cas. Ces chiffres sont différents de ceux de l'étude du Libéria [51] qui trouvait 21 jours à 87%.

Par contre 25,1% des cas dans notre étude trouvaient que la durée de l'isolement était de 40 jours. Cela pourrait s'expliquer par le terme « quarantaine » attribué à l'isolement.

4. Attitude des enquêtés face à la MVE

Dans notre étude la majorité des participants soit 89,5 ont déclaré d'appeler le numéro vert face à un cas suspect alors que dans l'étude du CPPA [52] au Nigeria, il s'agissait surtout de référer le patient à un centre spécialisé de prise en charge de la MVE dans 80%.

Parmi les attitudes à prendre après exposition au virus, La déclaration, l'isolement et la consultation d'un centre spécialisé étaient les plus majoritairement évoquées soit respectivement 90,8% ; 88,2% ; 74,3% par l'ensemble des enquêtés après exposition au virus.

Dans l'étude du Libéria [51], l'antisepsie était l'attitude la plus représentée avec 73%, suivi de « s'adresser à un centre spécialisé Ebola » avec 17%.

Dans notre étude seulement 30,3% des enquêtés suggéraient de ne pas accepter l'isolement en cas d'exposition au virus Ebola.

Par contre dans l'étude du CPPA [52] au Nigeria plus de la moitié des participants soit 64% acceptaient l'isolement en cas d'exposition au virus.

5. Niveau de connaissance sur les pratiques de prévention

Dans notre étude 98,1% des enquêtés avaient l'habitude de se laver les mains au savon. Cette étude est similaire à celui du CPPA [52] au Nigeria qui rapportait 98%.

Seulement 29,7% des agents savaient qu'il existe trois types de lavage des mains. Ce taux un comparable à celui trouvé par DRAME G [55] qui était 27,36

Ce qui est un risque important en matière d'hygiène hospitalière sachant que chaque type de lavage des mains a ses indications particulières [56-57].

Dans notre étude, Le thermomètre flash, l'eau chlorée, la solution hydro alcoolique, les gants stériles, les gants non stériles et les blouses étaient les équipements de protection les plus disponibles dans les services selon les enquêtés.

Par ailleurs l'on notait l'accessibilité difficile de ces équipements par faute d'insuffisance.

Parmi les participants seuls 35,5% des avaient participé à une formation sur la prévention de la MVE.

La surveillance des frontière a été majoritairement cité soit 40% comme suggestion pour améliorer la prévention. Ce qui est différent de l'étude du CPPA [52] au Nigeria qui trouvait le renforcement des mesures de prévention à 33%.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Nous avons effectué une étude transversale descriptive portant sur la perception et pratiques de prévention contre la maladie à virus Ebola au CHU du point G en commune III du district de Bamako. Notre étude s'est déroulée du 1^{er} Avril au 31 Mai 2015. Elle avait concerné six services du CHU du point G et nous a permis d'avoir un aperçu de manière générale sur la connaissance, l'attitude et les pratiques de préventions contre la MVE chez le personnel de soins. Notre étude s'est portée sur 155 personnels de soins au CHU du point G.

Ce qui nous a permis de conclure que :

Nous avons noté que tous les participants croyaient en l'existence de la MVE même s'il semblerait paraître aux yeux de certains comme une maladie inventée par les occidentaux.

La large communication sur le sujet à travers la faculté et les médias a permis aux participants d'avoir des informations sur la MVE.

Les principaux modes de transmission et manifestations cliniques sont bien connus par le personnel soignant. La période d'incubation est également connue de la majorité, mais il existe une confusion pour certains 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'appel du numéro vert, et l'isolement du patient. Ce sont ces attitudes qui sont les plus recommandées par les autorités sanitaires.

La pratique de l'hygiène des mains était bien respectée par nos participants, mais tous les équipements de protection souhaités n'étaient pas disponibles à souhait.

Plus de la moitié de la population de notre étude n'avait pas bénéficié de formation sur la prévention de la MVE.

Près de la moitié des enquêtés avait suggéré la stricte surveillance des frontières car l'épidémie persiste dans un pays voisin.

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

Au regard des résultats et de la conclusion de notre étude, les propositions suivantes ont été formulées et s'adressent respectivement

➤ Aux autorités sanitaires,

- L'Information, l'Education et la Communication (IEC) de la population en générale et des agents de soins en particulier.
- 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.
- Veuillez au respect strict des mesures de prévention établis et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre la MVE du gouvernement.
- Renforcer les 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.
- Veiller au respect de l'éthique et de la déontologie dans l'exercice de leur profession.
- Etre volontaire 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 générale, 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.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. - INTERIM version 1.2 Flambées épidémiques de maladie à virus Ebola et Marburg: préparation, alerte, lutte et évaluation Genève, Suisse Août 2014
2. Organisation mondiale de la Santé O. Considérations éthiques liées à l'utilisation d'interventions non homologuées contre la maladie à virus Ebola: rapport à l'OMS d'un groupe consultatif.
3. Épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest [Internet]. Wikipédia. 2015 [cited 2015 Jun 18].
4. OMS | Déclaration de l'OMS sur la réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 [Internet]. WHO. [cited 2015 Jun 18].
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];
7. Mondiale de la Santé O. OMS: feuille de route pour la riposte au virus Ebola, point sur l'évolution récente, 31 décembre 2014. 2014 [cited 2015 Jun 20]
8. Mali : Situation de la lutte contre la maladie à virus Ebola à la date du vendredi 20 février 2015 [Internet]. [cited 2015 Jun 20]. Available from: <http://maliactu.net/mali-situation-de-la-lutte-contre-la-maladie-a-virus-ebola-a-la-date-du-vendredi-20-fevrier-2015/>
9. Le Mali et l'OMS annoncent la fin de l'épidémie de la maladie à virus Ebola dans le pays [Internet]. Diasporaction. [cited 2015 Jun 20].
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. Taylor DJ, Leach RW, Bruenn J. Filoviruses are ancient and integrated into mammalian genomes. *BMC Evol Biol.* 2010 Jun 22;10(1):1–10.
13. MALI. Enquête Démographique et de Santé du Mali, EDSM V 2012-2013, CPS/SSDSPF, INSTAT, INFO-STAT, ICF International Rockville, Mai 2014 Maryland, USA, 29 p.
14. E-Pilly TROP Maladies infectieuses tropicales 2012 édition web www.infectiologie.com Editions Alinéa Plus par le collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales(CMIT), 7p et 8p.
15. Définitions de cas recommandées par l’OMS-AFRO pour la notification des cas présumés d’Ebola ou Marburg et la Riposte (SIMR) dans la Région Africaine,
16. « Le découvreur belge de l’Ebola ne craint pas une épidémie majeure hors d’Afrique », sur *Le Soir*, 31 juillet 2014 (consulté le 11 septembre 2014) [Internet].
17. Aubry PP, Gaüzère B-A. Maladie à virus Ebola. [cited 2015 Jun 7];
18. Pattyn S, Groen G vande., Jacob W, Piot P, Courteille G. ISOLATION OF MARBURG-LIKE VIRUS FROM A CASE OF HÆMORRHAGIC FEVER IN ZAIRE. *The Lancet.* 1977 Mar;309(8011):573–4.
19. Baize S, Pannetier D, Oestereich L, Rieger T, Koivogui L, Magassouba N, et al. Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea. *N Engl J Med.* 2014 Oct 9;371(15):1418–25.
20. Sanchez A, Kiley MP, Klenk H-D, Feldmann H. Sequence analysis of the Marburg virus nucleoprotein gene: comparison to Ebola virus and other non-segmented negative-strand RNA viruses. *J Gen Virol.* 1992 Feb 1;73(2):347–57.
21. Mwanatambwe M, Yamada N, Arai S, Shimizu M, Shichinohe K, Asano G. Ebola Hemorrhagic Fever (EHF): Mechanism of Transmission and Pathogenicity. *J Nippon Med Sch.* 2001;68(5):370–5.
22. « Microscopie électronique en transmission d’un virus Ebola », CDC, États-Unis Details - Public Health Image Library (PHIL) [Internet]. [cited 2015 Jun 21].

23. «Charting the Path of the Deadly Ebola Virus in Central Africa», PLoS Biology, vol.3, no 11, 25 octobre 2005, e403 (DOI 10.1371/journal.pbio.0030403, lire en ligne).
24. Feldmann H, Geisbert TW. Ebola haemorrhagic fever. Lancet. 2011 Mar 5;377(9768):849–62.
25. Taylor DJ, Leach RW, Bruenn J. Filoviruses are ancient and integrated into mammalian genomes. BMC Evol Biol. 2010 Jun 22;10(1):1–10.
26. *Hypsignathus monstrosus* [Internet]. [cited 2015 Jun 21].
27. *Myonycteris torquata* [Internet]. [cited 2015 Jun 21].
28. *Epomops franqueti* [Internet]. [cited 2015 Jun 21].
29. <http://www.planet-mammiferes.org/drupal/node/25?findice=DEpomops%2Bfranqueti&h=281&w=450&tbnid=jTnkCN24YpnXEM%3A&zoom=1&docid=IWuEdHqZnqb0IM&hl=fr&ei=b8-GVe6GMoiU7AaHpYKQAg&tbnid=isch&iact=rc&uact=3&dur=1247&page=1&start=0&ndsp=13&ved=0CD4QrQMwBg>
30. OMS | Ce que l'on sait à propos de la transmission interhumaine du virus Ebola [Internet]. WHO. [cited 2015 Jun 20].
31. Virus Ebola - Fiches techniques santé-sécurité: agents pathogènes [Internet]. [cited 2015 Jun 20]
32. David Warrell, Timothy M. Cox, John Firth et Estée Török, Oxford Textbook of Medicine: Infection, Oxford University Press, 2012, p. 202.
33. Zilinskas RA. Biological Warfare: Modern Offense and Defense. Lynne Rienner Publishers; 2000. 328 p.
34. Transmission du virus Ebola à l'interface homme-animal [cited 2015 Jun 21].
35. David R. Franz, Peter B. Jahrling, Arthur M. Friedlander, David J. McClain, David L. Hoover, W. Russell Bryne, Julie A. Pavlin, George W. Christopher et Edward M. Eitzen Jr, «Clinical Recognition and Management of Patients Exposed to Biological Warfare

- Agents », JAMA : the Journal of the American Medical Association, vol. 278, no 5, 6 août 1997, p. 399-411.
36. Eric M. Leroy, Brice Kumulungui, Xavier Pourrut, Pierre Rouquet, Alexandre Hassanin, Philippe Yaba, André Délicat, Janusz T. Paweska, Jean-Paul Gonzalez et Robert Swanepoel, « Fruit bats as reservoirs of Ebola virus », Brief Communications, vol. 438, no 7068, 1er décembre 2005, p. 575-576.
37. Eric M. Leroy, Pierre Rouquet, Pierre Formenty, Sandrine Souquière, Annelisa Kilbourne, Jean-Marc Froment, Magdalena Bermejo, Sheilag Smit, William Karesh, Robert Swanepoel, Sherif R. Zaki et Pierre E. Rollin, « Multiple Ebola Virus Transmission Events and Rapid Decline of Central African Wildlife », Science, vol. 303, no 5656, 16 janvier 2004, p. 387-390.
38. Daniel G. Bausch, A.G. Sprecher, Benjamin Jeffs et Paul Boumandouki, « Treatment of Marburg and Ebola hemorrhagic fevers: A strategy for testing new drugs and vaccines under outbreak conditions », Antiviral Research, vol. 78, no 1, avril 2008, p. 150-161.
39. Le virus Ebola peut-il arriver en France ? cited 2015 Jun 20].
40. Feldmann H, Jones SM, Daddario-DiCaprio KM, Geisbert JB, Ströher U. et al. « Effective Post- Exposure Treatment of Ebola Infection » PLoS Pathog.
41. Tuffs A. Experimental vaccine may have saved Hamburg scientist from Ebola fever. BMJ. 2009 Mar 23;338:b1223.
42. Geisbert TW, Hensley LE, Jahrling PB, Larsen T, Geisbert JB, Paragas J, et al. Treatment of Ebola virus infection with a recombinant inhibitor of factor VIIa/tissue factor: a study in rhesus monkeys. The Lancet. 2003 Dec;362(9400):1953–8.
43. Geisbert TW, Lee ACH, Robbins M. et al. « Postexposure protection of non-human primates against a lethal Ebola virus challenge with RNA interference : a proof-ofconcept study » Lancet 2010 ; 375 :1896-905.
44. Guide technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) dans la Région Africaine.

45. OMS. Définition de cas recommandées pour la surveillance des maladies à virus Ebola ou Marburg Au 09 Avril 2014.
46. Wikipédia Maladie à virus Ebola [Internet]. [cited 2015 Jun 7]. Available from:file:///C:/Users/Bana/Desktop/Nouveau%20dossier%20(4)/Maladie%20%C3%A0%20virus%20Ebola%20%E2%80%94%20Wikip%C3%A9dia.htm
47. Médecin sans frontière.
48. Prévention et contrôle de l'infection pour les soins aux cas suspects ou confirmés de Fièvre Hémorragique à Filovirus dans les établissements de santé, avec un accent particulier sur le virus Ebola (Guide provisoire) Septembre 2014.
49. Monographie commune III-Rapport provisoire-Aout 2007 SNV-Bamako 24p, 66p
50. Mali [Internet]. Wikipédia. 2015 [cited 2015 Jun 21]. Available from: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mali&oldid=116117947>
51. Ministry of Health Monrovia, Liberia. National Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) Study on Ebola Virus Disease in Liberia. March 2015
52. Center for Public Policy Alternatives (CPPA). Study on the Ebola Virus Disease (EVD) Knowledge, Attitudes and Practices of Nigerians in Lagos State. Septembre 2014.
53. UNICEF, FOCUS 1000, Catholic Relief Services. Study on Public Knowledge, Attitudes, and Practices Relating to Ebola Virus Disease (EVD) Prevention and Medical Care in Sierra Leone. September 2014.
54. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)
7 décembre 2014- V8 D'après O de la Rosa, MSF, sept 2014; Bausch 2007; Rowe 1999
- 55 Hygiène des mains dans les services à haut risque infectieux du CHU du point « G ». Thèse de médecine, Bamako (Mali) ,2008 N°172.
- 56 Recommandation OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (version avancée) : Synthèse, 2005.
57. Recommandation du C-Clin Paris-Nord : Hygiène des mains, guide de bonne pratique. C-Clin Paris-Nord 2001.
58. CMIT. Manuel de pathologie infectieuse et tropicale : e- Pilly 2014, 265p
59. Encyclopédie médico-chirurgicale de maladies infectieuses, 381p 382p

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Bonjour / Bonsoir

Questionnaire à l'intention du personnel soignant du CHU du Point-G.

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 en 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

- Rappports 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 contagieux ? (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 guérit, peut-il transmettre le virus ? / (1= Oui ; 2= Non)

Qes25. Un malade guérit, 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. Prodiger 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	Utilisatio n 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 ?

Guide des entretiens de groupes focalisés à l'intention du personnel de soins

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.

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL APPROFONDI

Introduction : Bonjour, je m'appelle «KANSAYE YOUSOUF» 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 en 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 exposés 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 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 ?

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KANSAYE

Prénom: Youssouf

E-mail :kansaye.youssouf@yahoo.fr

Tel : 78600975/68871808/0022507178034/0022505541995

Titre : Perceptions et pratiques de prévention reliées à la maladie à virus Ebola au CHU du point G.

Année de soutenance : 2014/2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Côte d'Ivoire

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

Secteur d'intérêt : Science sociale et Ethique de la prévention.

Résumé :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, réalisée au CHU du point G dans le district de Bamako, allant d'Avril à Mai 2015. Cette étude s'est portée sur 155 personnels de soins avec une prédominance de sexe masculin soit 58 % et une moyenne d'âge de 29,43.

Notre étude avait pour objectif général d'évaluer les perceptions du personnel de soins et les pratiques de prévention reliée à la maladie à virus Ebola au CHU du Point G. C'est ainsi qu'on a pu voir que 100% du personnel soignant avait déjà entendu parler de la MVE à travers la faculté et la télévision soit respectivement 42,6% et 27,7%.

Le contact direct avec les liquides biologiques (sang, sueurs, selles, salives, sperme) était le plus connu des voies de transmission soit à 98,6%. Nos résultats montrent de façon générale que la majorité de notre population d'étude avait une connaissance sur les modes de transmission et de prévention de la maladie. Le lavage des mains était pratiqué de tous mais seulement 29,7% savaient qu'il y a trois types de lavage des mains. La prise en compte des résultats et recommandations de cette étude pourrait contribuer efficacement dans la lutte contre la MVE.

Mots clés : Virus Ebola, personnel de soins, CHU point, Perception, pratiques, prévention.

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 à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, 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 dès la conception.

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 !