

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE(MESRS)**



REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
Année universitaire : 2014- 2015

Thèse N °.....

THESE

PERCEPTIONS ET PRATIQUES DE LA PREVENTION CONTRE LA MALADIE A VIRUS EBOLA AU CENTRE DE SANTE

Présentée et soutenue publiquement le..../..../2015 devant le jury de
la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par :

M. Adama BERTHE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

JURY :

Président : Pr Boubacar Maïga ; MD, Ph D

Membre : Docteur Abou Koné

Co-directeur: Dr. LALA FATOUMA TRAORE

Directeur : Pr. SAMBA DIOP

Je dédie ce travail

- **D'abord à DIEU le tout puissant et miséricordieux** de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différents étapes de mes études jusqu'à aujourd'hui. Je le prie de me guider toujours dans le droit chemin et dans mes futurs projets.

A mon père Nato Berthe

Tu nous a appris depuis le bas âge que seul le travail paye et libère l'homme. Ce travail est l'aboutissement d'un projet auquel tu tenais beaucoup, j'espère que ce travail t'apportera un peu de joie.

A mes mères Jeanne Berthe et Françoise Dembélé

J'ai toujours trouvé auprès de vous l'amour, tendresse et compréhension. Vous vous êtes toujours souciée de ma réussite. Tes conseils m'ont servi de guide durant toutes ces années d'études, trouves dans ce travail une récompense méritée et sois assurée de ma reconnaissance et mon respect infini comme je l'ai toujours appris avec vous.

A mes tantes

L'amour et l'attention particulière avec les quels vous m'aviez traité depuis mon enfance, resteront gravés dans ma petite mémoire. Je prie le tout puissant et miséricordieux de vous garder encore le plus longtemps que possible en vie et en bonne santé auprès de moi.

A mes tontons

En remerciement pour l'éducation dont j'ai bénéficié auprès de vous tous. Vous vous êtes toujours soucieux de ma réussite, soyez assurés de ma reconnaissance et mon respect.

A mes frères et sœurs

Pour les efforts que vous avez toujours consentis pour l'équilibre de la famille et la continuité de mes études jusqu'à ce jour.

A mes cousins et cousines

Tous mes remerciements et encouragements à vous tous. Que le bon DIEU vous récompense.

Remerciements

A mes camarades de l'école fondamentale et du lycée

Je dis à vous tous merci infiniment de m'avoir supporté et assisté pendant ces moments inoubliables de ma vie.

A mes anciens camarades de chambre d'internat

Dramane Traoré

Noé Guirou

Issa Nantoumé

Touré Oumar

Dembélé Mahamadou

Amadou Diarra

Vous avez été en plus que des amis pour moi, mais des frères. Merci de vos conseils, écoutes et soutiens et de m'avoir supporté pendant ces moments que nous avons vécus ensemble dans la joie et le respect.

A mes aînés de chambre

Dr Koné Paul

Dr Coulibaly Amadou

Dr Mamadou Konaté

Merci de vos conseils et votre bonne collaboration

A mes camarades et promotionnaires

Dr Emmanuel Cissoko

Doumbia Moussa

KassimSangare

Pour vos conseils, écoutes, soutiens et bonne collaboration.

A tous les Médecins et autres personnels de la clinique sante plus

Pour vos conseils et l'enseignement théorique et pratique de qualité que j'ai bénéficié de vous dans la joie et dans le respect.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur Boubacar Maïga ; MD, Ph D

- Maître de conférences d'immunologie à la FMOS
- 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,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Véritable bibliothèque vivante, vous n'avez cessé de nous fasciner par la grandeur de votre simplicité, la qualité de vos enseignements et l'ampleurs de votre expérience. Nous avons très tôt appréhendé et apprécié combien noble votre dévouement pour la formation des médecins.

Cher maître veuillez accepter nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

A notre Maître et Membre du jury

Docteur Abou Koné

- chargé de cour de pathologie Médicale à (ESb)
- Chargé de cour de sémiologie(Institut de Formation en Science de Santé) IFSSA
- Président d'Action Genèse pour la santé et développement (AGSD).

Cher maître,

- La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations,

nous honore et témoigne de tout l'attention que vous nous portez votre humanisme, votre intégrité, votre rigueur dans le travail bien fait, votre contact facile est autant de qualités irréfutables qui font de vous un maître respecté et admiré.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE

Dr. LALA FATOUMA TRAORE

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

Cher Maître,

Votre apport au cours de l'élaboration de cette thèse a été d'une qualité estimable, ce travail est donc le votre

Vos qualités humaines ainsi que votre sens élevé de responsabilité et rigueur dans le travail font de vous un bon encadreur.

Trouvez ici toute notre admiration et notre profond respect.
Qu'Allah nous accorde succès

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr. SAMBA DIOP

- Maître de conférences en anthropologie Médicale à la FMOS
- Enseignant chercheur en écologie humaine, en anthropologie, éthique
- Responsable de la section science humaine, sociale et éthique au CEREF Centre VIH-TB à la FMOS et NAID
- Membre des comités d'éthiques 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 préoccupations. Formateur émérite, votre modestie, votre rigueur et votre désir permanent de perfectionnement dans tout travail scientifique font de vous, un Maître exemplaire et reconnu de tous.

Nous avons eu la chance d'être un de vos élèves et soyez assuré que nous servirons 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 ABREVIATIONS :

ASACO : Association de santé communautaire

CSCOM: Centre de santé communautaire.

ASACOYIR : Association de santé communautaire de Yirimadio.

ASACOBABA : Association de santé communautaire de Banankabougou et Yirimadio.

CSREF: Centre de santé de référence

INSTAT: Institut nationale de la statistique

FMOS: Faculté de médecine, et d'odonto-stomatologie

OMS: Organisation mondiale de la santé

MVE : Maladie à Virus Ebola.

ADN : Acide Désoxyribonucléique.

APHM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

APPS : Partenariats Africains pour la Sécurité des Patients.

ARN :AcideRibonucléique.

CDC : Centers for Disease Control and Prevention.

CES : Certificat d'Etude Spécialisée.

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire.

CHU-GT : Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré.

RSI : Règlement Sanitaire International.

FHVE : Fièvre Hémorragique à Virus Ebola.

RDC : République Démocratique du Congo.

CDC: Centers for Disease Control and Prevention.

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

CVD : Centre pour le Développement des Vaccins.

PEC : Prise En Charge.

IEC : Information Education Communication.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

PAM : Programme Alimentaire Mondial.

PEC : Prise En Charge.

PGM : Plante Génétiquement Modifiée.

RAS : Rien à Signaler.

CPPA: Center for Public Policy Alternatives.

Table des matières

3. OBJECTIFS :	14
3.1. Objectif général :	14
3.2. Objectifs spécifiques :	14
III. RESULTATS :	30
1. Analyse quantitative :	30
A. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées:	30
B. Connaissances sur la maladie à virus Ebola :	37
C. Attitudes et pratiques face la maladie à virus Ebola :	46
VI. RECOMMANDATIONS :	70
VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	71

I. INTRODUCTION :

1. Problématique :

Notre monde se réveille et s'interroge face à l'invasion d'un terrible fléau qui déferle et sème partout plus majoritairement en Afrique de l'ouest la désolation : **Ebola**

Un grave danger qui plane aujourd'hui sur l'espèce humaine.

Un défi majeur pour le système de santé mondial.

L'éthique médicale malmenée par :

-L'isolement du malade du reste de la société

-Non respect de la confidentialité

Elle est responsable d'une fièvre hémorragique sévère, mortelle chez l'homme et les primates (singes, gorilles et chimpanzés), qui est apparue de manière sporadique depuis sa découverte en 1976 (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).

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclenché une alerte devant une épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola fin mars 2014. Depuis début aout, cette alerte est une « urgence sanitaire internationale » au titre du Règlement sanitaire international (RSI) (4). A la date du 8 aout, plus de 8000 patients infectés identifiés dans 4 pays d'Afrique de l'ouest (Guinée conakry, Liberia, Sierra Leone et Nigéria) et un pays d'Afrique centrale (République démocratique du Congo).

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).

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.

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 (6).

Le rapport de situation de l'OMS en date du 3 décembre 2014 indique que 17111 cas, dont 10708 confirmés en laboratoire, avaient été identifiés dans les 3 pays avec une transmission étendue et intense, et 6055 décès déclarés (7).

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 (8).

La prise en charge des cas en santé publique repose sur l'identification rapide des cas de maladie à virus Ebola, sur l'isolement et le traitement des patients, sur la recherche minutieuse des contacts, sur la mise en œuvre de mesures appropriées de prévention et de lutte contre l'infection, et sur l'application de pratiques d'enterrement sécuritaires (9).

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 (10).

2. Hypothèses de recherche :

- Après l'annonce conjointe du Mali et de l'OMS le 18 janvier 2015 de la fin de l'épidémie de la maladie à virus Ebola au Mali, on s'informerait davantage sur cette épidémie et les actions de prévention ont été renforcées dans les structures de santé, les équipements adéquats de prévention sont disponibles, le personnel soignant et usager respectent toujours les mesures de préventions.
- Depuis l'annonce de la fin de l'épidémie de la maladie à virus Ebola au Mali, on ne s'intéresse plus aux informations concernant cette maladie, les mesures de prévention sont abandonnées par le personnel soignant et usager, les structures sanitaires ne sont plus fournies en équipement adéquats de prévention.

3. OBJECTIFS :

3.1. Objectif général :

Evaluer les perceptions et pratiques de la prévention du personnel soignant et usager, reliées à la maladie à virus Ebola au CSCOM de Banankabougou et de Yirimadio.

3.2. Objectifs spécifiques :

- Décrire le profil sociodémographique du personnel soignant et usager du CSCOM de Banankabougou et de Yirimadio.
- Décrire le niveau de connaissance du personnel soignant et usager du CSCOM de Banankabougou et de Yirimadio.
- Déterminer les attitudes du personnel soignant et usager du CSCOM de Banankabougou et de Yirimadio face à la maladie à virus Ebola.
- Déterminer les mesures individuelles employées par le personnel soignant et usager du CSCOM de Banankabougou et de Yirimadio.
- Identifier les équipements de prévention disponibles dans le CSCOM de Banankabougou et de Yirimadio.

4. Justificatif de l'étude :

Le virus EBOLA est devenu l'une des pires incarnations de la peur moderne du danger biologique par:

-Le caractère fulgurant de la maladie

-Le taux élevé de mortalité (50-90%)

-L'absence de traitement et de vaccin spécifiques

-Et sans oublier en plus ces incidences socio-économiques font de ces virus un problème majeur pour la santé publique.

Le risque de transmission des fièvres hémorragique virales parmi les membres du personnel de santé a été amplement démontré au cours de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en 1995 à KIKWIT, République démocratique du Congo (à l'époque ZAÏRE). Les personnes atteintes comptaient pour un quart des membres du personnel de santé qui avait récemment soigné des malades (11).

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.

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.

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

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

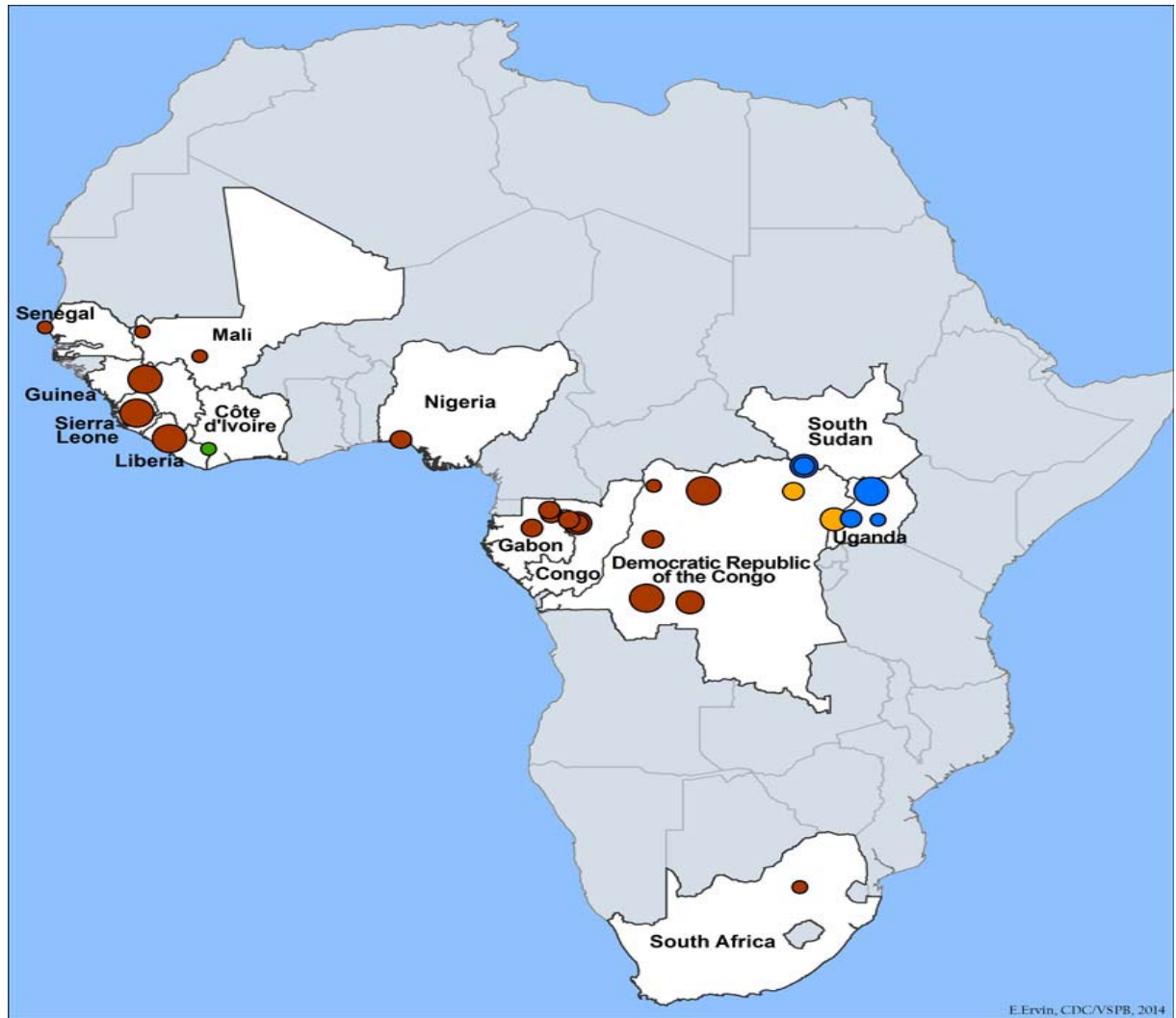
5. Revue de la littérature :

5.1 Aperçu général sur l’Ebola :

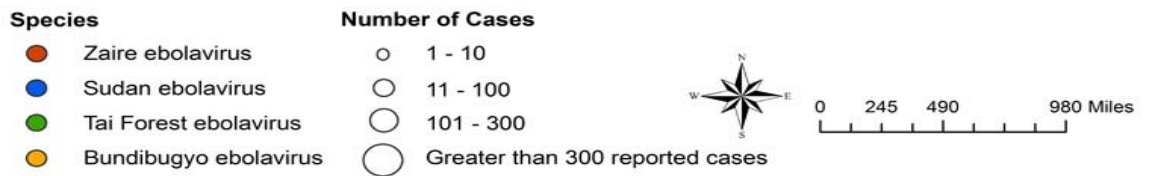
Le virus Ebola, dont le nom fait référence à une rivière près de la ville de Yambuku en République démocratique du Congo (ancien Zaïre) en Afrique où elle a été vue pour la première fois. Le virus Ebola appartient à la famille des filovirus, qui regroupe des virus l'apparence filamenteuse caractéristique. 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 (12).

On distingue :

- le virus Ebola Zaïre, 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 Ebola virus 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 ebola virus Bundibugyo, ou sous-type Ebola Bundibugyo, identifié en 2008 dans la région de Bundibugyo, en Ouganda.[5] 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 (12).



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)

Agent infectieux :

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 capsidenucléaire 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 (13).

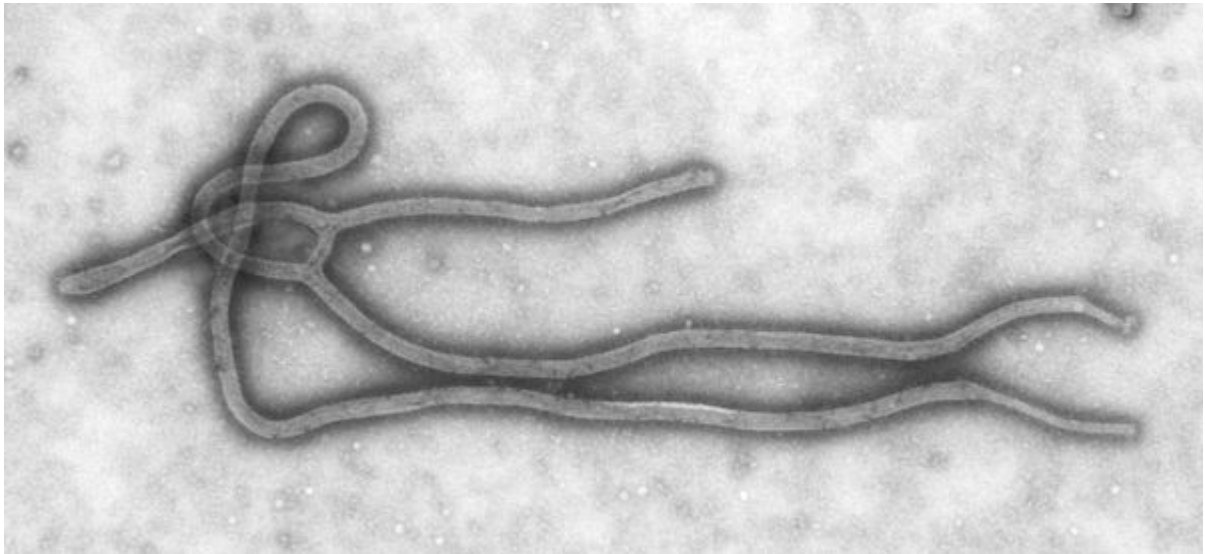


Figure 2 : *Microscopie électronique en transmission d'un virus Ebola CDC, États-Unis.(20)*

Réservoir :

Le réservoir naturel du virus Ebola pourrait être des chauves-souris, notamment l'espèce de la roussette d'Égypte. Des anticorps d'Ebolavirus Zaïre ont été détectés dans le sérum de trois espèces de chauves-souris frugivores tropicales : *Hypsignathusmonstrosus*, *Epomopsfranqueti* et *Myonycteristora-quata*. Le virus n'a cependant jamais été détecté chez ces animaux (14).

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 (15).



Figure 4 :

Figure 5 :

Hypsignathusmonstrosus(24)*Myonycteristorquata*(25)*Epomopsfranqueti*(26)

Pouvoir pathogène :

La période d'incubation varie de 2 à 21 jours, le plus souvent de 4 à 9 jours⁴⁶. 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 (16).

Mode de transmission :

○ Interhumain

Le contact direct avec les liquides organiques (sang, vomi, sueur, diarrhée, salive, sperme...) 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'OMS50. 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 ».

o 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 (17).

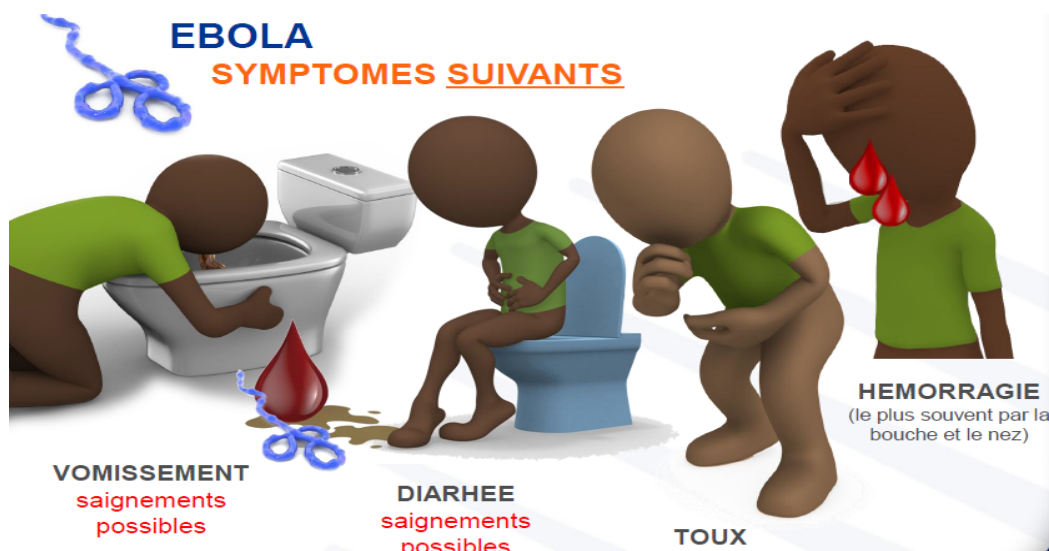
En laboratoire, des primates non humains ont été infectés à la suite d'une exposition à des particules aérosolisées du virus provenant du porc, mais une transmission par voie aérienne n'a pas été démontrée entre primates non humains. Des porcs ont excrété le virus dans leurs sécrétions rhinopharyngées et leurs selles après une inoculation expérimentale (18).

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.



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 (19).



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.(31,33)

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.).(31,33)

Prise en charge :

Si le virus ne dispose d'aucun traitement spécifique, de nombreux traitements symptomatiques (réanimation, réhydratation,transfusion...) peuvent permettre d'éviter le décès du patient.

Un vaccin vivant atténué expérimental donne des résultats encourageants chez le singe. 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 (20).

Le virus Ebola peut survivre hors d'un hôte et demeurer infectieux pendant plusieurs jours à température ambiante ou à 4 °C, aussi bien dans un liquide que sur une matière sèche.

Il peut demeurer infectieux sur une période indéterminée à -70°C ainsi que par lyophilisation.

Il peut être inactivé par chauffage à 60°C pendant 30 à 60 minutes, par ébullition pendant 5 minutes ou par exposition aux rayons γ ou ultraviolets.

Il est sensible à certains agents chimiques tels que les détergents comme le laurylsulfate de sodium, le paraformaldéhyde, le formaldéhyde, l'acide acétique à 3 % (pH 2,5), l'acide peracétique, la β -propiolactone, le Triton X-100 à 0,25 %, le glutaraldéhyde 2 %, le désoxycholate de sodium, l'éther diéthylique, le méthanol, les désinfectants phénoliques, lessolvants lipidiques et l'hypochlorite de sodium (eau de Javel) (21).

Les symptômes initiaux d'une maladie à virus Ebola n'étant pas spécifiques, il n'est pas toujours possible d'identifier rapidement les patients qui en sont atteints. C'est la raison pour laquelle les personnels soignants doivent appliquer en permanence les précautions d'usage à tous les patients, et ce indépendamment du diagnostic² : hygiène des mains ; hygiène respiratoire ; port d'un équipement de protection individuel, en cas de risque d'éclaboussures ou d'autres contacts avec des matières infectées ; sécurité des injections et des rites funéraires (22).

5.2 Historique d'Ebola :

Le virus Ebola a été nommé ainsi en référence à une rivière passant près de la ville de Yambuku, dans le nord du Zaïre (aujourd'hui République démocratique du Congo). C'est à l'hôpital de cette localité que le premier cas de fièvre hémorragique Ebola fut identifié, en septembre 1976 par le médecin belge Peter Piot de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers annonçant une première épidémie qui avait alors touché 318 personnes et en tuer 280.

Tableau I: Epidémies de FHVE en Afrique équatoriale de 1976 à 2014 (23).

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%)

II. Démarche méthodologique :

- 1. Type d'étude :** Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui a porté sur l'évaluation de la perception et pratique de la prévention contre la maladie à virus Ebola à un instant donné dans le temps.
- 2. Cadre de l'étude :**

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé communautaire de Banankabougou et de Yirimadio qui dessert respectivement le quartier de Banankabougou et de Yirimadio dans la commune VI du district de Bamako. Le centre est situé sur la rive droite du fleuve Niger dans la commune VI.

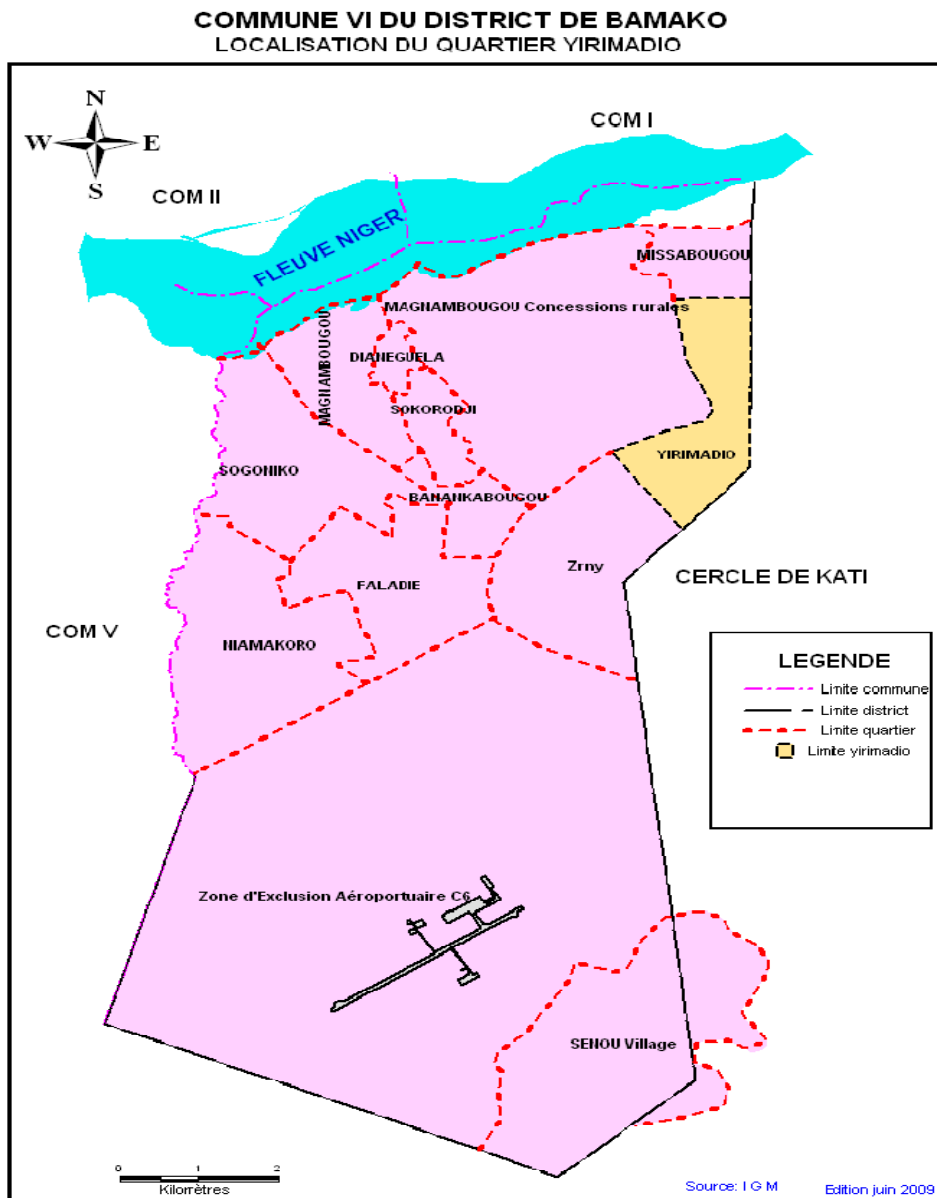
Commune VI :

La commune VI fut créée par l'ordonnance n°78-34/CMLN du 18 Aout 1978. Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger et couvre la partie Sud-Est du district de Bamako. Elle couvre une superficie de 94 km et est la commune la plus peuplée pour une population de 522817 habitants avec une densité de 5562 au km et un taux d'accroissement naturel de 9,4%. Elle compte 10 quartiers administratifs dont 3 à caractère urbain (Faladié, Banankabougou et Sogoniko) et 7 semi-rural (Dianéguéla, Missabougou, Niamakoro, Sokorodji, Senou, Yirimadio et Magnanbougou). Elle est limitée :

- A l'Est par la limite Est du district
- A l'Ouest par la commune V
- Au Nord par le fleuve Niger
- Au Sud par la limite Sud du district.

Le relief est accidenté, le climat est sahélien avec une saison sèche d'Octobre à Juin et une saison pluvieuse de Juillet à Septembre, la végétation est de type soudano-sahélien.

Chacun des quartiers a en son sein au moins 1 CSCOM à l'exception des quartiers de Sokorodji et Dianéguéla qui ont en commun 1 CSCOM.



Source : Document monographie actualisé 2009 de la CVI.
Figure 8 : Cartographie de la commune VI.

CSCOM

Face à la faiblesse du budget de la santé et la volonté d'impliquer les populations dans la prise en charge de leurs problèmes de santé, le Mali élaborera en 1990 une nouvelle politique de santé qui est la création des centres de santé communautaires (CSCOM).

Selon l'arrêté interministeriel n 94-5092/MSSPA-MATS-MF du 21 avril 1994 modifiée par l'arrêté interministeriel n 314 dont l'article 3 stipule :

Article 3 : « le CSCOM est une formation sanitaire de premier niveau, créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une ASACO pour répondre de façon efficace à ses problèmes de santé ».

Dans le cadre de notre étude, chacune des 2 centres de santé communautaire comportent :

-1 dispensaire : où sont effectuées les consultations de médecine générale par un médecin, il comporte :

*1 salle de consultation

*1 salle de soins infirmiers

*1 laboratoire d'analyses biomédicales

*2 salles de mise au repos des malades

*1 pharmacie

* Des toilettes

-1 maternité : dirigée par 3 sages femmes, elle comporte :

*1 salle de consultation prénatale : où s'effectuent les consultations prénatales (CPN).

*1 salle d'accouchement : où sont effectués les accouchements.

*1 salle de repos des accouchés

*1 salle de planning familial (PF) et de consultation post-natale (CPON).

-1 magasin : servant au stockage des matériels médicaux.

-1 hangar : utilisé pour la vaccination et les IECS (Information Education Communication Santé).

-1 ambulance : assure la liaison entre le CSCOM et le centre de santé de référence (CSRef), Hopitaux, CNTS

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V, VI.

3. Population d'étude :

Le personnel soignant et les usagers du Centre de Santé communautaire de Banankabougou et de Yirimadio.

4. Critères d'inclusion :

Tout personnel soignant et usager du Centre de santé communautaire de Banankabougou et de Yirimadio ayant accepté de participer à l'enquête.

5. Critère de non inclusion :

Le refus de participer à l'enquête ; l'absence au moment de l'enquête.

6. Echantillonnage : exhaustif

Nous avons calculé la taille de notre échantillon d'étude à travers la formule de Daniel Schwartz :

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

n = taille de l'échantillon

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

p = prévalence attendue du phénomène étudié, elle est exprimée en fraction de 1

$p = n / N$ n = nombre de cas(7) ; N = population totale(16174580) ;

$$p = 7 / 16174580 = 0,043$$

q = 1 - p ; elle est la prévalence attendue des personnes ne présentant pas le phénomène étudié, elle est exprimée en fraction de 1 ; q = 1 - 0,043 = 0,957

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 :

$$n = (1,96)^2 (0,043)(0,957) / 0,025 = 63,23 = 63$$

Ce qui revient à 63 volontaires participant pour les 2 CSCOM au total.

7. Période de l'étude : 1^{er} mai au 31 juin 2015

8. Technique et outils d'enquête :

Le personnel soignant et les usagers seront soumis chacun à une série de questionnaire semi directif.

Des focus groupes et des entretiens individuels approfondis seront organisés.

Déroulement de l'enquête

Nous avons entrepris des formations avant le démarrage des enquêtes:

- Une formation en langue Bambara (Bamanankan). Cette formation nous a permis de bien appréhender l'entretien (comment formuler chaque question d'une manière simple, en langue Bambara qui est la langue la plus parlée et en Français au besoin).
- Une formation en éthique de la recherche de l'enquêteur.
- Un pré test du questionnaire afin de détecter et de corriger les insuffisances de notre outil de collecte.

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

Le dépouillement des questionnaires a été manuel. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi data, SPSS version 12.0. La rédaction du document final a été faite à l'aide des logiciels Word 2007 et Excel pour les tableaux et graphiques.

10. Budget de l'étude : fond propre

11. Produit attendu : document de thèse

12. Considération éthique :

-Le respect de la déontologie médicale fait partie intégrante de la présente étude qui s'est évertuée au respect des aspects suivants - Obtention d'une autorisation d'enquêter dans la structure hôte

- Consentement libre et éclairé des personnels enquêtés ;
- Respect de la personne humaine dans ses opinions, dans ses décisions avec une information éclairée et adoptée ;
- Garantir la confidentialité et l'anonymat, (seule l'équipe de recherche aural'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.

Après une explication claire des bénéfices de l'étude, le consentement éclairé et libre des participants a été obtenu avant l'administration du questionnaire.

La confidentialité de l'information recueillie leur a été garantie.

La dignité et la liberté des participants ont été respectées durant toute l'enquête.

Bénéfices : Cette étude est la première de ce type pour évaluer le niveau de connaissance du personnel soignant et des usagers dans un centre de santé sur la maladie à virus EBOLA, tous les participants de l'étude vont contribuer à ces résultats.

Risques : Tous les efforts possibles seront faits pour maintenir l'information sur les sujets de l'étude confidentielle.

III. RESULTATS :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} mai au 31 juin 2015 au CSCOM de Banankabougou et de Yirimadio de la commune VI du district de Bamako. Elle a concerné 63 participants dont 33 personnels soignants et 30 usagers : les résultats sont les suivants

1. Analyse quantitative :

A. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées:

Tableau I :Répartition des participants en fonction de la tranche d'âge.

Participants personnels:

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage %
20-29 ans	11	33,3
30-39 ans	14	42,5
40-49 ans	07	21,2
50-59 ans	01	3
Total	33	100,0

La tranche d'âge [30-39] a été la plus représentative avec 42,5% du personnel soignant.

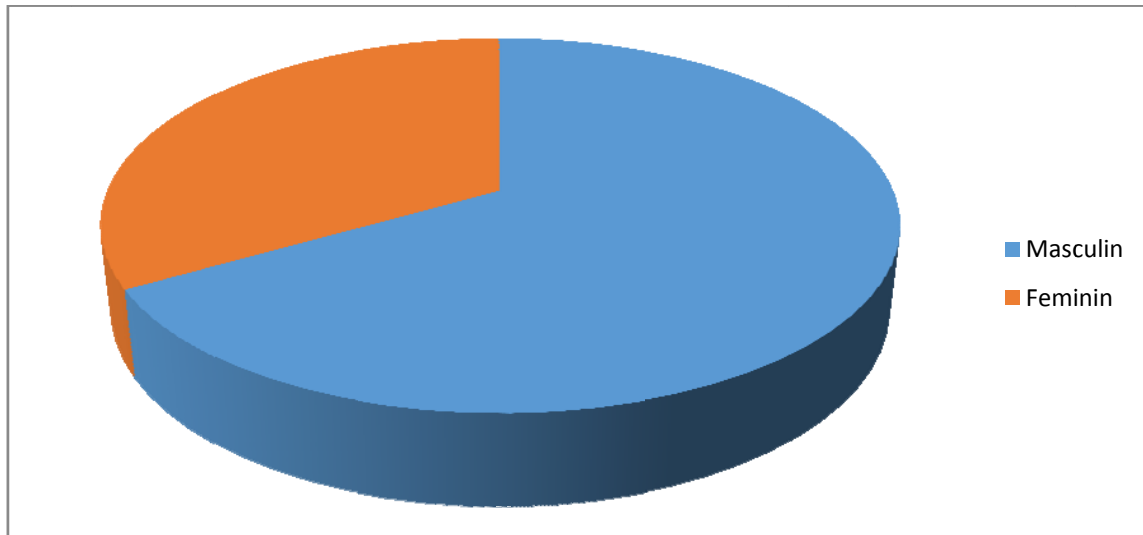
Participants usagers:

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage %
16-25 ans	8	26,7
26-35 ans	13	43,3
36-45 ans	8	26,7
46-55 ans	0	0
56-65 ans	1	3,3
Total	30	100,0

La tranche d'âge [26-35] a été la plus représentative avec 43,3% des participants usagers.

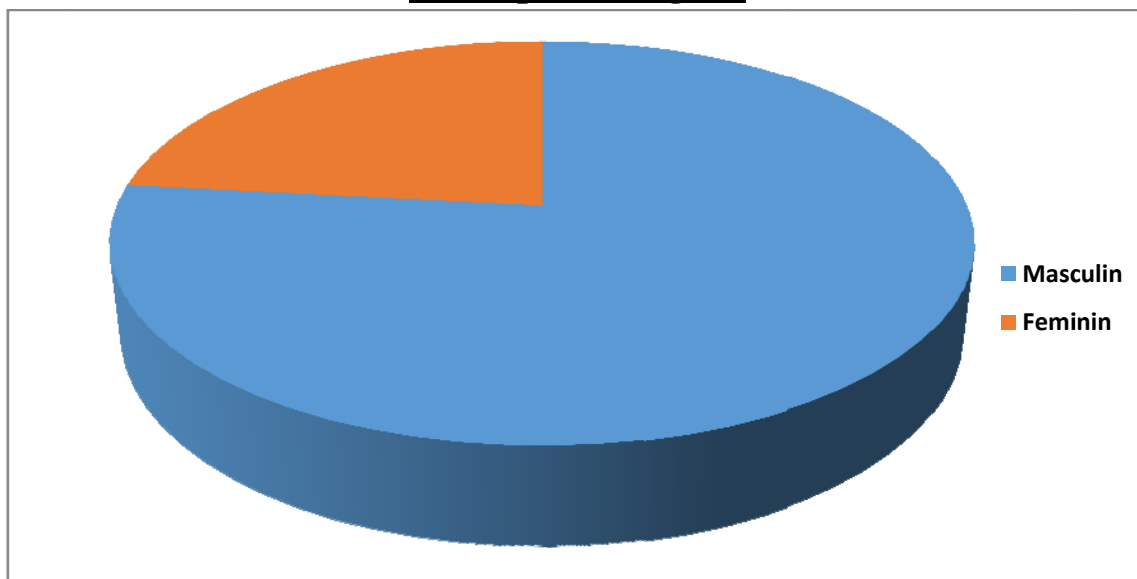
Figure 9 : Répartition des participants à l'étude en fonction du sexe.

Participants personnels:



Le sexe masculin a représenté 66,7% contre 33,3% pour le sexe féminin.

Participants usagers:



Le sexe masculin a représenté 76,7% contre 23,3% pour le sexe féminin.

Tableau III :Répartition de la tranche d'âge en fonction du sexe.

Participants personnels:

Sexe	Tranche d'âge				Total(n)
	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	%
Masculin	(7)	(9)	(5)	(1)	(22)
	21,2%	27,2%	15,2%	3%	66,7%
Féminin	(4)	(5)	(2)	(0)	(11)
	12,2%	15,2%	6%	0%	33,3%
Total	(11)	(14)	(7)	(1)	(33)
	33,3%	42,5%	21,2%	3%	100,0%

Le sexe masculin a prédominé dans toutes les tranches d'âge

Participants usagers:

Sexe	Tranche d'âge				
	16-25 ans	26-35 ans	36-45 ans	46-55 ans	56-65
Masculin	(7) 23,3%	(11) 36,7%	(5) 16,7%	(0) 0%	(0) 0%
Féminin	(4) 3,3%	(5) 6,7%	(2) 10%	(0) 0%	(11) 3,3%
Total	(11) 26,7%	(14) 43,3%	(8) 26,7%	(0) 0%	(1) 3,3%

Le sexe masculin a prédominé dans toutes les tranches d'âge sauf dans les tranches d'âge (46-55) et (56-65)

Tableau IV :Répartition des sujets par catégorie professionnelle.

Participants personnels:

Profession	Effectifs	Pourcentage %
Médecin généraliste	10	30,4
Infirmier	7	21,2
Sage femme	6	18,2
Assistant médical	2	6
Personnel de soutien	2	6
Etudiant en médecine	4	12,2
élève/étudiant infirmier	2	6
Total	33	100,0

Les médecins généralistes ont prédominé avec 30,4% des personnes participantes à l'étude.

Participants usagers:

Profession	Effectifs	Pourcentage %
Fonctionnaire	6	20
Ménagère	4	13,3
Elève /étudiant	10	33,4
Sans emplois	1	3,3
Autres	9	30
Total	30	100,0

Les élèves/étudiants ont prédominé avec 33,4% des personnes participantes usagers à l'étude.

Tableau V :Répartition de la catégorie professionnelle en fonction du sexe

Participants personnels:

Profession	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Médecin généraliste	(10) 30,4%	(0) 0%	(10) 30,4%
Assistant médical	(1) 3%	(1) 3%	(2) 6%
Infirmier	(6) 18,2%	(1) 3%	(7) 21,2%
Sage-femme	(0) 0,0%	(6) 18,2%	(6) 18,2%
Etudiant en médecine	(4) 12,2%	(0) 0	(4) 12,2%
Personnel de soutien	(1)3%	(1)3%	(2)6%
élève/étudiant infirmier	(0) 0%	(2) 6%	(2) 6%
Total	(22) 66,7%	(11) 33,3%	100,0%

Le sexe masculin a prédominé chez les médecins généralistes, infirmiers et étudiants de la faculté de médecine

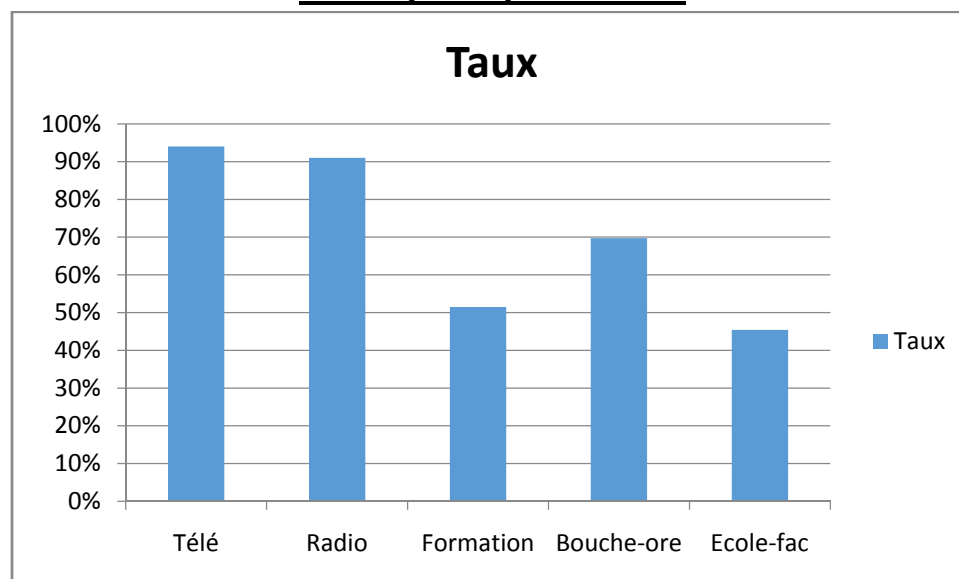
Participants usagers:

Profession	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Fonctionnaire	(5) 16,7%	(1) 3,3%	(6) 20%
Ménagère	(0) 0%	(4) 13,3%	(4) 13,3%
Elève/étudiant	(8) 26,7%	(2) 6,7%	(10) 33,4%
Sans emplois	(1) 3,3%	(0) 0%	(1) 3,3%
Autres	(9) 30%	(0) 0	(9) 30%
Total	(23) 76,7%	(7) 23,3%	100,0%

Le sexe masculin a prédominé dans tous les professions sauf chez les ménagères naturellement.

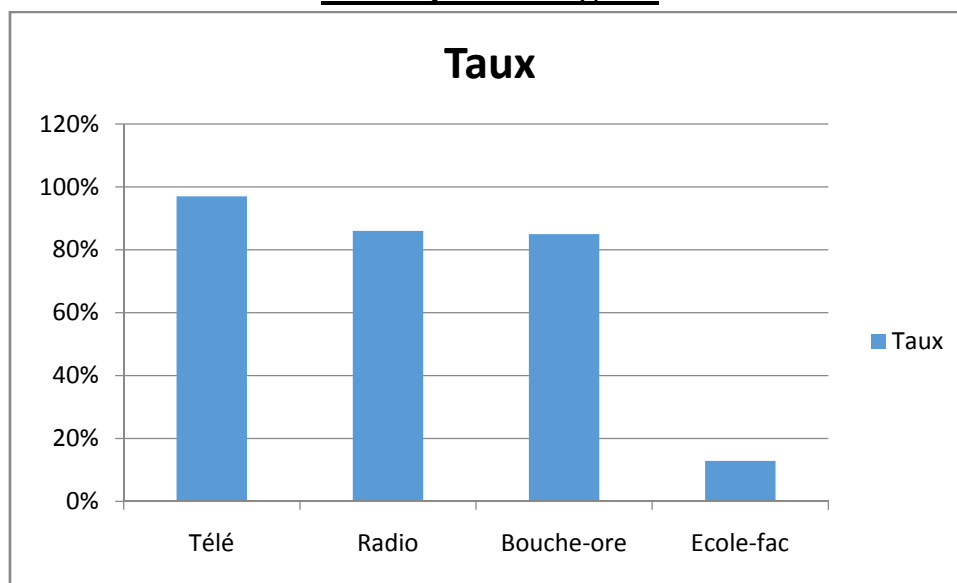
Figure 9 : Répartition des participants en fonction de leur source de découverte de la maladie à virus Ebola.

Participants personnels:



La télévision et la radio étaient la source prédominante avec respectivement 94% et 91% pour les participants à l'étude.

Participants usagers:



La télévision et la radio étaient la source prédominante avec respectivement 97% et 86% pour les participants usagers de l'étude.

Tableau VII : Répartition des participants en fonction de leur croyance en la maladie.

Participants personnels:

Croyance	Effectifs	Pourcentage %
Oui	33	100
Non	0	0
Total	33	100,0

Tous les participants croyaient à l'existence de la maladie à virus Ebola.

Participants usagers:

Croyance	Effectifs	Pourcentage %
Oui	28	93,3
Non	2	6,7
Total	30	100,0

Les usagers ne croyant pas à l'existence de la maladie à virus Ebola étaient de 6,7%.

B. Connaissances sur la maladie à virus Ebola :

Tableau VIII : Répartition des participants selon les modes de transmissions cités en fonction du grade.

Participants personnels:

Modes de transmissions								
grade	Rapport sexuel	Sang contaminé	Mère-enfant	Animaux infectés	Objet contaminé	cadavre	contact	Liquide biologique
Médecin généraliste	(10)30,4%	(10)30,4%	(10)30,4%	(10)30,4%	(10)30,4%	(10)30,4%	(10)30,4%	(10)30,4%
Infirmier	(7)21,2%	(7)21,2%	(6)18,2%	(7)21,2%	(6)18,2%	(7)21,2%	(7)21,2%	(7)21,2%
Assistant médical	(0)0%	(1)3,3%	(0)0%	(2)6%	(1)3,3%	(2)6%	(2)6%	(2)6%
Sage-femme	(6)18,2%	(6)18,2%	(6)18,2%	(6)18,2%	(6)18,2%	(6)18,2%	(6)18,2%	(6)18,2%
Etudiant médecine	(4)12,2%	(4)12,2%	(2)6%	(4)12,2%	(4)12,2%	(4)12,2%	(4)12,2%	(4)12,2%
Etudiant infirmier	(1)3,3%	(2)6%	(1)3,3%	(2)6%	(2)6%	(2)6%	(2)6%	(1)3,3%
Personnel de soutien	(1)3,3%	(1)3,3%	(1)3,3%	(2)6%	(1)3,3%	(2)6%	(2)6%	(1)3,3%

Participants usagers:

Modes de transmissions								
grade	Rapport sexuel	Sang contaminé	Mère-enfant	Animaux infectés	Objet contaminé	cadavre	contact	Liquide biologique
Fonctionnaire	(6)20%	(5)16,7%	(4)13,3%	(6)20%	(5)16,7%	(6)20%	(6)20%	(6)20%
Ménagère	(3)10%	(3)10%	(4)13,3%	(4)13,3%	(2)6,7%	(4)13,3%	(4)13,3%	(4)13,3%
Elève/Étudiant	(10)33,4%	(9)30,1%	(6)20%	(10)33,4%	(5)16,7%	(10)33,4%	(10)33,4%	(8)26,6%
Sans emploi	(1)3,3%	(1)3,3%	(0)0%	(1)3,3%	(1)3,3%	(1)3,3%	(1)3,3%	(1)3,3%
Autres	(6)20%	(4)13,3%	(0)0%	(9)30%	(8)27,1%	(9)30%	(9)30%	(7)23,8%
Total	(26)87%	(22)73,3%	(14)46,7%	(30)100%	(21)70%	(30)100%	(30)100%	(26)87%

Tous les enquêtés trouvent que les animaux sauvages infectés, les cadavres et le simple contact constituent une source de contamination.

Tableau IX : Répartition des personnels en fonction de leurs connaissances du délai d'apparition des signes après exposition au virus.

Délai d'apparition des signes	Effectifs	Pourcentage %
2 jours à 21 jours	28	84,8
Plus de 21 jours	5	15,2
Total	33	100,0

Parmi nos participants 84,8% connaissaient le délai d'apparition des signes après une exposition au virus

Tableau X :Répartition des enquêtés en fonction de leur connaissance sur le moment où une personne infectée par le virus devient contagieux.

Moment de contamination	Effectifs	Pourcentage %
A tout moment	11	33,3
Après l'apparition des 1^{ers} signes	21	63,6
Ne sait pas	1	3,1
Total	33	100,0

Parmi les 33 personnels soignants, 63,6 % savent le moment où une personne infectée devient contagieuse.

Tableau XI :Répartition des participants personnels en fonction des diagnostics différentiels cités.

Diagnostiques différentiels	Effectifs	Pourcentage %
Paludisme	26	78,8
Fièvre typhoïde	22	66,6
Méningite	14	42,4
Fièvres hémorragiques	10	30,3
Epitaxies	3	9
Autres	15	45,4

Autres : dingue, la shigellose, la leptospirose, la peste, la fièvre récurrente, le cholera, la rougeole et une hépatite

Le paludisme (78,8%) et la fièvre typhoïde (66,6%) ont constitués les principales pathologies citées comme diagnostic différentiel.

Tableau XIII :Répartition des participants en fonction des signes qui définissent un cas suspect.

Participants personnels:

Signes	Effectifs	Pourcentage %
Fièvre	28	84,8
Hématémèse	25	75,8
Epistaxis	18	54,5
Diarrhée	13	39,3
Céphalée	10	30,3
Myalgie	10	30,3
Autres	11	33,3

Autres : toux, nausée, vomissement, méléna, asthénie

La fièvre a été citée comme signe évocateur d'un cas suspect par 84,8% du personnel.

Participants usagers:

Signes	Effectifs	Pourcentage %
Fièvre	29	96,7
Hématémèse	24	80
Epistaxis	22	73,3
Diarrhée	27	90
Céphalée	19	63,3
Fatigue	17	56,7
Autres	6	20

La fièvre a été citée comme signe évocateur d'un cas suspect par 96,7% des usagers.

Tableau XIV :Répartition des personnels en fonction de leur connaissance sur le moyen diagnostic de la maladie à virus Ebola

Moyen de confirmation	Effectifs	Pourcentage %
Examen au laboratoire	26	78,8
Autres moyens	7	21,2
Total	33	100,0

Autres : observation, prise de température
78,8% du personnel trouvent que le diagnostic de la maladie à virus Ebola ce fait suite à un examen au laboratoire des prélèvements

Tableau XV :Répartition des sujets concernant l'existence d'un traitement spécifique de la maladie.

Participants personnels:

Traitement spécifique d'Ebola	Effectifs	Pourcentage %
Non	33	100
Oui	0	0
Total	33	100,0

Tous nos participants personnels disent qu'il n'existe pas de traitement spécifique à la maladie à virus Ebola.

Participants usagers:

Traitement spécifique d'Ebola	Effectifs	Pourcentage %
Non	30	100
Oui	0	0
Total	30	100,0

D'après tous les participants usagers, cette maladie à virus Ebola n'a pas de traitement spécifique

Tableau XVI :Répartition des sujets concernant l'existence d'un vaccin contre cette maladie.

Participants personnels:

Vaccin contre Ebola	Effectifs	Pourcentage %
Non	28	84,8
Oui	5	15,2
Total	33	100,0

L'existence d'un vaccin en phase expérimentale est affirmée par 15,2 %.

Participants usagers :

Vaccin contre Ebola	Effectifs	Pourcentage %
Non	28	93,3
Oui	2	6,7
Total	30	100,0

^

L'existence d'un vaccin est affirmée par 6,7% des usagers.

Tableau XVII :Répartition des sujets en fonction d'une possible guérison d'un malade d'Ebola.

Participants personnels:

Peu guérir	Effectifs	Pourcentage %
Oui	28	84,8
Non	5	15,2
Total	33	100,0

Un malade d'Ebola peut guérir selon 84,8% des personnels enquêtés.

Participants usagers :

Peu guérir	Effectifs	Pourcentage %
Oui	19	63,3
Non	11	36,7
Total	30	100,0

Un malade d'Ebola peut guérir selon 63,3% des usagers.

Tableau XVIII :Répartition des personnels en fonction de leur connaissance de la durée de l'isolement en cas d'une mise en quarantaine.

Durée d'isolement	Effectifs	Pourcentage %
21 jours	5	15,2
40 jours	25	75,8
Autres	3	9
Total	33	100,0

Autres : 7 jours, 10 jours, 30 jours

Les personnels affirmant 40 jours comme durée d'isolement en cas de quarantaine étaient de 75,8%.

Tableau XIX :Répartition selon la connaissance des personnels sur une possible contagiosité d'un malade guéri.

Transmission après guérison	Effectifs	Pourcentage %
Oui	3	9
Non	30	91
Total	33	100

Selon les 91% des personnels, un malade déjà guéri n'est plus contagieux.

Tableau XX :Répartition selon la connaissance des personnels sur la possibilité de refaire la maladie après la guérison.

Manifestation après guérison	Effectifs	Pourcentage %
Oui	8	24,2
Non	25	75,8
Total	33	100

Parmi les personnels 75,8% des affirmaient qu'un malade guéri ne peut plus refaire la maladie.

C. Attitudes et pratiques face la maladie à virus Ebola :

Tableau XXI : Répartition des sujets en fonction leurs attitudes face à un cas suspect d'Ebola.

Participants personnels :

Attitudes face à un cas suspect								
grade	Fuir le malade	Faire un prélèvement	Prodiguer des soins	Alerter	Ne pas déclarer	Référer le malade	Isoler le malade	Appeler le numéro vert
Médecin généraliste	(0)0%	(0)0%	(0)13,3%	(6)18,1%	(0)0%	(0)0%	(10)33,4%	(10)33,4%
Assistant médical	(0)0%	(2)6,7%	(1)3,3%	(2)6,7%	(0)0%	(0)0%	(0)0%	(0)0%
Infirmier	(0)0%	(1)3,3%	(2)6,7%	(7)21,2%	(0)0%	(0)0%	(6)18,1%	(6)18,1%
Sage-femme	(0)0%	(1)3,3%	(0)0%	(1)3,3%	(0)0%	(0)0%	(6)18,1%	(6)18,1%
Etudiant en médecine	(0)0%	(1)3,3%	(1)3,3%	(1)3,3%	(0)0%	(0)0%	(2)6,7%	(2)6,7%
Personnel de soutien	(0)0%	(2)6,7%	(2)6,7%	(2)6,7%	(0)0%	(0)0%	(2)6,7%	(2)6,7%
Elève/étudiant infirmier	(0)0%	(2)6,7%	(0)0%	(2)6,7%	(0)0%	(0)0%	(1)3,3%	(1)3,3%
Total	(0)0%	(9)27,2%	(6)18,1%	(21)63,6%	(0)0%	(0)0%	(27)81,8%	(27)81,8%

81,8% des enquêtés disent qu'ils vont appeler le numéro vert et isolerons le malade.

Participants usagers :

Attitudes	Effectifs	Pourcentage %
Fuir le malade	28	93,3
Alerter	30	100
Isoler le malade	30	100
Appeler le numéro vert	30	100

Tous les enquêtés usagers(100%) disent qu'ils vont appeler le numéro vert et isolerons le malade.

Tableau XXII : Répartition des attitudes en fonction du sexe.

Participants personnels :

Attitudes	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Fuir le malade	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
Faire un prélèvement	(4) 12,2%	(5) 15,2%	(9) 27,2%
Prodiguer des soins	(2) 6%	(4) 12,2%	(6) 18,1%
Alerter	(12) 36,3%	(9) 27,2%	(21) 63,6%
Ne pas déclarer	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
Libérer le malade	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
Référer le malade	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
Prescrire un traitement	(2) 6%	(4) 12,2%	(6) 18,1%
Isoler le malade	(18) 54,5%	(9) 27,2%	(27) 81,8%
Appeler le numéro vert	(18) 54,5%	(9) 27,2%	(27) 81,8%

Tous les personnels de sexe masculin aussi bien que féminin disent ne pas fuir face à un cas de malade Ebola

Participants usagers :

Attitudes	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Fuir le malade	(21) 70%	(7) 23,3%	(28) 93,3%
Alerter	(23) 76,7%	(7) 23,3%	(30) 100%
Ne pas déclarer	(0) 0%	(0) 0%	(0) 0%
Isoler le malade	(23) 76,7%	(7) 23,3%	(30) 100%
Appeler le numéro vert	(23) 76,7%	(7) 23,3%	(30) 100%

Les usagers disant d'alerter, d'isoler, d'appeler le numéro vert face à un cas suspect d'Ebola étaient de 100%.

Tableau XXIII : Répartition des sujets en fonction leurs attitudes en cas d'exposition accidentelle au virus.

Participants personnels :

Attitudes	Effectifs	Pourcentage %
Consulter un médecin	21	63,6
Déclarer	33	100
Auto surveillance	1	3
Lavage de la partie souillée	32	97
S'isoler	33	100

Tous les enquêtés disent se déclarer aux spécialistes de la matière en cas d'exposition accidentelle au virus pour prise en charge et s'isoler afin de ne pas propager le virus dans sa communauté

Participants usagers :

Attitudes	Effectifs	Pourcentage %
Consulter un médecin	28	93,3
Déclarer	28	93,3
S'isoler	30	100
Lavage de la partie souillée	27	90
Ne sait pas	2	6,7

Tous les usagers disent de s'isoler pour ne pas être contaminer

Tableau XXIV : Répartition du personnel en fonction du type de lavage des mains pratiqué.

Type de lavage des mains	Effectifs	Pourcentage %
Lavage au savon	33	100
Lavage à l'eau chlorée	27	81,8
Friction avec la solution hydro-alcoolique	24	72,7

Tous les enquêtés personnels disent qu'ils pratiquaient le lavage des mains au savon.

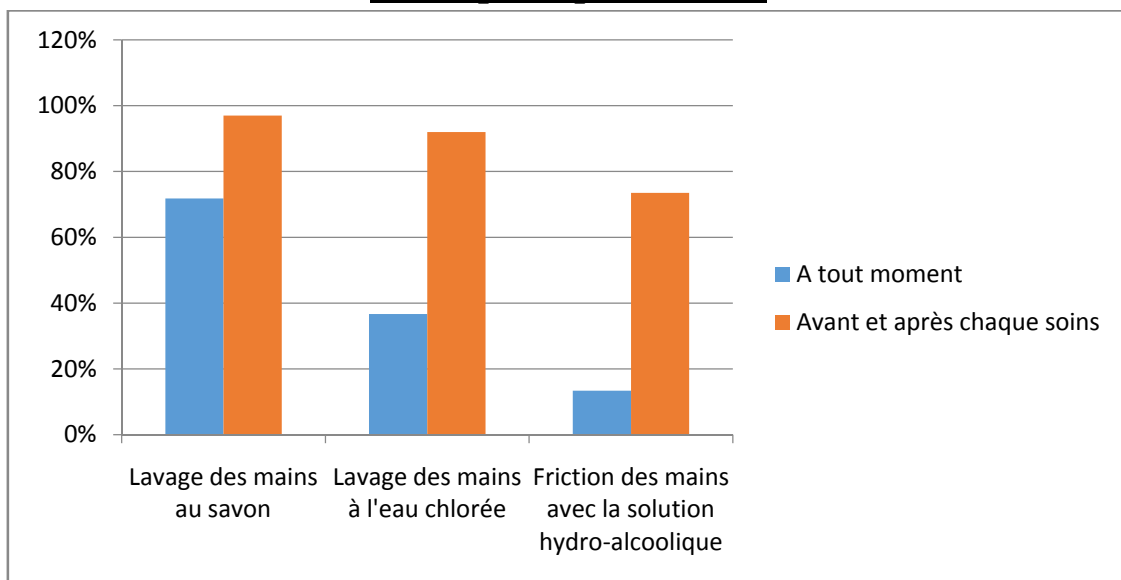
Participants usagers :

Type de lavage des mains	Effectifs	Pourcentage %
Lavage au savon	30	100
Lavage à l'eau chlorée	19	63,3
Friction avec la solution hydro-alcoolique	5	16,7

Tous les enquêtés usagers disent qu'ils pratiquaient le lavage des mains au savon.

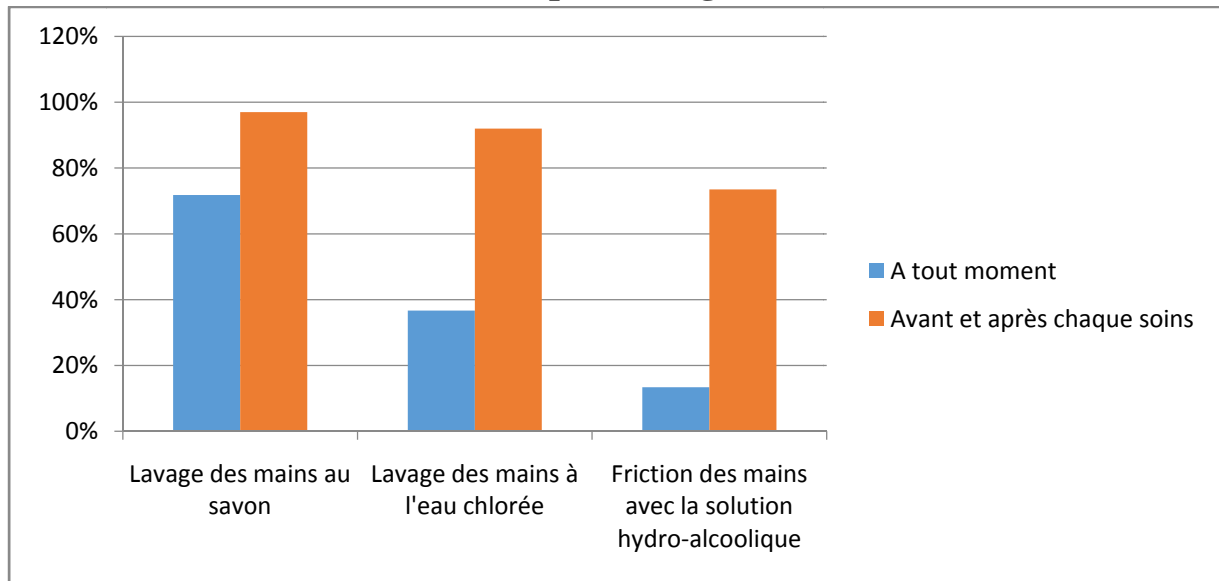
Figure 10 : Répartition selon les moments de la pratique de l'hygiène des mains.

Participants personnels :



Les participants avaient mentionnés qu'ils pratiquent l'hygiène des mains à tout moment avec 98% pour le lavage des mains au savon.

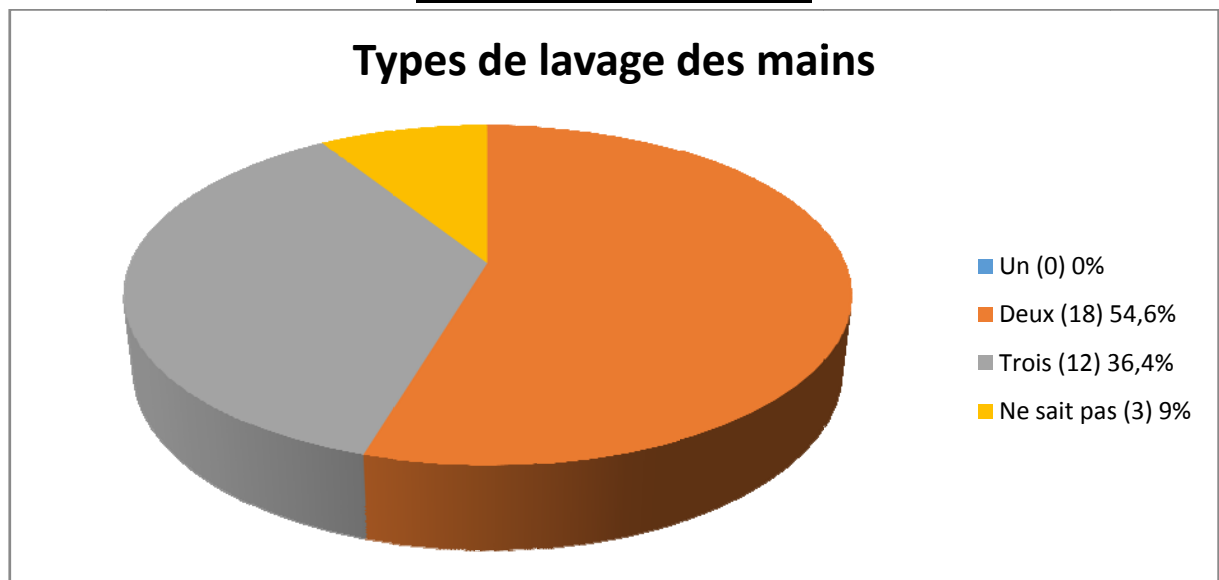
Participants usagers :



Les participants avaient mentionnés qu'ils pratiquent l'hygiène des mains à tout moment avec 72% pour le lavage des mains au savon.

Figure 11 : Répartition selon la connaissance des différents types de lavage des mains.

Participants personnels :



36,4% des participants affirmaient qu'il existe trois types de lavage des mains ; mais 9% avaient affirmés ne pas connaître les types de lavage des mains.

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

L'hygiène des mains protège ?	Effectifs	Pourcentage %
Uniquement le personnel	0	0
Uniquement le malade	2	6
Le personnel et le malade	31	94
Ne sait pas	0	0
Total	33	100

Les participants qui ont répondu que l'hygiène des mains protège le personnel de soin et le malade étaient de 94%.

Tableau XXVI : répartition des personnels en fonction des avis sur la qualité de la stérilisation des matériels réutilisables.

Qualité de stérilisation	Effectifs	Pourcentage %
Bien stérilisé	28	84,8
Mal stérilisé	5	15,2
Total	33	100,0

Parmi les personnels 84,8% trouvent que les matériels réutilisables sont bien stérilisés.

Tableau XXVII: Répartition des personnels selon qu'ils ont des reflexes à risque de contamination.

Reflexes à Risque de contamination	Effectifs	Pourcentage
Oui	1	3
Non	32	97
Total	33	100,0

Seulement 1 participant soignant (3%) dit avoir des reflexes involontaires à risque de transmission

Tableau XXVIII : Répartition selon la disponibilité des équipements de protection.

Disponibilité des équipements de protection	Effectifs	Pourcentage %
Poubelle mains libres	29	87,8
Gants non stériles	30	91
Gants stériles	31	93,9
Masque de protection	13	39,4
Lunette de protection	13	39,4
Ecran facial	13	39,4
Blouse	29	87,8
Tablier	13	39,4
Sur-blouse imperméable	21	63,6
Bonnets	13	39,4
Bottes étanches	13	39,4
Combinaison cosmonaute	13	39,4
Kit de lavage des mains	31	93,9
Solution hydro-alcoolique	33	100
Eau chlorée	33	100
Thermomètre flash	25	75,8

Les équipements de protection les plus retrouvés dans notre échantillon étaient : Eau chlorée (100%), solution hydro-alcoolique (100%), et les kits de lavage des mains (93,9%).

Tableau XXIX : Répartition des personnels en fonction de la pratique permanente avec les objets à risque.

Type de pratique permanente	Effectifs	Pourcentage %
Non récapuchonnage de l'aiguille	0	0
Jet des objets tranchants dans une boîte de sécurité	33	100
Désadaptage de l'aiguille de la seringue	0	0

Tous les enquêtés jettent les objets tranchants dans une boîte de sécurité après usage.

Tableau XXX : Répartition selon l'existence d'un contact avec un cas suspect.

Participants personnels :

Contact avec un cas suspect ?	Effectifs	Pourcentage %
Oui	0	0
Non	33	100
Total	33	100

Tous les participants affirment ne jamais être en contact avec un cas suspect.

Participants usagers :

Contact avec un cas suspect ?	Effectifs	Pourcentage %
Oui	0	0
Non	30	100
Total	30	100

Tous les participants affirment ne jamais été en contact avec un cas suspect.

Tableau XXXI : Répartition selon la réaction des participants s'ils devraient aller en quarantaine.

Participants personnels :

Allez en quarantaine	Effectifs	Pourcentage %
J'accepte	33	100
Je n'accepte pas	0	0
Total	33	100

Les participants à 100% disent qu'ils accepteraient l'isolement s'il le faut.

Participants usagers :

Allez en quarantaine	Effectifs	Pourcentage %
J'accepte	30	100
Je n'accepte pas	0	0
Total	30	100

Les participants à 100% disent qu'ils accepteraient l'isolement s'il le faut.

Tableau XXXII : Répartition selon la participation à la prise en charge d'un cas suspect ou confirmé de la maladie à virus Ebola.

Participation à la prise en charge	Effectifs	Pourcentage %
Oui	0	0
Non	33	100
Total	33	100

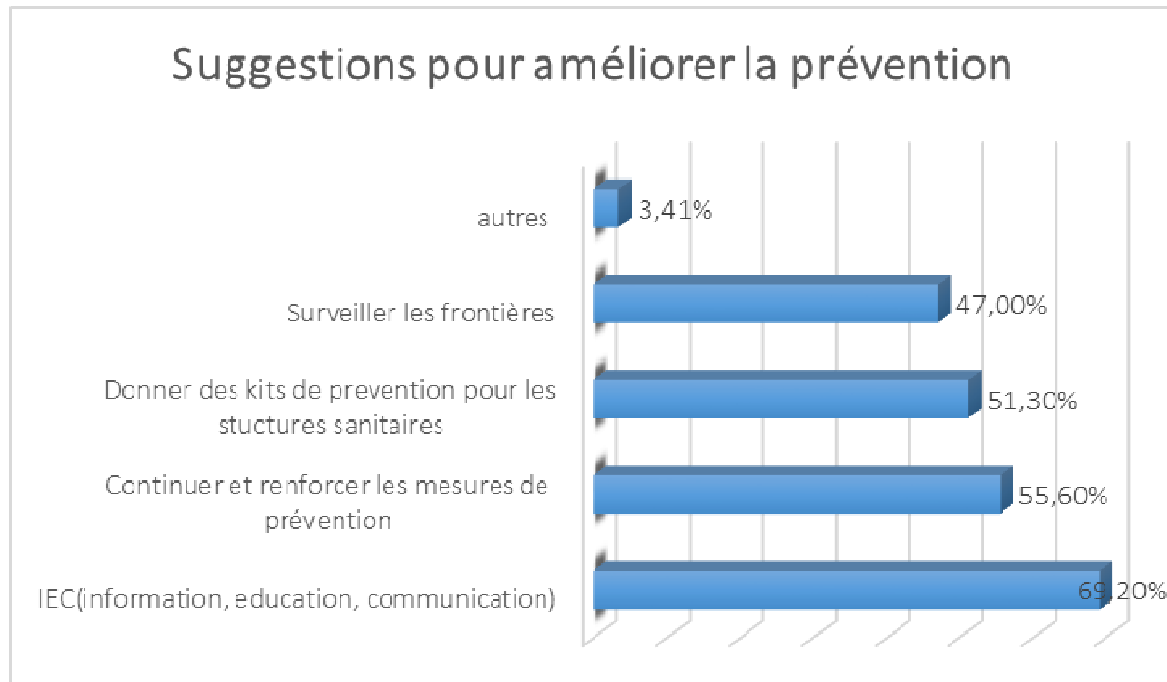
Les participants disent à 100% de ne pas avoir participé à la prise en charge d'un cas suspect ou confirmé.

Tableau XXXIII : Répartition selon la formation du personnel sur les moyens de prévention contre Ebola.

Formation sur la prévention	Effectifs	Pourcentage %
Oui	15	45,2
Non	28	84,8
Total	33	100

La majorité du personnel, soit 84,8% des participants avaient affirmés ne pas avoir bénéficié d'aucune formation sur la maladie à virus Ebola.

Figure 12 : Répartition selon les suggestions des participants pour améliorer la prévention de la MVE.



Autres : évitez de voyager vers les zones endémiques, de serrer les mains et faire des accolades

Pour améliorer la prévention, les participants ont surtout suggérer l'information Education Communication (69,20%) et continuer tout en renforçant les mesures de prévention (55,6%).

2. Analyse qualitative :

Lors de notre étude, nous avons pu réaliser deux focus group et 1 entretien individuel qui comprenaient :

Focus groupe I : 2 étudiants en médecine, 1 infirmier et 2 sages femmes.

Focus groupe II : 3 ménagères, un commerçant et un étudiant de la FAST.

Entretien individuel : Etudiant en médecine

Synthèse des résultats focus I:

Connaissance de l'origine de la maladie à virus Ebola

Parmi les participants seuls les 2 étudiants connaissaient l'origine du virus Ebola et les autres ignoraient son origine.

Je pense que cette maladie est connue surtout dans les Régions côtières de l'Afrique Centrale, le nom même de cette maladie vient d'une rivière de la RDC.

C'est en RDC que la maladie a été découverte par un Médecin Américain.

Je pense qu'il a parfaitement raison sur l'origine de la Maladie à virus Ebola.

J'ignore l'origine de la maladie à virus Ebola

Croyance à l'existence de la maladie :

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

*Oui je crois à l'existence de la maladie à virus Ebola
Oui je crois à l'existence de la maladie à virus Ebola
Mais pas à l'épidémie d'Ebola du Mali car il paraît
Que le virus d'Ebola ne supporte pas la température
Ambiante de notre pays et je pense que c'est une mise
En scène des autorités maliens afin de bénéficier de
L'aide offerte aux pays atteints.*

*Si je crois à l'existence de la maladie par conviction et
Que dieu protège le Mali.*

*Evidemment qu'Ebola existe belle et bien et est pire
Que le VIH Sida par sa létalité*

Reconnaissance d'un cas suspect :

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

*Un malade qui présente les signes cliniques de la MVE
Des saignements, syndrome grippal, fièvre, diarrhées,
Vomissements, épistaxis, arthralgies.*

*Un malade qui vient d'une zone endémique ou un
Malade qui a été en contact avec un cas d'Ebola.*

*Tous cas de fièvre est un cas suspect jusqu'à preuve de
Contraire*

.Les modes de contamination :

Les modes de contamination ont été bien cités par les participants. Ils ont surtout cités les liquides corporels, les animaux sauvages telles que les chauves souris et les singes. Les modes de contamination se sont distingués en deux catégories.

*Le contact avec une personne infectée par la voie
Sanguine, le rapport sexuel, tout fluide corporel.*

*Le contact ou la consommation des animaux
Sauvages infectés.*

*Nous avons la contamination de l'homme par les
Animaux et la contamination interhumaine.*

*Il y'a aussi la contamination par un cadavre d'Ebola
Que ca soit humain ou animal.*

Les moyens de prévention :

Les moyens de prévention qui ont été évoqués par les participants de cette étude sont les suivants :

*Renforcer la surveillance au niveau des frontières plus
Particulièrement avec la Guinée.*

*Inculqué l'hygiène des mains dans nos habitudes que ce
Soit en dedans ou en dehors des centres de santé.*

*Eviter les accolades et les poignées de mains et aussi les
Viandes de brousse surtout en cette période épidémique.*

*Continuer la prise de température à l'entrée des centres
De santé afin de déceler rapidement tout cas suspect.*

Le traitement d'un malade à virus Ebola :

D'après les opinions des participants l'absence de traitement spécifique contre la MVE est une réalité partagée par tous.

*Ebola n'a pas de traitement spécifique, la prise en charge est
Symptomatique.*

*La recherche d'un traitement est en cours et pour le moment le
Traitement est de corriger les déficits du malade comme
L'utilisation des antipyrétiques contre la fièvre, la
Réhydratation en cas de vomissements et diarrhées, la
Transfusion en cas de perte sanguine, des antalgiques contre
Les cas de douleur.*

Ebola n'a pas de traitement.

Existence d'aliment pouvant traiter ou prévenir la MVE :

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

*Oui j'ai entendu parler d'un cocktail d'oignons, d'ails, de café
Et autres qui seraient le remède pour guérir la MVE et dont*

Moi je n'y crois pas.

Non je ne pense pas.

*C'est des paroles évoquées par certains fanatiques soit disant
Tradi-thérapeutes.*

Gestion des cadavres :

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

*Tous cas de mort inexplicé doit être examiner par une
Equipe médicale avant les procédures d'enterrement*

*L'organisation des funérailles est sacré et elle est une
Conviction religieuse donc pas question d'abandonner
Ces pratiques. Mais tous cas de mort suspect doit être
Confier aux autorités sanitaires.*

Synthèse des résultats focus II:

Croyance à l'existence de la maladie à virus Ebola

Tous les participants disent croire à l'existence de cette maladie à virus Ebola

Oui Ebola existe

Elle existe et je le crois parce que le monde actuel est

Un monde bipolaire et si c'était un projet le secret

Serait dévoilé par l'autre parti.

Oui je crois à 100 %

Les signes de la maladie à virus Ebola

La connaissance des signes par nos participants étaient tout à fait remarquables et évoquaient plus la fièvre et les symptômes spectaculaires telle que les hémorragies

Ebola se manifeste par une forte fièvre, des saignements

*Au niveau des orifices comme les yeux, le nez, la bouche
Les oreilles.*

*Ils ont dit à la télé et à la radio qu'Ebola se manifeste par
Des vomissements, diarrhées, fatigues, des écoulements
Sanguins et de la fièvre.*

*En plus de ceux qu'ont dit les autres, il y'a l'apparition
Des boutons sur tout le corps, les malaises et le corps
Toujours chaud.*

Attitudes devant un cas suspect d'Ebola

Devant tout cas suspect les participants disent d'appliquer les consignes énoncés par les médias

*Je ne touche pas à un cas suspect et j'alerte les autres
Pour éviter tout risque de contamination.
Moi j'isole le malade et j'appelle le numéro vert.
Comme ils le disent que tous les liquides corporels sont
Sources de contamination alors je met le malade à l'écart
Pour éviter la contamination d'autres citoyens et ensuite
J'appelle les autorités sanitaires.*

Comment se protège-t-on contre cette maladie ?

*Eviter les échanges de mains, les accolades, les contacts
Pratiquer plus le lavage des mains au savon.*

*Respecter les mesures hygiéniques, signaler tout cas
Suspect aux agents de santé, abandonner les viandes
D'animaux sauvages.*

*Lavage des mains avec du savon avant et après chaque
Repas et aussi après chaque sortie de toilette. Eviter les
Voyages dans les zones endémiques.*

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Au terme de notre étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} avril au 31 mai 2015 dans la commune IV du district de Bamako avec des questionnaires directifs à renforcement des mesures de prévention.

Un seul passage, a été complétée par l'enquête par la technique des groupes d'entretiens pour mieux apprécier les connaissances, attitudes et pratiques comportementales des agents de santé face à la maladie à virus Ebola.

1- Caractéristiques sociodémographiques des agents de santé :

1.1. Age

Il en ressort de notre étude que la tranche d'âge la plus représentée chez les personnels a été de 30-39 ans avec 42,9%, cela peut être dû au fait que les médecins généralistes et les étudiants en stage étaient les plus disponibles à participer à notre étude.

Quant aux usagers 26-35 ans avec 43,3% a été la tranche d'âge la plus représentée ce qui est en réalité un reflet de la population Malienne qui est majoritairement jeune.

Ce résultat n'est pas différent des études du CPPA au Nigéria en 2014, d'AlmamyIsmailaKoita et de Abdoul Karim Sissoko qui sont respectivement 25-35 ans (46%), 26-30 ans (32,4%) et 23-30 ans (38%).

1.2. Sexe

Dans notre étude le sexe masculin a été le plus représenté avec 66,7% chez les personnels et de 76,7% chez les usagers. cela s'explique par le fait que les femmes sont plus stressées par la présence de l'enquêteurs par opposition aux hommes qui sont plus enthousiastes et sympathiques.

Dans les études du CPPA au Nigéria en 2014, d'AlmamyIsmailaKoita et de Abdoul Karim Sissoko le sexe masculin a été le plus représenté avec respectivement 53%, 76% et 53%.

1.3. Grade ou fonction

Dans notre étude les médecins généralistes ont prédominé avec 30,4%.

Ce résultat est différent de celui du CPPA au Nigéria, où les infirmiers étaient les plus représentés avec 41%, cela s'explique par le fait que les infirmiers ont été plus réticents par opposition aux médecins généralistes qui font figures d'être irréprochable et modeste.

2- Connaissances sur la maladie à virus Ebola :

2-1 : Croyance à l'existence de la MVE :

Dans notre étude, tous les participants avaient déjà entendu parler de la maladie à virus Ebola. Ceci pourrait s'expliquer par les campagnes de sensibilisation, les causeries et les débats sur le virus Ebola dans notre pays. 100% des participants personnels de notre étude croyaient à l'existence de la MVE. Ce taux est proche de celui de l'étude du Nigeria où 95% croyaient en l'existence de cette maladie.

Et 93,3% des participants usagers croyaient à l'existence de la MVE, et les 6,7% non croyants évoquaient « qu'Ebola est un projet de l'occident ».

2-2. Sources d'information :

Dans notre étude la télévision était la principale source d'information avec 94% chez les personnels et 97% chez les usagers.

Ce résultat n'est pas différent des études d'AlmamyIsmailaKoita avec 43,1% et d'Abdoul Karim Sissoko avec 58,6%, ceci peut s'expliquer par le fait que ces études sont menées dans une zone urbaine.

Ce résultat est différent du résultat de l'UNICEF en Sierra Leone où la radiodiffusion était la principale source d'information avec 85%. Cette différence s'explique par le fait que l'étude du Liberia s'est étendue dans les zones rurales alors que notre étude s'est déroulée dans le district de Bamako.

2-3. Modes de transmission et moyens de prévention :

Le mode de transmission par le liquide biologique a été le plus cité avec 97,1% par les personnels. Ce résultat est comparable au résultat du Ministère de la santé du Libéria en mars 2015 où tous les participants ont cité le liquide biologique.

Quant aux usagers, la transmission par les animaux sauvages, les cadavres et le simple contact ont été le plus évoqué à 96%.

Toutefois, certaines croyances ont été retrouvées chez le personnel de soins dans l'étude du CPPA au Nigeria en 2014 où 15% pensaient que la MVE se propage dans l'air, 10% pensaient qu'elle se transmet par des piqûres de moustiques, 8 % croyaient que c'est "causés par des péchés"

2-4 : Signes cliniques :

Les symptômes spectaculaires telle que les éruptions cutanées, hématomène, l'épistaxis et la fièvre ont été les plus évoqués par les usagers. Ceci s'explique par le fait que ce sont les signes les plus schématisés lors des campagnes de sensibilisation et aussi par leur grande diffusion audio-visuel dans le district.

Quant aux participants personnels la fièvre (84,8%), hématurie (75,8%) et la diarrhée (82,9%) ont été évoquées comme les principaux signes cliniques de la MVE également comme dans l'étude du CPPA au Nigeria et de Samba Traoré à l'ASACOLA I et II dont l'hématurie (84%) et la diarrhée (80%).

2-5 : L'existence d'un traitement :

Tous les participants personnels y compris usagers de notre étude ont déclaré qu'il n'existe pas de traitement spécifique contre Ebola comme aussi dans l'étude de Samba Traoré à l'ASACOLA I et II et contrairement à l'étude d'Abdoul Karim Sissoko avec 15,7% et de CPPA au Nigeria avec 17% trouvaient que la MVE pouvait être traité par des antibiotiques et 9% croyaient à l'efficacité des médicaments traditionnels.

2-6 : La possibilité de guérison :

Dans notre étude 84% des participants interviewés ont déclaré qu'une personne infectée peut guérir de la MVE.

Cette fréquence était de 63% dans l'étude du CPPA au Nigeria et du fait de l'absence d'un traitement spécifique pour certaines personnes Ebola est synonyme de la mort.

2-7 : La contagiosité d'un malade guérit de la MVE :

Dans notre étude 13% des participants ont déclaré qu'un patient guéri peut encore transmettre le virus.

L'étude du CPPA au Nigeria a retrouvé une fréquence supérieure à la nôtre avec 34%.

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

Nous remarquons à ce niveau, une insuffisance d'information concernant la contagiosité d'un malade guérit de la MVE.

2-8 : La durée de l'isolement :

Dans notre étude seulement 84,8% des participants personnels connaissaient la durée de l'isolement d'un cas suspect.

Dans l'étude du Libéria, ont retrouvaient la même durée dans 87%.

Par ailleurs, 61,4% des participants dans notre étude trouvaient que la durée de l'isolement était de 40 jours. Cela pourrait être dû au fait du terme « quarantaine » attribué à l'isolement.

3-Attitude face à la MVE :

3-1 :L'attitude des participants face à un cas suspect

Dans notre étude, l'attitude évoquée à 100% face à un cas suspect était de s'isoler et d'alerter.

Dans l'étude du CPPA au Nigeria dans 80%,il s'agissait surtout d'adresser le patient à un centre de prise en charge de la MVE. Ceci résume la bonne prise de conscience de la population face à la MVE.

3-2 :L'attitude des participants après exposition accidentelle au virus Ebola

Dans notre étude, l'antisepsie et la déclaration étaient l'attitude la plus représentée en cas d'exposition accidentelle au virus Ebola avec 100% suivi de consulter un médecin avec 97%. Dans l'étude du Libéria, l'antisepsie était l'attitude la plus représentée avec 73%, suivi de « s'adresser à un centre Ebola » avec 17%.

4-Pratique de prévention :

4-1 :La pratique de l'hygiène des mains

Tous les participants à 100% de notre étude ont déclaré pratiquer le lavage des mains au savon. Ce résultat n'est pas différent de l'étude du CPPA au Nigeria avec 98% et d'Abdoul Karim Sissoko au CRef de la commune III.

Parmi les personnels de notre échantillon, moins de 50% savaient qu'il existe trois types de lavage des mains. Ce qui est un risque important en matière d'hygiène de santé communautaire.

4-2 :La réaction des participants s'ils devraient être isolés :

Dans notre étude tous les participants accepteraient s'ils devraient être isolés.

Cette fréquence n'est pas différente de celui d'AlmamyIsmailaKoita au CHU GABRIEL TOURE avec 90,2% par contre elle est supérieure à celle retrouvée dans l'étude du CPPA au Nigeria qui est de 64%, ce taux de réticence peut s'expliquer par la crainte de la stigmatisation après l'isolement.

4-3 : Equipements de protection :

Les équipements de protection les plus retrouvés dans notre échantillon étaient : le thermomètre flash (100%), l'eau chlorée (92%), la solution hydro-alcoolique (63%) et les gants non stériles (77%).

A noter qu'il n'y avait pas de stand d'isolement pour les malades d'Ebola dans notre structure d'enquête sinon tous les équipements de protection étaient présent mais pas au su et à l'utilisation de tout le personnel.

4-4 : Les suggestions des participants pour améliorer la prévention de la MVE :

Les participants de notre étude ont surtout recommandé le renforcement des mesures de prévention (89%) pour améliorer la prévention de la MVE.

Dans ces études : d'AlmamyIsmailaKoita au CHU GABRIEL TOURE avec 43,1% d'Abdoul Karim Sissoko au CRef de la commune III avec 32,9% et du CPPA au Nigeria avec 64%, les participants ont recommandé plus le renforcement des moyens de prévention .Cela s'explique par la croyance des participants à l'absence de traitement spécifique de la MVE.

V- CONCLUSION

Nous avons enquêté sur 63 participants dont 33 agents de santé du CSCOM de Banankabougou et de Yirimadio et 30 usagers sur les connaissances, attitudes et pratiques de prévention reliées à la maladie à virus Ebola. Notre étude s'est déroulée du 1^{er} avril au 31 mai 2015.

Au terme de l'étude il ressort que les sujets enquêtés avaient déjà entendu parler de la maladie à virus Ebola et croyaient fermement en son existence, les principales sources d'information étaient la télévision et la radio.

Les enquêtés avaient une bonne connaissance sur les symptômes du virus Ebola et les principaux modes de transmission. Tous les participants savent qu'il n'existe pas de traitement spécifique à cette maladie, par contre une minorité pense qu'il existe un vaccin contre la MVE. Nous avons remarqué qu'il y avait un manque d'information concernant la contagiosité d'un patient guéri de la MVE.

Les attitudes observées par les participants face à un cas suspect étaient surtout l'alerte, l'appel du numéro vert, et l'isolement du patient. Ce sont ces attitudes qui sont les plus recommandées par les autorités sanitaires. Tous les participants sont prêts à se déclarer s'ils sont accidentellement exposés au virus. Les participants ne sont pas gênés d'être surveillés en quarantaine s'ils sont suspectés d'avoir été en contact avec un cas Ebola.

La pratique de l'hygiène des mains était bien respectée par nos participants. Plus des 3/4 des participants n'avaient pas bénéficié de formation sur la MVE.

Les participants personnels ont donc proposé le renforcement des mesures de prévention à travers la dotation en équipement et la formation.

Les participants usagers ont recommandés plus de sensibilisation de la part des autorités sanitaires et plus de vigilance de la part de tout un citoyen malien.

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.

VI. RECOMMANDATIONS :

Aux autorités sanitaires :

- Mettre en place un programme de mobilisation sociale et d'éducation sanitaire[Communication pour le changement de comportement].
- Doter les structures de soins en équipement de protection adéquat pour une prévention plus optimale.
- Informer et former des personnels de santé
- Suivre tous les sujets contacts pendant 21 jours après leur dernière exposition et leur isolement si ceux-ci tombent malade.
- Aménager un pavillon d'isolement pour la prise en charge des patients.

Aux personnels de soins :

- Mettre plus de rigueur dans la démarche méthodologique pour identifier les cas suspects.
- Employer plus de vigilance dans le respect des mesures de prévention.
- Recommander plus la Communication pour le changement de comportement (CCC) 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.

VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Larousse médicale encyclopédie □: édition 2009 p.325.
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. 2014 [cited 2015 Jun 18]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/137370>
3. [http://who.int/csr/disease/ebola/what-you-need-to-know/fr/\[3\]](http://who.int/csr/disease/ebola/what-you-need-to-know/fr/[3])
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]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/fr/>
5. OMS | Maladie à virus Ebola [Internet]. WHO. [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/>
6. Organization WH, others. WHO: Ebola situation report 17 June 2015. 2015 [cited 2015 Jun 19]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/154189>
7. Organisation 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]; Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/148825>
8. e-Pilly Trop: édition 11 p170.
9. Khan AS,,TshiokoFK,Heymann DL. The Reemergence of Ebola Hemorrhagic Fever, Democratic Republic of the Congo, 1995.Journal of InfectiousDiseases. 1999;179:S76-S86.
10. Contrôle de l'infection en cas de fièvre hémorragique virale en milieu hospitalier africain[african-healthcare-setting-vhf-fr.pdf](http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/pdf/african-healthcare-setting-vhf-fr.pdf) [Internet]. [cited 2015 Jun 20]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/pdf/african-healthcare-setting-vhf-fr.pdf>

11. Center for Public Policy Alternatives (CPPA). Study on the Ebola Virus Disease (EVD) Knowledge, Attitudes and Practices of Nigerians in Lagos State. Septembre 2014.
12. 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.
13. Ministry of Health Monrovia, Liberia. National Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) Study on Ebola Virus Disease in Liberia. March 2015
14. Center for Public Policy Alternatives (CPPA). Study on the Ebola Virus Disease (EVD) Knowledge, Attitudes and Practices of Nigerians in Lagos State. Septembre 2014.
15. UNICEF, FOCUS 1000, Catholic Relief Services. Study on Public Knowledge, Attitudes, and Practices Relating to Ebola Virus Disease (EVD) Prevention and Medical Care in Sierra Leone. September 2014.
16. Ministry of Health Monrovia, Liberia. National Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) Study on Ebola Virus Disease in Liberia. March 2015

VIII-ANNEXES :

Annexes 1 : Fiche d'entretien semi-directif (Enquête quantitative) pour le personnel

Introduction (Information et consentement volontaire) :

Cette 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 au 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
(.....) ; 4=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 ; 10= personnel de soutien 99= autre à préciser :

Qes8. Service ou Unité :

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

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

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

Qes12. Si non pourquoi ?

.....
.....

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

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

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

........../ ne sait pas

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

.....jours

Qes15. A quel moment une personne infectée par le virus devient 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 ; 88= ne sait pas ; 99= autre à préciser

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

...../ linges souillés/ matériels médicaux souillés/ sperme

...../ 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. Prodiguer des soins **Qes27d.** Alerter **Qes27e.** Ne pas déclarer au nom du secret professionnel **Qes27f.** Libérer le malade **Qes27g.** Référer le malade Prescrire un traitement

Qes27h. Isoler le malade **Qes27i.** Appeler le numéro vert **Qes27j.** Ne sait pas **Qes27k.** Autre à préciser :

.....

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

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

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

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

IV Pratique de prévention

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

Qes30. Si non pourquoi ?
.....

Qes31. Si oui à quel moment ?

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

Qes33. Si non, pourquoi ?
.....

Qes34. Si oui, à quel moment?

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

Qes36. Si non, pourquoi ?
.....

Qes37. Si oui, à quel moment?

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

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

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

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

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

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

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

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

Qes44. Avez-vous des reflexes involontaires à risque de transmission ? /...../ (1= Oui ; 2= Non)

Qes45. Disponibilité et utilisation des équipements de protection.

Remplir le tableau suivant

Matériels	Disponibl e 1=oui ; 2=non	Utilisati on 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				

Qes46. Avez-vous déjà été en contact avec un cas suspect ? /...../ (1= Oui ; 2= Non)

Qes47. Si oui quel a été votre réaction ?.....
.....

Qes48. Quel sera votre réaction si vous devriez aller en quarantaine ?
.....
.....

Qes49. Avez-vous déjà participé à la prise en charge d'un cas suspect ou confirmer d'Ebola ? /...../ (1= Oui ; 2= Non)

Qes50. Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur la prévention de la maladie à virus EBOLA ? /...../ (1= Oui ; 2= Non)

Qes51. Maintenant qu'il n'y a plus de cas au Mali pensez-vous que les mesures de prévention doivent être abandonnées ? /...../ (1= Oui ; 2= Non)

Qes52. Si oui, pourquoi ?.....
.....

Qes53. Avez-vous des suggestions pour éviter une nouvelle apparition de cette maladie dans notre Pays?

Qes53. Avez-vous des suggestions pour améliorer la prévention des risques de transmission de cette maladie dans votre structure ?

Annexe2: Fiche d'entretien semi-directif (Enquête quantitative) pour les usagers

Introduction (Information et consentement volontaire) :

Cette 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 au 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
(.....) ; 4=Communauté /Quartier/Ecole :
(.....)

I Caractères sociodémographiques :

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

Qes7. Profession : /___/ 1= Fonctionnaire, 2= Ménagère, 3=Elèves/Etudiant, 4=Sans emplois 99=Autres à préciser

Qes8. Statut matrimonial: /___/ 1 = célibataire ; 2 = fiancé (e) ; 3 = marié(e) ; 4 = divorcé(e) 5= veuf(ve).

II Perception et connaissance de la maladie

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

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

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

Qes12. Si non pourquoi ?
.....
.....

Qes13. Comment se transmet la maladie à virus Ebola ? 1= oui ; 2=non ;88= ne sait pas

99= Autres à préciser.....

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

/...../ cadavre /...../ simple contact avec une personne contaminée /...../ liquides biologiques (sperme, sueur, salive, vomissures, selles, urines, etc.)

Qes14. Quelles sont les produits et objets à risque de transmission? 1=oui ; 2=non ; 88=ne sais pas ; 99=autre à préciser.....

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

...../ linges souillés / matériels médicaux souillés

Qes15. Quelles sont les signes de la maladie à virus Ebola que vous connaissez?

Qes16. Existe-t-il un traitement contre la maladie à virus Ebola ?

...../ (1= Oui ; 2= Non ; 88= ne sais pas)

Qes17. Existe-il un vaccin contre ce virus ?/ (1= Oui ; 2= Non ; 88= ne sais pas)

Qes18. Peut-on guérir de la maladie à virus Ebola ?/ (1= Oui ; 2= Non ; 88= ne sais pas)

Qes19. Un malade guérit, peut-il encore transmettre la maladie ?/ (1= Oui ; 2= Non ; 88= ne sais pas)

III Attitudes face à la maladie

Qes20. Face à un cas suspect, quel sera votre attitude ? (1= Oui ; 2= Non; 88= ne sais pas ; 99= autre à préciser)

Qes20a. Fuir le malade/ **Qes20b.** Alerter/ **Qes20c.** Ne pas déclarer/

Qes20d. Isoler le malade/ **Qes20e.** Appeler le numéro vert/ **Qes20f.** Ne sait pas/ **Qes20g.** Autre à préciser :

.....
Qes21. Si vous croyez être en contact avec le virus, quel sera votre attitude? (1= Oui ; 2= Non ; 88= ne sais pas ; 99= autre à préciser)

Qes21a. Consulter un médecin/ **Qes21b.** Déclarer/ **Qes21c.** Lavage et antiseptie de la partie du corps souillée/ **Qes21d.** Isolement/

Qes21e. Ne rien faire/ **Qes21f.** Ne sait pas/ **Qes21g.** Autre à préciser :
.....

IV Pratique de prévention

Qes22. Lavage systématique des mains au savon :/ (1= Oui ; 2= Non)

Qes23. Si non pourquoi ?

.....
Qes24. Si oui à quel moment ?

Qes25. Lavage des mains avec l'eau de javel (eau chlorée) : /...../ 1= Oui ; 2= Non

Qes26. Si non, pourquoi ?

.....

Qes27. Si oui, à quel moment?

Qes28. Friction des mains avec solutions hydro alcoolique : /...../ (1= Oui ; 2= Non)

Qes29. Si non, pourquoi ?

.....

Qes30. Si oui, à quel moment?

Qes31. Pensez-vous que les mesures de protection au niveau des structures sanitaires sont efficace ? /...../ (1= Oui ; 2= Non)

Qes32. Si non

pourquoi ?.....

.....

Qes33. Avez-vous déjà été en contact avec un cas suspect ? /...../ (1= Oui ; 2= Non)

Qes34. Si oui quel a été votre

réaction ?.....

.....

Qes35. Quel sera votre réaction si vous devriez aller en quarantaine ?

.....

.....

Qes36. Maintenant qu'il n'y a plus de cas au Mali pensez-vous que les mesures de prévention doivent être abandonnées ? /...../ (1= Oui ; 2= Non)

Qes37. Si oui, pourquoi ?.....
.....

Qes38. Avez-vous des suggestions pour éviter une nouvelle apparition de cette maladie dans notre Pays?

Qes39. Avez-vous des suggestions pour améliorer la prévention des risques de transmission de cette maladie ?

Annexe3 :GUIDE DES ENTRETIENS DE GROUPES

Introduction (Information et consentement volontaire) :

Cette 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.

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. Vous êtes-t-ils déjà arrivés de rencontrer un cas suspect de la maladie dans votre service? Si oui quel a été votre attitude ?
5. Quels sont les modes de contamination de la maladie à virus Ebola ?
6. Comment se protège-t-on contre cette maladie ?
7. Respectez-vous les mesures de prévention contre la maladie à virus Ebola ?
8. Que pensez-vous de la prise en charge d'un malade à virus Ebola ?
9. Qu'est-ce qu'il faut améliorer dans les pratiques de prévention contre la maladie à virus Ebola ?

Je vous remercie pour votre participation.

Annexe4 :GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL APPROFONDI

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

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

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

Questions :

- 1- Croyez-vous à l'existence la maladie à virus Ebola ?
- 2- Quelles sont les causes de la maladie à virus Ebola ?
- 3- Etes-vous informé sur les moyens de transmission de cette maladie ?
- 4- Comment reconnaître un cas suspect de maladie à virus Ebola ?
- 5- Une personne ne présentant pas de symptôme peut-elle être contagieuse ?
- 6- Savez-vous le délai d'apparition des symptômes après exposition à la maladie?

- 7- Comment désinfecter des matériels qui ont été en contact avec une personne porteuse d’Ebola ?
- 8- Quels sont les personnes les plus 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 ?
- 17- Peut-on voyager sans danger au cours d’une flambée? Quel est votre avis ?
- 18- Quelle est votre opinion sur la gestion de cette épidémie par nos autorités ?
- 19- Qu’est-ce qu’il faut améliorer dans les pratiques de prévention contre la maladie à virus Ebola
- 20- Pensez-vous que la maladie à virus Ebola n’apparaîtra plus au Mali ? Justifiez

Annexe5:Fiche signalétique

Nom :BERTHE

Prénom :Adama

Téléphone : (00223) 73-36-58-67

E-mail :adamaberthe48@yahoo.fr

Titre : perceptions et pratiques de prévention contre la maladie à virus Ebola au centre de santé communautaire de Banankabougou(ASACOBABA) et de Yirimadio(ASACOYIR).

Année universitaire : 2014-2015

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Santé publique, Epidémiologie et Ethique

Résumé : Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} Mai au 31 Juin 2015 au sein de la commune VI du district de Bamako. Cette étude avait pour objectif général d'évaluer les perceptions et pratiques de prévention reliées à la maladie à virus Ebola chez le personnel soignant et usager. Notre étude a concerné 63 participants dont 33 personnels soignants et 30 usagers toutes catégories confondues de 16 à 65 ans avec une prédominance du sexe masculin. Il ressort de cette étude que les enquêtés avaient une bonne connaissance sur les signes et modes de transmission de la maladie. Tous les participants interviewés ont déclaré qu'il n'existe pas de traitement spécifique contre la MVE. Tous les enquêtés disaient pratiquer le lavage des mains au savon comme mesure de protection. Les équipements de protection retrouvés dans notre étude étaient : le thermomètre flash (75,8%), l'eau chlorée (100%), la solution hydro-alcoolique (100%) et les gants non stériles (91%).

Ces résultats incitent à informer, à sensibiliser et à éduquer plus la communauté malienne contre la maladie à virus Ebola.

Mots-clés : La maladie à virus Ebola, personnel soignant, usager, prévention, Association de Santé Communautaire.

Annexe 6: Bugunatig s b n

Jamu: BERETE

T g : Adama

N g jurusira:(00223) 73-36-58-67

E-mail: adamaberthe48@yahoo.fr

Bugunatig s b n t g : ebolabana, kunbncogon'ataamasienw n'a
y l manid nniBamak komini 6d g t r w ni dugudenwf

San :2014-2015

Jamana :Mali

Dugu : Bamako

Baarak l n :maray r : Mali sanf kaland g t r s
d'odontostomatologie

Gafelasag y r la

Nafasira :forobak n ya- jatemin li- ladiliyak n

Bakurubaf : Nin yekalansenye min b folicamank k n yasiratig la.
Kalan in k raBamak sigidak mini 6 k n yasowla. A damin nam kalotile
1^L ka taa se m kalotile 31ma, san 2015. Kalan in kuntilennabaye, ka
jatemin k, d g t r w ni dugudenw ka faamuyali kan,
ebolabanakunb nc g n'a y l manikan .Kalan in kunf l yem g 63 ta,
d g t r w 33 ni dugudew 30, c ni musominnu si b taa 16 la fokase 65 ma.

Kulu in nad g t r k m o k m 76 yemusoye.

ininibaara in na, a s m ntiyara ko

d g t r ninnuyefaamuyas r ebolabanataamasienw n'a y l manic g w
kan. NI yed g t r 100 ta, 100 b s nna ko ebolabanay l manijuye,
kongo k n sogowye, ebolabanakis b minnuna.

100 o 100, d g t r 98,6 y'a jira ko fariganyeebolabanataamasiy nye

100 o 100 d g t r 100 y'a jira ko furak r nk r nent bana in na.

100 o 100, d g t r 100 y'a jira ko t g kosafun nayetangalic g yad ye.

Tangalanfɔnw na minnuntɔpɔtɔpɔlen don kosɔbɔolufilɔ :

Terimoflashi :

Kulɔriji

Gantangalantan

Kumalasarunya : jaabiwninnunb'ansamakakomini 6 kɔnɔyasowkɔnɔ
(ASACOBABA ni ASACOYIR) a ni Mali dɔgɔtɔrɔwbɔɔkunnafoni,
k'ubilasira, k'ulaadamu, k'ukisiebolabana ni banawɔrɔwtɔɔrɔw ma
minnubɔdɔgɔtɔrɔsɔrɔ a kabaarahukumukɔnɔ

Daɔɔkolomaw :ebolabana ; dɔgɔtɔrɔ ; banakunbɔn ; komini 6 ;
kɔnɔyaso ; jamakakɔnɔyaso ; jɔkulukakɔnɔyaso

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.

Admise 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 !