



## GUIDE PROVISOIRE

# Soins cliniques pour les survivants de la maladie à virus Ebola

11 avril 2016

© Organisation mondiale de la Santé 2016. Tous droits réservés.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

WHO/EVD/OHE/PED/16.1 Rev.2

# Table des matières

Acronymes.....	4
1. Introduction.....	5
Contexte .....	5
Audience cible .....	5
Méthodes d'élaboration des lignes directrices .....	5
Mise à jour du guide .....	6
Définition d'un survivant à la MVE.....	6
Principe des soins intégrés.....	6
2. Planifier le suivi du survivant à la MVE .....	7
Avant la sortie du CTE.....	7
Première visite après la sortie du CTE .....	7
Visites de suivi suivantes.....	8
3. Séquelles courantes de la maladie à virus Ebola et recommandations pour l'évaluation et la prise en charge .....	9
Musculosquelettiques .....	9
Oculaires.....	11
Auditives .....	13
Abdominales .....	14
Neurologiques.....	15
Santé mentale.....	17
Santé sexuelle .....	18
Rechute due à un virus persistant et évaluation d'une nouvelle poussée de fièvre .....	19
4. Considérations pour les populations spéciales.....	21
Enfants ( $\leq 15$ ans) .....	21
Femmes enceintes .....	22
5. Surveillance de l'infection due à la persistance du virus Ebola chez les survivants : directives pour les services de dépistage et de conseils. ....	23
Analyses du sperme et conseils aux hommes ayant survécu à la MVE .....	23
Analyses des sécrétions vaginales et conseils aux femmes ayant survécu à la MVE .....	23
Analyses du lait maternel, allaitement et conseils aux survivantes de la MVE .....	24
6. Considérations sur la prévention et le contrôle de l'infection chez les survivants de la MVE .....	25
Précautions PCI standard pour les visites de routine .....	25
Précautions de PCI liées à la MVE et EPI lors de la manipulations d'échantillons potentiellement infectieux.....	25
Élimination des déchets infectieux .....	26
Conseils de PCI pour les survivants à domicile .....	26
Opération chirurgicale non urgente et prise en charge des traumatismes par pénétration .....	26

7. Considérations relatives à la communication des risques .....	27
Impact de la communication des risques sur les soins cliniques .....	27
Considérations sur la communication des risques .....	27
Bonnes pratiques.....	27
8. Références .....	29

## Annexes

Annexe I. Questionnaire sur la santé du patient pour la dépression (PHQ-9) .....	31
Annexe II. Liste des médicaments essentiels, tests diagnostiques et matériel pour les soins des survivants de la MVE .....	32

## Acronymes

AINS	anti-inflammatoires non stéroïdiens
ALAT	alanine aminotransférase
ASAT	aspartate aminotransférase
CTE	Centre de traitement Ebola
EPI	équipement de protection individuelle EPI
ESPT	état de stress post-traumatique
IST	infection sexuellement transmissible
LCR	liquide céphalorachidien
MVE	maladie à virus Ebola
NFS	numération formule sanguine
PCI	prévention et contrôle de l'infection PCI
PHQ-9	questionnaire sur la santé du patient 9
RGO	reflux gastro-œsophagien
RT-PCR	transcriptase inverse – réaction de polymérisation en chaîne
TDR	test de diagnostic rapide
TFH	test des fonctions hépatiques
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WHO	Organisation mondiale de la Santé

# 1. Introduction

## Contexte

La flambée de maladie à virus Ebola (MVE) qui a éclaté en 2013 en Afrique de l'Ouest avait fait plus de 28 000 victimes fin 2015. Si les estimations concernant le nombre de personnes touchées par la maladie pendant la flambée varient, on estime que plus de 10 000 survivants de la MVE devraient avoir besoin de soins médicaux pendant leur convalescence. Plusieurs problèmes médicaux à court et long terme ont été signalés chez les survivants de la MVE, notamment des troubles de la santé mentale, tant pour les survivants que pour les autres membres de la famille et de la communauté (1-19). En outre, il est de plus en plus reconnu que le virus Ebola peut persister longtemps dans certaines parties de l'organisme des survivants, surtout dans le sperme des hommes, ce qui laisse à penser qu'une réintroduction du virus est possible dans les zones où la transmission avait été interrompue.

Les survivants de la MVE ont besoin d'un soutien médical complet pour traiter les troubles médicaux et psychosociaux dont ils souffrent ainsi que pour minimiser le risque de transmission continue du virus Ebola, notamment par voie sexuelle. Ce document présente des recommandations sur les soins cliniques et le dépistage du virus chez les survivants de la MVE, et devrait être utilisé pour guider la planification et la délivrance des services de santé aux personnes ayant guéri de la MVE.

## Audience cible

Ce guide s'adresse principalement aux professionnels de santé qui dispensent des soins primaires aux personnes ayant survécu à la MVE. Il peut également être utilisé par les membres de la famille ou de la communauté apportant soutien et soins aux survivants de la MVE, ainsi que par les planificateurs des services de soins de santé et les responsables politiques.

## Méthodes d'élaboration des lignes directrices

Ce guide a été élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé, Genève, avec la participation de parties prenantes dont les Ministères de la Santé de la Guinée, du Liberia et de la Sierra Leone ; des membres de la Coalition mondiale des Nations Unies contre l'Ebola; des bureaux de pays de l'OMS ; des organismes de recherche et les organisations sanitaires non gouvernementales avec une expertise reconnue et un intérêt pour les soins des survivants de la MVE (Médecins sans frontières ; Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta (États-Unis d'Amérique) ; National Institutes of Health des États-Unis, Bethesda (États-Unis d'Amérique) ; Partners in Health, Boston (États-Unis d'Amérique) ; GOAL, Dublin (Irlande)) et d'autres parties prenantes.

Compte tenu du nombre très limité de données scientifiques sur les soins cliniques aux survivants de la MVE et de l'urgente nécessité d'un guide sur ce sujet, les recommandations dans ce document ont été élaborées à partir d'avis d'experts ayant fait l'unanimité parmi les parties prenantes consultées. Bien que cela limite considérablement la solidité scientifique de ce guide, le document reste une représentation de la meilleure pratique disponible et sera révisé au fur et à mesure que de nouvelles données apparaîtront.

Suite à la flambée sans précédent de 2013 en Afrique de l'Ouest, les survivants ont été beaucoup plus nombreux, ce qui a permis de renforcer les observations cliniques et de mieux comprendre les nombreux troubles dont ils souffrent. De nouvelles informations viennent également des observations cliniques faites sur les 27 patients souffrant de MVE examinés dans des structures hospitalières à fortes ressources en Europe et en Amérique du Nord, où les technologies médicales disponibles permettent souvent une investigation plus complète. On découvre presque chaque semaine de nouvelles présentations et complications de la MVE et de nouvelles découvertes sont attendues à mesure que l'on renforce les capacités de soins pour les survivants de la MVE en Afrique de l'Ouest.

L'OMS continuera à suivre les progrès de la recherche dans le domaine de la MVE et de la santé des survivants, en particulier ceux relatifs aux domaines où de nouvelles recommandations ou une modification du présent guide pourraient s'avérer nécessaires.

## Mise à jour du guide

Le présent guide sera mis à jour six mois après sa publication, sauf en cas de données nouvelles nécessitant une révision anticipée. Les commentaires ou suggestions concernant des questions supplémentaires à intégrer dans la mise à jour sont les bienvenus.

## Définition d'un survivant à la MVE

Aux fins du présent document, un survivant à la MVE est défini comme une personne :

- ayant eu un résultat positif confirmé au test de RT-PCR pour détecter le virus Ebola dans un liquide biologique puis s'est rétablie
- ET/OU**
- ayant un résultat positif IgM et/ou IgG aux tests sérologiques pour la MVE et qui n'a pas été vaccinée contre le virus Ebola

Ces définitions peuvent être modifiées pendant une épidémie pour correspondre à la situation locale sur le terrain. Dans la plupart des cas, des certificats de survivants de la MVE ont été établis par le gouvernement ou le laboratoire et doivent servir de base à la vérification du statut de survivant. Toutefois, une vérification croisée avec les registres des UTE (Unités de traitement Ebola) et autres bases de données et, dans certains cas, des tests de dépistage des anticorps, peuvent être nécessaires.

## Principe des soins intégrés

Un programme intégré intensif est nécessaire pour répondre aux besoins médicaux et psychosociaux des survivants de la MVE ainsi qu'au risque de réintroduction du virus. Les services médicaux pour les survivants de la MVE devraient idéalement être intégrés aux services de santé existants. Toutefois, dans les zones où les services nécessaires sont inexistantes ou inaccessibles aux survivants de la MVE, la mise en place de services spécifiques peut être nécessaire. Quelle que soit l'approche à court terme adoptée pour dispenser les soins urgents nécessaires aux survivants de la MVE, les objectifs à moyen et long terme doivent être de renforcer les systèmes de santé pour tous et pour tous les problèmes de santé.

## 2. Planifier le suivi du survivant à la MVE

### Avant la sortie du CTE

Lorsque son état de santé est stabilisé, et avant de quitter le Centre de traitement Ebola (CTE), le survivant à la MVE doit bénéficier d'une formation et de conseils sur les éventuelles séquelles et troubles psychosociaux auxquels il peut être confronté lors de sa convalescence. Avec sa permission, l'idéal est de prévoir une consultation avec les membres de la famille proches du survivant, en expliquant en termes simples les séquelles courantes et ce que l'on sait sur le mode de transmission du virus Ebola pendant la convalescence (voir ci-dessous la partie *Surveillance de l'infection par le virus Ebola persistant chez les survivants : directives pour les services de dépistage et de conseils*) ainsi que les mesures qu'ils peuvent prendre pour éviter la transmission du virus (voir ci-dessous la partie *Considérations en matière de prévention et de lutte contre l'infection associée aux soins chez les survivants de la MVE*). Il convient de donner aux survivants un rendez-vous pour une consultation de suivi avec un prestataire de soins dans les deux semaines qui suivent la sortie du centre ainsi que des instructions spécifiques sur les personnes à contacter s'ils ont des problèmes de santé ou des questions. Dans les cas où d'importants troubles de santé mentale sont observés avant la sortie ou anticipés, il peut être indiqué d'orienter directement les patients vers un prestataire de soins de santé mentale.

À la sortie du centre de traitement, les survivants de la MVE doivent recevoir des documents contenant leur identification unique du patient, leur nom, leur âge, les symptômes à la présentation et à la sortie, quelques informations sur les résultats de leurs tests et le traitement au CTE, ainsi que leur certificat de survivant à la MVE délivré par le gouvernement ou le laboratoire. Ces informations serviront de document de « transfert des soins » pour leur prise en charge en ambulatoire. Les survivants doivent recevoir pour instruction d'apporter ces documents, ainsi que ceux sur les vaccinations antérieures, à chaque consultation dans un dispensaire ou un hôpital.

Une formation et des conseils sur la santé sexuelle devraient être proposés à tous les survivants de la MVE, hommes et femmes, lors de la sortie et des visites de suivi. Il convient d'expliquer aux hommes survivants et à leurs partenaires le risque de persistance du virus Ebola dans le sperme ainsi que les mesures pour prévenir la transmission (voir ci-dessous la partie *Dépistage du sperme et conseils aux hommes survivant à la MVE*). Les femmes enceintes ayant survécu à la maladie doivent recevoir des conseils sur les risques de complications fœtales et maternelles associées au virus Ebola ainsi que sur la persistance et la transmission du virus (voir ci-dessous la partie *Considérations pour les populations spéciales : femmes enceintes*).

### Première visite après la sortie du CTE

Les examens suivants doivent être effectués lors de la première visite de suivi après la sortie du CTE (voir guide détaillé par type de séquelles possibles ci-dessous).

- Antécédents médicaux généraux et examen médical dont signes vitaux (température, tension artérielle, rythme cardiaque, fréquence respiratoire) ainsi qu'une évaluation nutritionnelle
- Examen musculosquelettique
- Examen oculaire
- Examen auditif
- Examen abdominal
- Examen neurologique
- Évaluation de la santé mentale
- Évaluation de la santé sexuelle
- Consultation avec un travailleur social pour aborder les questions suivantes :
  - problèmes de stigmatisation
  - statut économique et emploi
  - logement et sécurité sanitaire des aliments
  - personnes à charge

- soutien social (famille, amis, communauté religieuse)
- usage potentiel de substance ou dépendance (alcool, marijuana, cocaïne, héroïne et tabac)
- identification des individus vulnérables (enfants, handicap, violence familiale, etc.) pour suivi/notification
- Analyses systématiques :
  - numération formule sanguine
  - créatinine
- Analyses optionnelles selon indications
  - RT-PCR Ebola ou anticorps IgG ou IgM
  - transaminases hépatiques (ALAT et ASAT) et amylase
  - tests de la fonction thyroïdienne
  - vitesse de sédimentation des érythrocytes ou protéine C réactive
  - test de grossesse chez les femmes
  - test de diagnostic rapide du paludisme
  - examen parasitologique des selles, recherche de kystes
  - recherche de protéine dans les urines par bandelette réactive
  - test de la syphilis (selon les directives nationales)
  - test du VIH (selon les directives nationales)
    - Remarque : en raison de données empiriques sur la recrudescence de MVE chez les survivants VIH positifs, certains prestataires de soins recommandent un dépistage systématique du VIH avec des services de conseils avant et après le test pour tous les survivants de la MVE.
- Dans les régions où la prévalence d'infection à microfilaires d'*Onchocerca volvulus* est supérieure à 5 %, veiller à ce que les patients soient en contact avec le programme d'éradication des maladies tropicales négligées pour l'administration d'ivermectine.

Toutes les visites en dispensaires des survivants de la MVE et autres informations sanitaires utiles doivent être soigneusement suivies et les dossiers conservés en sécurité. Des formulaires de collecte de données conçus spécifiquement pour le suivi des survivants de la MVE sont disponibles à l'adresse :

[www.iddo.org/ebola/tools-resources](http://www.iddo.org/ebola/tools-resources).

## Visites de suivi suivantes

Étant donné que certaines séquelles de la MVE peuvent apparaître des semaines voire des mois après la disparition de la phase aiguë de la maladie et persister pendant des années, un suivi régulier des survivants est recommandé pendant au moins un an, en présence ou non de symptômes lors de la sortie ou de la première évaluation en ambulatoire. Voici une suggestion d'échéancier pour l'évaluation de suivi et les soins :

- Sortie du CTE
- Première évaluation en ambulatoire dans les 2 semaines, puis
- Suivi mensuel pendant 6 mois, puis
- Suivi tous les trois mois jusqu'à un an
- Suivi continu selon les besoins et convenu par le patient et le prestataire de soins

Le patient et le prestataire de soins peuvent souhaiter ajuster cet échéancier en fonction de l'état de santé et des besoins du patient. Une évaluation détaillée similaire à celle décrite pour la première visite après la sortie du CTE doit être effectuée au moins tous les 3 mois pendant la première année. Pour les hommes, les visites de suivi doivent être coordonnées avec des visites pour des analyses de leur sperme (voir ci-dessous *Analyses du sperme et conseils pour les hommes ayant survécu à la MVE*).



### 3. Séquelles courantes de la maladie à virus Ebola et recommandations pour l'évaluation et la prise en charge

#### Musculosquelettiques

Les douleurs musculosquelettiques font partie des séquelles les plus souvent signalées, observées chez 50-75 % de survivants (2,3,8-10,12,16,17). L'arthralgie est généralement symétrique et polyarticulaire, avec une intensité maximale le matin et après l'exercice (9). Si elle peut toucher toutes les articulations, ce sont les grandes articulations qui sont les plus souvent concernées. La ténosynovite péri-articulaire (enthésite) touche souvent les épaules et les hanches et s'accompagne d'une spondylarthrite en particulier en cas de maladie inflammatoire de l'œil concomitante (voir ci-dessous). L'examen physique ne révèle généralement aucune anomalie, bien que l'on observe parfois des signes d'arthrite inflammatoire avec gonflement et douleur à la pression. Une costochondrite (douleur au niveau de la poitrine ou des côtes) est souvent observée.

#### Conseils pour l'évaluation clinique

- Il est important de distinguer entre l'arthralgie non inflammatoire (douleur articulaire sans autre anomalie apparente à l'examen physique) et l'arthrite inflammatoire (douleur à la pression articulaire, érythème, chaleur, gonflement, épanchement et/ou amplitude des mouvements limitée).
- Les radiographies ne sont généralement pas indiquées sauf si de nouvelles déformations sont observées.

#### Diagnostic différentiel de l'arthralgie/la ténosynovite

- Arthrose, maladie auto-immune (comme l'arthrite rhumatoïde ou le lupus érythémateux aigu disséminé)

#### Diagnostic différentiel de la douleur musculaire

- Polymyosite, dermatomyosite, myosite à inclusions, rhabdomyolyse

#### Diagnostic différentiel de l'arthrite

- Arthrite septique (bactérienne, à staphylocoques ou gonocoques, ou tuberculeuse), goutte, chondrocalcinose

#### Traitement de l'arthralgie/la ténosynovite et de la douleur musculaire

- Compresses chaudes
- L'exercice physique peut être bénéfique et doit être prescrit avec précaution au cas par cas
- Traiter les éventuels troubles psychosociaux qui peuvent jouer un rôle
- Traitement de première ligne : paracétamol
  - Adultes : 1 gramme par voie orale jusqu'à 3 fois par jour (remarque : il est recommandé de limiter le paracétamol à 3 grammes par jour en raison de la possibilité que les survivants de la MVE aient subi des lésions au foie pendant la phase aiguë de la maladie).
  - Enfants : 15 mg/kg par voie orale jusqu'à 3 fois par jour
- Traitement de deuxième ligne (en cas de réponse inadéquate au paracétamol après 7-10 jours) : anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
  - Posologie :
    - **Adultes** : Ibuprofène 200-400 mg par voie orale jusqu'à 3 fois par jour. Les autres schémas d'AINS acceptable sont le diclofénac 50 mg par voie orale 2 ou 3 fois par jour ou le naproxène 250-500 mg par voie orale deux fois par jour. Des AINS une fois par jour tels que

méloxicam, piroxicam, célécoxib, et étodolac XL peuvent également être prescrits si disponibles, bien qu'il n'y ait aucune preuve qu'ils soient plus efficaces que l'ibuprofène. L'indométacine doit généralement être évitée compte tenu de la plus forte propension à des complications gastriques.

- **Enfants** : Ibuprofène 10 mg/kg par voie orale jusqu'à 3 fois par jour
- Considérations :
  - Les AINS pouvant provoquer des maux d'estomac et des saignements gastro-intestinaux, ils doivent être pris au cours des repas
    - Si le patient a plus de 60 ans ou et/ou a des antécédents d'ulcère gastroduodéal ou de reflux gastro-œsophagien, envisager de prescrire un antagoniste des récepteurs H2 (par exemple ranitidine 150 mg par voie orale deux fois par jour) ou un inhibiteur de la pompe à protons (par exemple oméprazole 20 mg par jour par voie orale pour les adultes et comme ci-dessous pour les enfants) :
      - <10 kg : 1-2 mg/kg par voie orale une fois par jour
      - 10-20 kg : 10 mg par voie orale une fois par jour
      - >20 kg : 20 mg par voie orale une fois par jour
  - Si le patient à  $\geq 40$  ans et est hypertendu (TA  $>140/90$ ), vérifier le taux de créatinine et de potassium dans le sang avant de débiter les AINS et réduire les doses en cas de signes d'insuffisance rénale. Dans ces cas, envisager le paracétamol si possible.
  - Vérifier la créatinine sérique tous les 2-3 mois si les AINS sont prescrits pendant plus de 2 semaines

### Traitement de l'arthrite

- Arthrite sans maladie systémique (c'est-à-dire pas de fièvre ou malaise) : compresses chaudes ou froides, exercice physique facultatif et traitement aux AINS tel que décrit ci-dessus
- Si des symptômes importants persistent après 7-10 jours de traitement aux AINS et qu'aucune autre cause traitable n'est identifiée, arrêter les AINS et envisager les corticostéroïdes pour adultes et le méthotrexate pour les enfants :
  - Posologie :
    - **Adultes** : prednisone 20 mg par jour par voie orale pendant 7 jours
    - **Enfants** : orienter vers un spécialiste pour envisager un traitement au méthotrexate
  - Considérations pour l'utilisation des corticostéroïdes (adultes) :
    - Informer sur les éventuels effets indésirables, notamment sautes d'humeur, perte de poids, taux élevé de sucre dans le sang, hypertension et troubles du sommeil
    - Envisager et vérifier la présence d'autres troubles et infections sous-jacents qui pourraient être exacerbés ou réactivés par des corticostéroïdes systémiques, dont le diabète, la tuberculose et le VIH/sida. Les personnes atteintes du VIH/sida récemment diagnostiqué devraient débiter le traitement antirétroviral en même temps que les stéroïdes oraux. Plus de détails sur : [www.who.int/hiv/topics/treatment/fr](http://www.who.int/hiv/topics/treatment/fr)
    - Étant donné que les corticostéroïdes peuvent entraîner une infection massive par l'helminthe *Strongyloides stercoralis*, avant de débiter la prednisone de façon empirique, traiter l'éventuelle infection sous-jacente par *S. stercoralis* avec une dose d'ivermectine 200 microgrammes/kg par voie orale, prise avec de l'eau sur un estomac vide. À noter que l'ivermectine est contre-indiquée chez les femmes enceintes et allaitantes.
    - Demander aux femmes en âge de procréer si elles sont enceintes, la date de leurs dernières règles et si elles allaitent, et en cas de doute, faire un test de grossesse. L'usage de corticostéroïdes chez les femmes enceintes est associé à un risque accru de malformations congénitales, comme une fente palatine, chez le nouveau-né (20, 21).

- Si le patient a des antécédents d'ulcère gastroduodénal ou de reflux gastro-œsophagien, envisager de prescrire un antagoniste des récepteurs H2 (par exemple ranitidine 150 mg par voie orale deux fois par jour) ou un inhibiteur de la pompe à protons (par exemple oméprazole 20 mg par jour par voie orale) pendant la durée du traitement aux stéroïdes
- Suivre le patient au bout d'une semaine pour surveiller la réponse au traitement et d'éventuels effets secondaires liés aux corticostéroïdes oraux, dont :
  - Effets secondaires oculaires, comme altération de la vision, augmentation de la pression intraoculaire et développement de cataracte
  - Hyperglycémie, avec surveillance du sucre dans les urines ou dans le sang selon besoins
- Plusieurs programmes cliniques ont intégré des agents de santé communautaires et des agents chargés de protéger la santé des survivants de la MVE pour surveiller les patients à domicile au cours du traitement aux corticostéroïdes systémiques
- À noter que l'on ne connaît pas les éventuels effets de l'usage de corticostéroïdes sur une possible réactivation du virus Ebola à partir de sites où il peut persister (voir ci-dessous *Rechute due au virus persistant et évaluation d'une nouvelle poussée de fièvre*).

### Indications pour l'orientation vers un spécialiste

- Arthralgie récurrente ou persistante qui entrave considérablement les activités quotidiennes et la qualité de vie et est réfractaire à au moins 3 semaines de traitement aux AINS et une semaine de traitement à la prednisone
- Spondylarthropathie (touche le rachis et les articulations sacro-iliaques)
- Arthrite avec maladie systémique ou si suspicion d'arthrite septique nécessitant une ponction, une analyse de l'échantillon ponctionné et éventuellement des antibiotiques par intraveineuse
  - La ponction de l'articulation doit être effectuée en prenant les précautions de prévention et de lutte contre l'infection pour la MVE tel que décrit dans la partie *Considérations sur la prévention et la lutte contre l'infection chez les survivants de la MVE* ci-dessous et l'échantillon prélevé doit être envoyé pour un test par RT-PCR pour Ebola.
  - Si le test pour Ebola est négatif, effectuer une numération des globules blancs, des colorations AFB et de Gram, un examen au microscope à lumière polarisée ainsi que des cultures pour les bactéries et la tuberculose selon les indications et les disponibilités
- Une orientation vers des spécialistes de la réadaptation peut être nécessaire pour les survivants souffrant de douleurs musculosquelettiques et de fatigues prolongées

## Oculaires

Les survivants se plaignent souvent de douleurs et rougeur des yeux, sécheresse oculaire, sensibilité à la lumière et vision trouble (2, 3, 6-8, 10, 11, 22). Les séquelles oculaires, qui incluent uvéite, cataracte, maladie de rétine et du nerf optique, peuvent apparaître pendant la phase aiguë de la MVE ou à différents moments après la sortie du CTE. Les patients souffrant d'uvéite ont signalé des symptômes oculaires jusqu'à 17 semaines après la sortie du CTE (23). La maladie oculaire chez les survivants de la MVE peut menacer la vision et les effets du traitement médical peuvent être lents à se mettre en place. Par conséquent, il est essentiel de débiter rapidement un traitement en cas de plaintes oculaires. Une orientation précoce chez un ophtalmologiste devrait être envisagée lorsque des services spécialisés sont disponibles.

### Conseils pour l'évaluation clinique

- Évaluation de la douleur oculaire, de l'irritation ou de la rougeur, du larmoiement accru ou de la sécheresse oculaire, de la sensibilité à la lumière, et de la baisse de l'acuité visuelle

- Test d'acuité visuelle par les échelles Tumbling E et Snellen : vérification unilatérale et bilatérale à la présentation et avec la meilleure correction
- Examen des pupilles, en particulier test pour dépister un déficit pupillaire afférent
- Étant donné que les données préliminaires suggèrent que la présence ou l'absence de symptômes ne sont que modérément liées à la maladie clinique, au cours du mois suivant la sortie du CTE, lorsque c'est possible, tous les patients doivent être orientés vers un ophtalmologiste pour un examen complet, dont :
  - Examen du fond d'œil dilaté
  - Examen à la lampe à fente
  - Mesure de la pression intraoculaire

#### **Diagnostic différentiel de la douleur oculaire/rougeur/irritation**

- Conjonctivite bactérienne, virale ou allergique ; syndrome de l'œil sec, maladie de la sécheresse oculaire à partir d'une exposition au soleil, ulcère de la cornée, glaucome aigu à angle fermé, sclérite ; traumatisme ; uvéite due à d'autres virus (*herpes simplex*, *herpes zoster* et cytomégalovirus), parasites (*Toxoplasma gondii*) ou bactérie (*Treponema pallidum*)

#### **Diagnostic différentiel de la baisse de l'acuité visuelle**

- Cataracte ; erreur de réfraction (presbytie, myopie, hypermétropie, et/ou astigmatisme); cicatrices rétinienne dues à d'autres agents pathogènes (comme *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum* [c'est-à-dire syphilis], *Onchocerca volvulus*, et virus de la rougeole) ; pathologie post-traumatique (par exemple cicatrices cornéennes, lésion du nerf optique, maladie congénitale, carence en vitamine A), glaucome, décollement de la rétine

#### **Traitement de la douleur oculaire/rougeur/irritation**

- Quand c'est possible, écarter d'autres étiologies infectieuses telles que la syphilis et le VIH par des tests sérologiques
- En cas de suspicion de maladie de la surface oculaire, traiter avec des larmes artificielles pour une lubrification locale
- En cas de suspicion d'uvéite, un traitement immédiat s'impose, avec orientation immédiate vers un ophtalmologiste ou un spécialiste des soins oculaires si disponible. Pendant que l'orientation est organisée, le traitement suivant doit être mis en place :
  - Prednisone 1 % en gouttes oculaires toutes les 1-2 heures (réduire en cas d'amélioration) ET
  - Cyclopentolate 1 % en gouttes oculaires, 1 goutte quatre fois par jour
- En l'absence d'amélioration au bout de 7 jours de prednisone et cyclopentolate local, ou en cas d'uvéite principalement postérieure/intermédiaire ou de suspicion de panuvéite, envisager d'ajouter des corticostéroïdes systémiques (adultes) ou du méthotrexate (enfants), en suivant les posologies et considérations telles que décrites dans *Traitement de l'arthrite* ci-dessus.

#### **Traitement de l'erreur de réfraction**

- Prescrire et fournir des verres correcteurs

#### **Indications pour l'orientation vers un spécialiste**

- Uvéite, en particulier suspicion d'uvéite intermédiaire, postérieure ou de panuvéite, et tous les cas d'uvéite qui ne répondent pas à un traitement local de 7 jours tel qu'indiqué ci-dessus. Ce sont des urgences médicales pour lesquelles les corticostéroïdes (adultes) ou le méthotrexate (enfants) peuvent être nécessaires.

- Tous les enfants de moins de 10 ans (car il peut être difficile de vérifier des antécédents de symptômes oculaires dans ce groupe)
- Baisse ou perte de vision due à une cause quelconque après une MVE
- Anomalies des pupilles ou dysfonctionnement du nerf optique (i.e. œdème/gonflement de la papille optique, pâleur du nerf optique)
- Une orientation vers un spécialiste de la réadaptation peut être nécessaire pour les personnes présentant une perte de la vision sévère ou permanente

## Auditives

Acouphènes et perte d'audition ont été signalés chez plus d'un quart des survivants de la MVE, bien que le lien de cause à effet entre ces observations et la MVE reste à déterminer (2, 3, 10, 11).

### Conseils pour l'évaluation clinique

- Évaluation pour détecter une perte d'audition, des acouphènes, une plénitude de l'oreille et des vertiges
- Examen otoscopique du canal auditif et de la membrane tympanique
- Test de chuchotement<sup>1</sup>
- Acoumétrie au diapason (Épreuves de Weber et de Rinne) : 256 Hz et 512 Hz
- Tests audiométriques (si disponibles)
- Remarque : les enfants de moins de 10 ans risquent de ne pas être capables d'indiquer des séquelles auditives, c'est pourquoi des tests d'audition, y compris l'audiométrie si disponible, doivent être effectués dans ce groupe à chaque visite au dispensaire.

### Diagnostic différentiel des acouphènes et/ou de la perte d'audition

- Perte d'audition préalable à la MVE due à des maladies telles que la fièvre de Lassa ou traumatisme auditif
- Accumulation de cérumen
- Labyrinthite aiguë virale. Le diagnostic repose sur une crise aiguë (mois de 10 jours) d'acouphènes, de vertiges et de perte d'audition (idéalement démontrée par audiométrie, mais une évaluation manuelle avec un diapason ou fondée sur la symptomatologie peut suffire).
- Otite moyenne (si accompagnée de douleur auriculaire)

### Traitement de la labyrinthite aiguë

- Remarque : le traitement de la labyrinthite aiguë est plus efficace quand il est administré dans les 10 jours (et idéalement dans les 72 heures) après l'apparition des symptômes. Les patients doivent donc être informés à leur sortie du CTE qu'ils doivent consulter un médecin dès l'apparition de symptômes auriculaires.
- La labyrinthite aiguë se guérit souvent spontanément. Le sédatif vestibulaire prochlorpérazine peut être administré pour réduire les vertiges en attendant la guérison :
  - Adultes: 5-10 mg par voie orale 3-4 fois par jour
  - Enfants, posologie en fonction du poids :
    - Moins de 10 kg : non recommandé
    - 10-13 kg : 2,5 mg par voie orale 1 ou 2 fois par jour (ne pas dépasser 7,5 mg par jour)

<sup>1</sup> Des logiciels de tests auditifs peuvent être utilisés comme une alternative aux tests à la voix lorsqu'ils sont disponibles.

- 13-18 kg : 2,5 mg par voie orale 2 ou 3 fois par jour (ne pas dépasser 10 mg par jour)
- 18-39 kg : 2,5 mg par voie orale 3 fois par jour ou 5 mg 2 fois par jour (ne pas dépasser 15 mg par jour)
- Les corticostéroïdes oraux sont parfois prescrits pour la labyrinthite aiguë, toutefois leur efficacité n'est pas clairement établie. La décision de les utiliser pour cette affection doit être généralement laissée aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie.

### Traitement de l'otite moyenne

- Amoxicilline :
  - Adultes: 250 mg par voie orale 3 fois par jour pendant 10 jours
  - Enfants, posologie en fonction du poids :
    - 40-90 mg/kg par voie orale en 2 ou 3 doses par jour pendant 10 jours
    - Si plus de 40 kg, utiliser la posologie adulte

### Indications pour l'orientation vers un spécialiste

- Persistance de la perte d'audition ou des acouphènes nécessitant une audiométrie si non disponible autrement
- Nécessité de retirer le cérumen ou de poser des aides auditives
- Une orientation vers un spécialiste de la réadaptation peut être nécessaire pour les personnes souffrant de perte d'audition permanente ou sévère, ainsi que du matériel de formation sur les soins primaires de l'oreille et de l'audition

## Abdominales

Les douleurs abdominales sont courantes chez les survivants de la MVE, toutefois la cause est généralement inconnue.

### Conseils pour l'évaluation clinique

- Interroger sur la présence de douleurs épigastriques, reflux, sang ou mucus dans les selles, et prise ou perte de poids rapide
- Mesurer le poids et la taille du patient
- Procéder à la palpation et percussion de l'abdomen à la recherche d'hépatomégalie, de rebond ou de défense abdominale (signes péritonéaux), sensibilité supra-pubienne, signe de Murphy (signe de troubles de la vésicule biliaire consistant en une douleur lors d'une profonde inspiration lorsque les doigts de l'examineur sont à proximité de la vésicule biliaire) et tympanisme (à la recherche d'une occlusion intestinale).
- Écouter s'il y a diminution des bruits intestinaux ou au contraire des bruits intestinaux hyperactifs
- Examen parasitologique des selles, recherche de kystes selon les indications cliniques
- Imagerie abdominale (ultrasons, radiographie simple de l'abdomen) selon les indications cliniques

### Diagnostic différentiel

- Gastrite, reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodéal, syndrome de l'intestin irritable, fièvre typhoïde, infection helminthique ou parasitaire, diverticulite, appendicite, tension ovarienne ou testiculaire, grossesse extra-utérine, hernies irréductibles, invagination intestinale (enfants de moins de 6 ans), maladie inflammatoire pelvienne, avortement spontané



## Traitement

- Écarter ou traiter les étiologies plus courantes non spécifiques de la MVE. En fonction des symptômes et du diagnostic évoqué, un traitement initial avec du paracétamol, des antagonistes des récepteurs H<sub>2</sub> ou de l'oméprazole peut être envisagé (voir la posologie ci-dessus dans *Traitement de l'arthralgie/la ténosynovite et douleur musculaire*)
- Éviter les AINS chez les patients souffrant de gastrite, de reflux gastro-œsophagien et d'ulcère gastroduodénal
- Envisager un traitement vermifuge

## Indications pour l'orientation vers un spécialiste

- Abdomen aigu nécessitant une consultation chirurgicale (il s'agit d'une urgence médicale)
- Incapacité à tolérer la prise orale
- Douleur abdominale persistante malgré toutes les tentatives de diagnostic et de traitement décrites ci-dessus

## Neurologiques

Céphalées, troubles de la mémoire, neuropathie périphérique et tremblement sont courants chez les personnes ayant survécu à la MVE. Les séquelles neurologiques moins courantes sont la myopathie, les crises convulsives et le syndrome parkinsonien. Le lien de cause à effet de ces troubles avec la MVE reste à déterminer. Des facteurs biologiques ainsi que le stress, la dépression et d'autres médiateurs psychosociaux peuvent intervenir. Les séquelles de santé mentale sont abordées plus précisément dans la partie ci-dessous.

## Conseils pour l'évaluation clinique

- L'examen neurologique doit inclure l'évaluation des réflexes archaïques (naso-palpébral, palmo-mentonnier et de la moue), de la poursuite oculaire, des nerfs crâniens, de la force et du tonus musculaires, des signes sensitifs (notamment des extrémités distales), de la coordination et de la démarche.
- Il est important de tenir compte d'une éventuelle contribution de traumatismes psychiatriques lors de l'évaluation

## Diagnostic différentiel des céphalées

- Migraine, céphalée de tension ou algie vasculaire de la face, hypertension intracrânienne idiopathique, méningite chronique, céphalées liées à d'autres infections (sinusite, grippe, etc.), méningite aiguë, méningo-encéphalite, tumeur intracrânienne, hydrocéphalie, hémorragie sous-arachnoïdienne, artérite temporale

## Diagnostic différentiel de la neuropathie périphérique

- Carences nutritionnelles (vitamines B12 et autres vitamines B), infections (VIH, syphilis), anomalies endocriniennes (diabète insulino-dépendant, hypothyroïdie), expositions (métaux lourds), neuropathies de compression (syndrome du canal carpien), maladie auto-immune, paraprotéïnémie

## Diagnostic différentiel des tremblements

- Maladie de Parkinson, dysfonctionnement hépatique, dysfonctionnement métabolique, (hyperthyroïdie), tremblement physiologique exacerbé, tremblement essentiel bénin, sevrage alcoolique, intoxications/expositions (métaux lourds comme le manganèse)

## Diagnostic différentiel des crises convulsives

- Crises idiopathiques, crise convulsive liée à un trouble métabolique (hypoglycémie, urémie, hypocalcémie, etc.), au sevrage alcoolique ou à un AVC, post-traumatique, liée à une infection (méningite, encéphalite), intoxications/liée aux médicaments

## Traitement des céphalées – traitement de crise

- Pour les céphalées peu fréquentes (moins d'une fois par semaine) ou peu intenses, un traitement de crise avec du paracétamol (première ligne) ou de l'ibuprofène ou autre AINS (seconde ligne) peut être utilisé. Voir posologie et autres considérations ci-dessus dans *Traitement de l'arthralgie/la ténosynovite et des douleurs musculaires*
- Ces médicaments doivent être utilisés avec modération car des céphalées de rebond liées aux analgésiques peuvent survenir.
- Des antiémétiques (prométhazine 12,5-25 mg par voie orale toutes les 4-6 heures selon les besoins ou métoclopramide 10 mg par voie orale toutes les 8 heures selon besoins) peuvent être utilisés pour les céphalées associés à des nausées, ainsi que des céphalées modérées à sévères, en association avec des AINS

## Traitement des céphalées – traitement de fond

- Si les céphalées surviennent plus d'une fois par semaine, ou sont très sévères, envisager un traitement de fond. Le choix des agents de première ligne comprend :
  - Propranolol 40mg par voie orale deux fois par jour, en augmentant à 80 mg deux fois par jour après 1-2 semaines si les céphalées persistent et en l'absence de symptômes d'hypotension ou de bradycardie.
    - Surveiller le rythme cardiaque et la pression artérielle. Éviter si le rythme cardiaque est <60 bpm, ou en cas d'antécédents d'asthme ou de dépression.
  - Amitriptyline 10-25mg par voie orale tous les soirs, en augmentant chaque mois selon les besoins jusqu'à 100 mg par soir. Ce traitement peut être utile chez les patients souffrant de dépression comorbide et/ou troubles du sommeil. L'amitriptyline est contre-indiquée en cas de grossesse.

## Traitement de la neuropathie périphérique

- Amitriptyline, tel que décrit ci-dessus

## Traitement du tremblement

- Tremblement d'attitude/d'action similaire au tremblement essentiel bénin qui interfère avec les activités de la vie quotidienne : propranolol tel que décrit ci-dessus, jusqu'à 120-320 mg par jour au total selon les besoins et la tolérance.

## Traitement des crises convulsives

- Première ligne : phénytoïne 100 mg par voie orale le soir, en augmentant jusqu'à 400 mg par jour selon les besoins
- Second ligne : carbamazépine 200 mg par voie orale deux fois par jour, en augmentant selon les besoins de 200 mg/jour à une semaine d'intervalle jusqu'à un maximum de 1600 mg/jour
- Considérations
  - Ces médicaments peuvent entraîner une éruption cutanée sévère, une dyscrasie sanguine et une hépatotoxicité
  - L'usage à long terme de phénytoïne peut entraîner une ostéopénie



- La numération formule sanguine et les fonctions hépatiques doivent être surveillées après le début de chaque médicament
- Ces deux médicaments sont contre-indiqués en cas de grossesse. Chez les femmes en âge de procréer, envisager une supplémentation en acide folique.
- Si les crises convulsives ne sont pas traitées ou sont réfractaires aux médicaments, les patients ne doivent ni conduire ni manipuler des machines lourdes, et ne doivent pas faire certaines activités (comme la natation) sans surveillance.
- En cas de crise aiguë durant plus de 2 minutes, 10 mg de diazépam par voie rectale peuvent être administrés

### Indications pour l'orientation vers un spécialiste

- Céphalées réfractaires ou qui s'aggravent, céphalées avec déficits focaux, céphalées avec œdème papillaire à l'examen
- Céphalées accompagnées de signes méningés, dont fièvre, raideur de la nuque ou altération de la conscience (il s'agit d'une urgence médicale)
- Douleur neuropathique ou faiblesse musculaire réfractaire
- Crise convulsive durant plus de 10 minutes (il s'agit d'une urgence médicale) ou épisodes d'altération de la conscience, confusion, mouvements saccadés des membres qui peuvent être indicateurs de crises convulsives
- Suspicion de maladie de Parkinson

## Santé mentale

Les survivants ont été confrontés à une maladie aiguë potentiellement mortelle, dans le contexte étranger et effrayant d'un CTE, soignés par des personnes qu'ils ne connaissaient pas et dont ils ne pouvaient pas voir le visage. L'expérience est particulièrement effrayante pour les enfants, qui étaient souvent laissés seuls. De nombreux survivants ont assisté au décès de membres de leur famille. En outre, il leur était souvent impossible d'assister aux obsèques ou, en raison du risque de transmission du virus, de voir le corps de leurs êtres chers. Suite au décès de leurs parents ou des personnes qui s'occupaient d'eux, de nombreux enfants sont devenus des « orphelins de la MVE » (24). À la sortie du CTE et lorsqu'ils retournent dans leur communauté, de nombreux survivants sont confrontés à la stigmatisation et à l'isolement, parfois même de la part des membres de leur famille. Les séquelles physiques de la MVE peuvent empêcher la reprise du travail, avec d'importantes répercussions psycho-sociales (11). Face à des difficultés extrêmes, affliction, stress aigu, anxiété, dépression, troubles du sommeil, troubles liés à la consommation d'alcool, état de stress post-traumatique et comportement suicidaires sont courants (1,3,25,26).

### Conseils pour l'évaluation clinique

- Rechercher de façon systématique des troubles physiques pouvant être sous-jacents ou contribuer aux troubles de santé mentale, comme par exemple une anémie pour la dépression
- Rechercher des symptômes et signes de détresse émotionnelle (anxiété, sautes d'humeur, fatigue), consommation d'alcool et de drogue, et psychose (hallucinations, délires)
- Demander à la personne dans quelle mesure sa vie quotidienne est perturbée (c'est-à-dire si elle est perturbée au point qu'elle ne peut pas s'occuper d'elle-même ou de ses enfants/membres de sa famille âgés)
- Demander à la personne si elle a des idées suicidaires. Si la réponse est oui, lui demander quelles sont ses intentions
- Si et seulement si un traitement pour la dépression est disponible/accessible, faire remplir le questionnaire PHQ-9 pour la dépression (voir annexe I)

- Demander à la personne si elle bénéficie d'un soutien social de la part de sa famille ou des membres de la communauté
- Dans certains contextes, une visite à domicile peut être l'occasion de mieux évaluer les problèmes psychosociaux, en particulier dans le contexte des enfants qui ont perdu la principale personne qui s'occupait d'eux
- Pour de plus amples détails, voir *Guide d'intervention humanitaire mhGAP Prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire* ([www.who.int/entity/mental\\_health/publications/mhgap\\_hig/fr](http://www.who.int/entity/mental_health/publications/mhgap_hig/fr))
- Un outil pour aider les agents de la mobilisation sociale et de la communication à faire face à la stigmatisation liée à la MVE est disponible à l'adresse [http://another-option.com/wp-content/uploads/2014/07/AO\\_EBOLA\\_Stigma\\_Toolkit\\_Final\\_4.pdf](http://another-option.com/wp-content/uploads/2014/07/AO_EBOLA_Stigma_Toolkit_Final_4.pdf)

### Diagnostic différentiel

- Réactions normales au stress extrême (stress aigu, affliction)
- Dépression
- État de stress post-traumatique ou trouble d'anxiété
- Psychose
- Troubles liés à la consommation d'alcool
- Troubles liés à la consommation de drogues

### Traitement

- Dans le contexte de séquelles post-MVE, une note de 10 ou plus au PHQ-9 doit être considérée comme un indicateur de dépression sévère à modérée nécessitant un traitement
- Les options de traitement pour la dépression modérée à sévère ainsi que d'autres troubles mentaux figurent dans le *Guide d'intervention humanitaire mhGAP Prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire* ([www.who.int/entity/mental\\_health/publications/mhgap\\_hig/fr](http://www.who.int/entity/mental_health/publications/mhgap_hig/fr))
- De fréquentes visites d'un agent de santé communautaire et/ou des vérifications par téléphone par un agent de santé mentale sont conseillées.
- Des séances de soutien collectives et/ou des groupes de soutien des pairs peuvent également être utiles.

### Indications pour l'orientation vers un spécialiste

- Risque imminent de suicide (pensées actuelles, intentions ou actes de suicide ; antécédents de pensées ou intentions autoagressives au cours du mois précédent ou actes d'autoagression au cours de l'année précédentes chez une personne qui est extrêmement agitée, violente, en détresse ou qui ne communique pas)
- Symptômes psychotiques comme hallucinations, délires, ou comportement agressif
- Tout trouble mentale ne répondant pas au traitement
- Tout enfant présentant des symptômes de dépression ou des troubles mentaux doit être pris en charge par un spécialiste expérimenté dans les problèmes de santé mentale de l'enfant

### Santé sexuelle

Dysfonction érectile, douleur testiculaire, dyspareunie, douleur pelvienne, ménorragie/métrorragie et aménorrhée sont souvent signalés, bien que le lien de cause à effet de ces troubles avec la MVE reste à déterminer. La dysfonction érectile est une plainte particulièrement fréquente. Des facteurs biologiques ainsi que psychosociaux peuvent intervenir. En fonction des plaintes, il convient d'examiner les patients à la recherche d'une infection sexuellement transmissible (IST) ainsi que de causes sous-jacentes possibles et

de facteurs contributifs, dont l'hypertension, le diabète, la consommation de tabac et d'alcool et les complications de la santé mentale (dépression, état de stress post-traumatique, anxiété). Les examens de l'abdomen, de l'appareil génito-urinaire et du pelvis doivent être effectués selon les indications cliniques. Des tests de grossesse doivent être proposés aux femmes en âge de procréer présentant une aménorrhée ou autres troubles menstruels. Envisager d'orienter les patients vers un spécialiste de la santé génésique et/ou des services de soutien psychosocial selon les besoins.

## Rechute due à un virus persistant et évaluation d'une nouvelle poussée de fièvre

Chez les survivants de la MVE, le virus Ebola est éliminé du sang dès que les symptômes aigus disparaissent, toutefois il peut persister pendant des mois, et dans certains cas un an ou plus, dans des sites de l'organisme qui sont plus difficiles à atteindre pour le système immunitaire (site immunologiquement privilégiés). Il s'agit notamment de l'intérieur de l'œil, du système nerveux central (cerveau et moelle épinière), des testicules et de la glande mammaire. Chez les femmes qui ont été infectées alors qu'elles étaient enceintes, le virus peut persister dans le fœtus, le liquide amniotique et le placenta (27-30). Bien que l'arthralgie soit très courante chez les survivants de la MVE, on ne sait pas si le virus Ebola persiste dans les articulations. Actuellement rien n'indique que les femmes qui sont tombées enceintes après avoir guéri de la MVE courent le risque d'être infectées par un virus Ebola persistant au cours de la grossesse (fœtus, liquide amniotique ou placenta).

Bien que rares, des cas de rechute due à la MVE ont été signalés. Dans un cas, un survivant a développé une méningite neuf mois après avoir guéri de la phase aiguë de MVE. Le virus Ebola a été détecté par RT-PCR dans le liquide céphalorachidien (LCR) et à un plus faible taux dans le sang.

### Conseils pour l'évaluation clinique d'une nouvelle poussée de fièvre

- Dans la plupart des cas, un test de diagnostic rapide (TDR) pour le paludisme est indiqué
- Outre les précautions standard, des mesures de prévention et de lutte contre l'infection (PCI) pour la MVE (voir détails ci-dessous) doivent être mises en place pour les cliniciens qui examinent les survivants de la MVE présentant une maladie fébrile aiguë ou d'autres manifestations cliniques pouvant indiquer une éventuelle rechute de la MVE, ainsi qu'en cas d'éventuelle exposition au sang ou aux liquides biologiques d'un survivant à la MVE qui est de nouveau malade
- Les cliniciens doivent envisager des causes de fièvre plus courantes dans la région, comme le paludisme et la fièvre typhoïde, ainsi qu'une rechute due à un virus Ebola persistant chez les survivants qui présentent une nouvelle poussée de fièvre.
- L'uvéite et la méningite (si le patient présente des symptômes neurologiques, notamment fièvre, céphalées, raideur de la nuque, photophobie, altération de l'état mental et/ou crises convulsives) semblent indiquer tout particulièrement une rechute de MVE.
- Chez les survivants de la MVE avec une nouvelle poussée de fièvre, des analyses de santé par RT-PCR doivent être effectuées à la recherche du virus Ebola
- En cas de suspicion de méningite, une ponction lombaire doit être effectuée et le LCR doit être soumis à un test de dépistage du virus Ebola par RT-PCR. Cela doit être fait même si les résultats des analyses de sang du patient sont négatifs.
- Des analyses par RT-PCR des autres liquides biologiques relatives à des symptômes focaux observés, comme le liquide articulaire chez les patients souffrant d'arthrite inflammatoire ou l'humeur aqueuse de l'œil chez les patients souffrant d'uvéite, peuvent parfois être indiquées.

### Diagnostic différentiel

- Paludisme
- Fièvre typhoïde
- Rickettsiose
- Méningite bactérienne, tuberculeuse ou autre méningite virale (c'est-à-dire non liée à la MVE)

## Traitement

- Traitement pour le paludisme si confirmé par TDR ou fortement suspecté
- Antibiotiques en cas de suspicion de fièvre typhoïde ou de méningite bactérienne
- Antituberculeux si la tuberculose est confirmée ou suspectée (à noter que, lorsque c'est possible, le test rapide Xpert MTB/RIF doit être utilisé de préférence à l'examen microscopique et à la mise en culture classiques pour les échantillons de LCR en cas de suspicion de méningite tuberculeuse) : [http://www.who.int/tb/publications/xpert\\_policyupdate/en/](http://www.who.int/tb/publications/xpert_policyupdate/en/))
- Doxycycline en cas de suspicion de rickettsiose

## Indications pour l'orientation vers un spécialiste

- Les personnes pour lesquelles la rechute de MVE est confirmée ou fortement suspectée doivent être immédiatement orientées vers un CTE
- Les personnes ayant été directement exposées sans protection à des liquides biologiques et tissus potentiellement infectés de survivants de la MVE ayant rechuté doivent être considérées comme des contacts potentiels et surveillées pendant 21 jours après l'exposition.

## 4. Considérations pour les populations spéciales

### Enfants (≤15 ans)

Il existe peu de données sur les séquelles de la MVE chez les enfants, alors que les conséquences physiques, psychologiques et sociales de la maladie sur ce groupe vulnérable sont considérées comme importantes.

#### Conseils pour l'évaluation clinique

- Évaluer l'état nutritionnel en mesurant la taille, le poids, le périmètre crânien (enfants <1 an), et le périmètre brachial (enfants de ≥6 mois-5 ans) et, à chaque consultation, reporter les mesures sur une courbe de croissance UNICEF spécifique au pays. Se référer aux normes de croissances OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant de l'OMS : [www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789241598163/fr/](http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789241598163/fr/)
- Évaluer les étapes du développement neurologique (motricité globale, motricité fine, parole et ouïe, développement social et comportemental)
- Évaluer la situation sociale/familiale et l'état psychosocial général : déterminer qui s'occupe principalement de l'enfant (parents, famille élargie, famille d'accueil, orphelinat, enfants vulnérables) et rechercher des signes de maltraitance ou de défaut de soins, vérifier s'il n'y a pas de problèmes de sécurité sanitaire des aliments ou de travail des enfants et si l'enfant est scolarisé
- Effectuer un TDR pour le paludisme en cas de fièvre ou anémie persistante

#### Diagnostic différentiel de suspicion de malnutrition, retard de croissance ou retard du développement neurologique

- Malnutrition (par exemple carence en fer, acide folique, vitamines A et B12 ou autres vitamines)
- Retard de croissance (envisager des tests pour d'autres infections aiguës et chroniques comme le paludisme, la tuberculose, le VIH/sida, les infections gastro-intestinales à helminthes et parasites et les anomalies de la thyroïde)
- Retard du développement neurologique dû à une précédente lésion cérébrale due à la MVE et/ou trouble épileptique
- Comorbidité sous-jacente due à une affection maligne, un diabète insulino-dépendant ou un état immunodéprimé

#### Traitement

- Malnutrition/retard de croissance : conseils diététiques et alimentaires et compléments alimentaires selon les directives de la PCIME (voir le Manuel de l'OMS sur la PCIME La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67167/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.12\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67167/1/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf)) en fonction des carences spécifiques si elles sont connues, et des directives thérapeutiques générales si elles ne sont pas connues.
- Vérifier que les vaccinations sont à jour, y compris celles que l'enfant aurait pu manquer pendant l'épidémie de MVE. Les vaccins doivent être administrés dans le cadre de la vaccination systématique ([www.who.int/immunization/policy/immunization\\_tables/fr/](http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/fr/)), en gardant à l'esprit le fait que les enfants présentant des signes d'immuno-suppression ou de malnutrition aiguë sévère, ceux qui ont une tuberculose active ou une infection à VIH, ne doivent pas recevoir de vaccins vivants jusqu'à ce que la maladie soit sous contrôle.
- Veiller également à ce que tous les enfants soient à jour avec les programmes d'administration massive de médicaments pour l'éradication des maladies tropicales négligées et la supplémentation en vitamine A.

## Indications pour l'orientation vers un spécialiste

- Retard de croissance : orienter vers une évaluation approfondie de la malnutrition, des maladies métaboliques ou héréditaires co-existantes, des infections chroniques comme la tuberculose et le VIH/sida, des infections helminthiques et parasitaires gastro-intestinales.
- Suspicion de retard du développement neurologique
- Orienter tout enfant présentant un trouble mental vers un spécialiste de la santé mentale de l'enfant
- Orienter vers les services sociaux : orphelins, signes de maltraitance ou défaut de soins, travail forcé ou autre vulnérabilité

## Femmes enceintes

### Femmes infectées pendant la grossesse

La MVE pendant la grossesse est associée à un taux élevé de complications obstétricales et d'issues maternelles et périnatales défavorables, avec une mortalité néonatale proche de 100 %. Un nouveau-né a survécu après avoir reçu un traitement expérimental. De plus en plus de données indiquent que les femmes enceintes peuvent parfois survivre à la MVE sans perdre le fœtus et transmettre le virus lors de l'accouchement et/ou la prise en charge des complications obstétricales par un contact avec des contenus intra-utérins infectieux (par exemple liquides amniotique, placenta et fœtus).

Les femmes enceintes doivent bénéficier de conseils à la sortie du CTE puis d'un suivi clinique étroit, notamment des soins anténataux et nutritionnels. Il convient de prendre des dispositions pour un transfert immédiat du domicile ou d'un hôpital ordinaire à un endroit où toutes les précautions de PCI contre la MVE peuvent être prises lors de l'accouchement ou en cas de complications obstétricales (voir ci-dessous *Précautions de PCI pour la MVE et équipement de protection individuelle lors de la manipulation d'échantillons potentiellement infectieux*). En cas de suspicion de chorioamnionite, procéder au déclenchement du travail quel que soit l'âge gestationnel. Pour tous les accouchements de femmes ayant survécu à la MVE pendant leur grossesse, le sang de cordon et des prélèvements par écouvillonnage des produits de la conception (nouveau-né, placenta et liquide amniotique) doivent être soumis à des analyses par RT-PCR à la recherche de virus Ebola. Le nouveau-né doit également être pris en charge en prenant les précautions de PCI liées à Ebola dans les 21 jours suivants sa naissance, quels que soient les résultats d'analyses ou la présence ou l'absence de symptômes, car la MVE chez les nouveau-nés peut être atypique ou sans manifestation au début de l'infection.

### Femmes qui tombent enceintes après avoir guéri de la MVE

Rien n'indique que les femmes qui tombent enceintes une fois qu'elles ont guéri de la MVE sont exposées au risque d'infection par un virus Ebola persistant au cours de la grossesse (fœtus, liquide amniotique ou placenta). L'ARN du virus Ebola a été détecté à de faibles taux dans le lait maternel jusqu'à 16 semaines après le début des symptômes – des études sont en cours. Les soins liés à la grossesse et l'accouchement ainsi que les soins postnatals doivent être dispensés selon les recommandations nationales et de l'OMS et les précautions standard de PCI en obstétrique doivent être prises (voir [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/preconception\\_care\\_policy\\_brief.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf?ua=1)) à l'exception des directives concernant l'allaitement chez les survivantes de la MVE (voir ci-dessous *Analyses du lait maternel, allaitement et conseils aux survivantes de la MVE*).

Comme indiqué ci-dessus dans *Rechute due à un virus persistant et évaluation d'une nouvelle poussée de fièvre*, les risques et bénéfices d'une rachianesthésie et d'anesthésie épidurale doivent inclure la prise en compte d'une persistance virale potentielle dans le liquide céphalorachidien.

Il existe de nombreux rapports de mortalité chez les femmes ayant conçu un enfant après avoir guéri de la MVE mais on ne sait toujours pas précisément si le taux de mortalité chez ces femmes est supérieur à celui de la population générale. Tant que l'on ne dispose pas de données supplémentaires, la grossesse chez les survivantes de la MVE doit être considérée comme étant à risque de complications fœtales et les prestataires doivent envisager d'évaluer régulièrement le bien-être du fœtus par un examen ou par ultrasons quand c'est possible.

De plus amples informations sur la MVE pendant la grossesse sont disponibles à l'adresse : [www.who.int/csr/resources/publications/ebola/pregnancy-guidance/fr/](http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/pregnancy-guidance/fr/).



## 5. Surveillance de l'infection due à la persistance du virus Ebola chez les survivants : directives pour les services de dépistage et de conseils.

### Analyses du sperme et conseils aux hommes ayant survécu à la MVE

De récentes données indiquent que le virus Ebola peut persister dans le sperme des hommes pendant un an ou plus après une infection aiguë, toutefois on ne sait pas précisément combien de temps il reste infectieux (31). Bien que considérés comme rares, des cas de transmission du virus Ebola par voie sexuelle ont été signalés (15,32). Par conséquent, tous les hommes survivants de la MVE et leurs partenaires sexuels doivent bénéficier de conseils pour garantir des pratiques sexuelles à moindre risque jusqu'à ce qu'il ait été déterminé que leur sperme ne contenait pas le virus Ebola.

Il convient de présumer que le sperme des survivants à la MVE contient le virus Ebola durant les 3 mois qui suivent l'apparition de la maladie. Des analyses du sperme par RT-PCR doivent être effectuées à 3 mois puis tous les mois jusqu'à ce que les résultats soient négatifs deux fois de suite, avec un intervalle d'au moins une semaine entre les tests. Des conseils avant et après le test doivent être dispensés par des experts en conseils sur la transmission par voie sexuelle.

Jusqu'à ce que le sperme d'un survivant de la MVE puisse être déterminé comme exempt de virus par les tests décrits ci-dessus, le survivant et ses partenaires sexuels doivent soit s'abstenir de toute relation sexuelle soit adopter des pratiques sexuelles à moindre risque en utilisant correctement et régulièrement des préservatifs.<sup>2</sup> Les survivants doivent recevoir des préservatifs ainsi que des instructions pour les jeter en toute sécurité de façon à éviter tout contact avec le liquide séminal (voir ci-dessous *Considérations sur la prévention et le contrôle de l'infection chez les survivants de la MVE*). Les survivants doivent également respecter les règles d'hygiène personnelle et des mains en se lavant soigneusement à l'eau et au savon toute partie du corps entré en contact physique avec du sperme, y compris après la masturbation.

Une fois les tests négatifs par deux fois, les survivants peuvent revenir à des pratiques sexuelles normales, bien que l'usage du préservatif reste recommandé pour la protection contre les IST comme le VIH ainsi que pour éviter les grossesses non désirées. Si le sperme d'un survivant à la MVE n'a pas été analysé, il doit continuer à adopter des pratiques sexuelles à moindre risque pendant au moins 12 mois après l'apparition des symptômes ; cet intervalle peut être adapté à mesure que l'on dispose d'autres informations sur la durée de vie du virus Ebola dans le sperme des survivants.

De plus amples informations sur la transmission du virus Ebola par voie sexuelle sont disponibles à l'adresse : <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/ebola-virus-semen/fr/>.

### Analyses des sécrétions vaginales et conseils aux femmes ayant survécu à la MVE

L'ARN du virus Ebola a été détecté par RT-PCR dans les sécrétions vaginales d'une femme 33 jours après l'apparition des symptômes. Toutefois, le virus vivant n'a jamais été isolé à partir de sécrétions vaginales et aucun cas suspect de transmission sexuelle de la femme à l'homme n'a été signalé. Par conséquent, les analyses systématiques des sécrétions vaginales ne sont actuellement pas recommandées. Des informations et directives supplémentaires pourront être disponibles une fois que la recherche aura avancé.

---

<sup>2</sup> Bien que l'on considère que l'usage du préservatif ait un effet protecteur, il n'existe aucune donnée sur son efficacité pour prévenir la transmission du virus Ebola par voie sexuelle.

## Analyses du lait maternel, allaitement et conseils aux survivantes de la MVE

L'ARN du virus Ebola a été détecté à de faible taux dans le lait maternel jusqu'à 16 mois après l'apparition des symptômes. De plus amples données sont nécessaires pour connaître la durée de vie précise et l'infectivité du virus Ebola persistant dans le lait maternel.

Compte tenu du risque de persistance du virus dans le lait maternel, les survivantes de la MVE qui allaitent pourraient souhaiter faire analyser leur lait par RT-PCR à la recherche du virus Ebola. Celles qui ne connaissent pas le statut de leur lait ou qui ont déjà été testées et pour lesquelles l'ARN du virus n'a pas été détecté doivent continuer à allaiter. Si l'ARN du virus Ebola est détecté, l'allaitement doit être suspendu et le lait testé de nouveau toutes les 48 heures jusqu'à ce que l'on obtienne deux résultats négatifs consécutifs. Pendant cette période, le lait maternel doit être remplacé par un substitut de lait maternel adapté. Lorsque c'est possible, fournir du lait pour nourrissons prêt à l'emploi (voir <http://www.enonline.net/operationalguidanceiycfv2.1>), qui est une option moins risquée que la formule en poudre car elle ne nécessite pas de reconstitution avec de l'eau. L'hygiène des ustensiles pour l'alimentation, des accessoires adaptés tant que le nourrisson en a besoin ainsi qu'un accès aux services de santé sont essentiels. En fournissant le lait pour nourrissons (liquide ou en poudre), conseiller la mère sur la façon de minimiser les risques de ce type d'alimentation (pour des considérations pratiques sur l'alimentation de substitution, voir *L'alimentation du nourrisson dans le contexte du virus Ebola* à l'adresse <http://www.enonline.net/infantfeedinginthecontextofebola2014>). Pendant ce temps, les mères doivent bénéficier d'un soutien pour maintenir leur production de lait maternel et pouvoir reprendre l'allaitement après deux tests négatifs consécutifs. Un soutien psychosocial doit être fourni à la mère et à la famille selon les besoins. Pour reprendre l'allaitement, les mères doivent apprendre à tirer leur lait régulièrement soit manuellement soit avec un tire-lait, en suivant les directives de PCI pour la MVE pour réduire le risque de transmission du virus (voir ci-dessous *Considérations sur la prévention et le contrôle de l'infection chez les survivants de la MVE*). Les bébés ayant déjà été allaités par une mère dont le lait était positif doivent être surveillés comme contacts proches pendant 21 jours à partir du dernier jour d'allaitement avec le lait positif au test de RT-PCR.



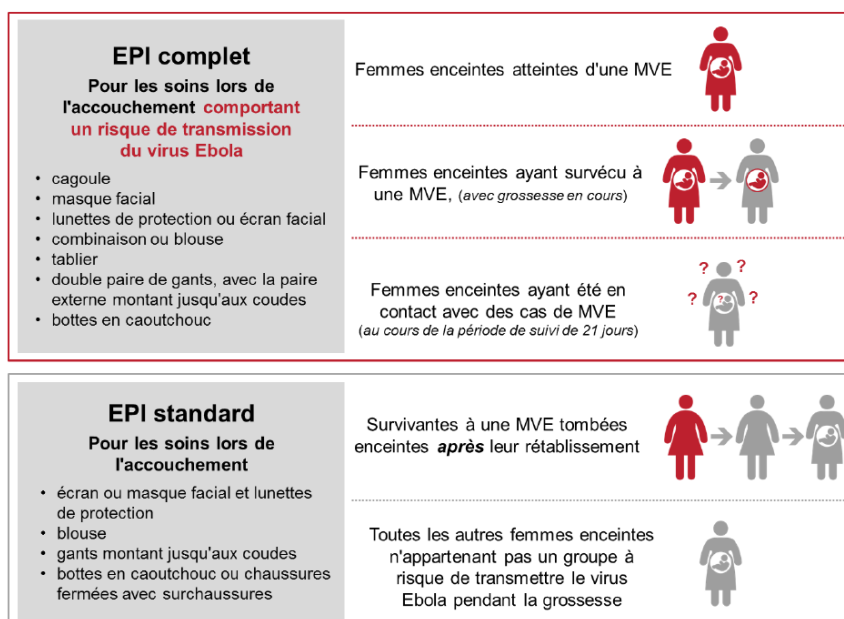
## 6. Considérations sur la prévention et le contrôle de l'infection chez les survivants de la MVE

### Précautions PCI standard pour les visites de routine

Les précautions de PCI standard (<http://www.who.int/csr/resources/publications/standardprecautions/en/>) doivent être maintenues à toutes les visites de routine (c'est-à-dire même si le survivant ne se plaint pas de maladie fébrile aiguë ou autres manifestations suggérant une rechute potentielle), avec un usage approprié de l'équipement de protection individuelle (EPI) et l'application de l'approche *Les cinq indications à l'hygiène des mains* ([http://www.who.int/gpsc/5may/hh\\_guide.pdf](http://www.who.int/gpsc/5may/hh_guide.pdf) en anglais ou [http://www.who.int/gpsc/tools/5\\_indications.pdf?ua=1](http://www.who.int/gpsc/tools/5_indications.pdf?ua=1))

### Précautions de PCI liées à la MVE et EPI lors de la manipulations d'échantillons potentiellement infectieux

Les agents de santé qui collectent ou manipulent des échantillons potentiellement infectés par le virus Ebola de survivants de la MVE, y compris des échantillons de sperme et des échantillons prélevés sur des patients en éventuelle rechute, doivent toujours porter l'équipement de protection individuelle (EPI) pour la MVE. Cela inclut, mais sans s'y limiter, les soins lors de l'accouchement de femmes qui ont été infectées par le virus Ebola alors qu'elles étaient enceintes (voir figure ci-dessous) ; les soins lors d'interventions chirurgicales liées à l'œil, à l'appareil génito-urinaire masculin, au cerveau et à la moelle épinière, ou aux seins des femmes, et en procédant à l'aliquotage d'échantillons ou à la centrifugation. L'EPI doit comprendre une cagoule, un masque facial, des lunettes de protection ou écran facial, des bottes, une combinaison ou blouse, un tablier et un double paire de gants (avec la paire externe montant jusqu'au coude pour les accouchements). Il convient d'accorder une attention particulière à la bonne gestion des déchets, objets tranchants et linges, ainsi qu'un strict respect des protocoles de nettoyage de l'environnement et de décontamination de l'équipement médical réutilisable. Pour de plus amples informations sur les types d'EPI pour la MVE à utiliser et les instructions pour enfiler et retirer un EPI ainsi que pour la gestion des déchets et le nettoyage de l'environnement, se référer aux documents à *Prévention et contrôle de l'infection pour les soins aux cas suspects ou confirmés de Fièvre hémorragique à Filovirus dans les établissements de santé, avec un accent particulier sur le virus Ebola (guide provisoire)* ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/132784/1/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2014.4\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/132784/1/WHO_HIS_SDS_2014.4_fre.pdf)) et *Enfiler et retirer un équipement de protection individuelle – Affiches* (<http://who.int/csr/resources/publications/ebola/ppe-steps/fr>).



EPI = équipement de protection individuelle MVE = maladie à virus Ebola

## Élimination des déchets infectieux

Tous les déchets potentiellement infectés par le virus Ebola doivent être collectés dans des conteneurs spéciaux et des sacs étanches (utiliser deux sacs si nécessaires) et stockés dans un endroit sécurisé hors de portée des enfants et des animaux jusqu'à ce qu'ils soient collectés et incinérés, de préférence sur site, selon les recommandations de gestion des déchets pour les soins liés à la MVE. Si les déchets sont déplacés, il est essentiel de savoir où et comment ils seront traités et détruits. Si l'incinération n'est pas possible, l'enfouissement, suivi d'un recouvrement avec de la terre, est recommandé. Pour de plus amples informations, se reporter au guide de l'OMS *Safe Management of Wastes from Health-Care Activities* ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85349/1/9789241548564\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85349/1/9789241548564_eng.pdf?ua=1)).

## Conseils de PCI pour les survivants à domicile

Le lait maternel des survivantes de la MVE qui allaitent et le sperme des survivants sont deux liquides biologiques dans lesquels le virus Ebola peut persister plusieurs mois. Les femmes et les hommes dont le lait et le sperme sont positifs au test RT-PCR ou qui n'ont pas été analysés doivent respecter des règles d'hygiène personnelle et des mains en se lavant soigneusement à l'eau et au savon toute partie du corps entrée en contact avec ces liquides biologiques. Tout autre objet ou surface potentiellement contaminé doit être lavé à l'eau et au savon puis décontaminé par trempage dans une solution de chlore à 0,5 % pendant 15 minutes. Les draps ou vêtements contaminés doivent être éliminés de façon sûre et incinérés. Tous les matériels potentiellement contaminés doivent être collectés dans des conteneurs spéciaux et éliminés en toute sécurité tel que décrit dans la partie *Élimination des déchets infectieux* ci-dessus. Si ce n'est pas possible, ces matériels doivent être d'abord lessivés avec de l'eau et du détergent, puis rincés et mis à tremper dans une solution de chlore à 0,05 % pendant 15 minutes. Les survivants doivent être informés que cette manipulation peut endommager les matériels.

## Opération chirurgicale non urgente et prise en charge des traumatismes par pénétration

Bien que de plus amples informations soient nécessaires, les données disponibles indiquent que le virus Ebola peut persister pendant un an ou plus dans certaines parties de l'organisme (notamment l'œil, l'appareil génito-urinaire de l'homme, le cerveau et la moelle épinière, la glande mammaire, ainsi que le fœtus, le liquide amniotique et le placenta des femmes infectées pendant la grossesse, et éventuellement les articulations). Une opération chirurgicale non urgente sur l'un de ces sites chez les survivants de la MVE doit donc être effectuée uniquement après avoir soigneusement étudié le rapport bénéfice/risque pour le patient et l'équipe chirurgicale ainsi que les agents de santé. Dans la plupart des cas, il est conseillé de différer une opération chirurgicale non urgente au moins un an après la disparition de la phase aiguë de la MVE. Dans les cas où il est jugé essentiel de procéder à l'intervention sur un site de l'organisme où l'on sait que le virus Ebola persiste, toutes les précautions de PCI liées à la MVE doivent être prises. En outre, afin d'évaluer et de gérer correctement le risque postopératoire, des échantillons du site ou liquide concerné doivent être prélevés et testés par RT-PCR à la recherche du virus Ebola. Cette même méthode doit être adoptée pour les traumatismes par pénétration sur ces sites chez les survivants de la MVE.

## 7. Considérations relatives à la communication des risques

### Impact de la communication des risques sur les soins cliniques

La communication des risques consiste à échanger des informations et des préoccupations entre les experts (l'équipe de soins de santé) et les personnes à risque (les survivants de la maladie à virus Ebola). Il s'agit d'un processus dynamique qui doit faire partie des soins cliniques dispensés aux survivants.

L'une des principales difficultés de la communication des risques réside dans le fait que les experts et les personnes touchées n'évaluent pas nécessairement le risque de la même façon. De nombreux facteurs subjectifs (par exemple connaissance d'un danger, ampleur d'un danger, expérience antérieure, croyances traditionnelles, peur et faculté à se contrôler) mènent à la perception du risque. Cela rend le travail des équipes cliniques difficile car les survivants ne vont pas toujours suivre les conseils des experts.

Le second défi en matière de communication des risques est que les personnes doivent avoir confiance pour recevoir les conseils des spécialistes. La confiance peut être ébranlée si les personnes qui dispensent les soins de santé ne sont pas crédibles, ne sont pas perçues comme compétentes, ne font pas preuve d'empathie ou ne tiennent pas leurs promesses. Par conséquent, toute la communication des risques doit viser à renforcer la confiance dans les équipes et services de soins cliniques.

Une communication des risques efficace permet d'améliorer l'utilisation des services de santé, d'accroître l'observance du traitement et des soins, et d'établir la confiance dans les professionnels de santé. Finalement, elle contribue à de bons résultats chez les survivants et peut permettre de prévenir une autre transmission. La communication des risques fait partie intégrante des soins cliniques.

### Considérations sur la communication des risques

Les survivants de la MVE et leurs familles ont inévitablement été confrontés à des souffrances et des difficultés considérables. S'ils ont survécu, ils restent hantés par de nombreuses craintes, inquiétudes et questions. La façon dont ils comprennent la maladie et ce que cela signifie d'être un survivant est influencée par leurs expériences antérieures et leur contexte social et culturel. Il est donc important que les prestataires de santé, le personnel des établissements de santé, ceux qui dispensent les soins au niveau de la famille et de la communauté, ainsi que les agents de la politique de santé et de la planification utilisent les bonnes pratiques en matière de communication des risques.

Lorsqu'une personne est rongée par l'inquiétude, elle n'est pas en mesure d'écouter ou de suivre les conseils qu'on lui donne, même s'ils sont raisonnables. Il est important d'écouter et de reconnaître les craintes, inquiétudes et colères de chacun avant de donner des conseils. Dans la communication des risques, perceptions erronées, mésinformation et rumeurs surviennent, il faut les identifier et y remédier rapidement en faisant preuve d'empathie.

### Bonnes pratiques

Conseils pour une communication des risques efficace dans la prise en charge clinique des survivants :

1. Tenter de comprendre comment le survivant d'Ebola et sa famille perçoivent leur état de santé et identifient leurs principales préoccupations – stigmatisation, incapacité à trouver un emploi, peur de transmettre la maladie par contact sexuel ou de la mère au bébé.
2. Faire en sorte qu'il exprime ces inquiétudes lors d'une conversation, avant de donner des conseils et des instructions. Lui donner l'occasion de poser des questions.
3. Utiliser un langage adapté au niveau d'instruction du survivant. Expliquer les termes scientifiques et éviter d'utiliser un jargon. Utiliser sa langue et celle de sa communauté.
4. Utiliser des images et des affiches pour renforcer les paroles et transmettre le message et les conseils d'une autre manière.

5. Collaborer avec les agents de santé communautaires, les volontaires et d'autres groupes et adapter les conseils selon les besoins (par exemple contenu, langue, modes de transmission).
6. Impliquer les dirigeants communautaires, les figures religieuses et autres personnes de confiance pour qu'ils contribuent à la diffusion des messages et au renforcement des conseils donnés par le personnel soignant.
7. Trouver des moyens de savoir comment les survivants et leurs familles perçoivent les communications et améliorer régulièrement la façon de communiquer les risques.
8. Collaborer étroitement avec les experts de la communication des risques pour faire face aux problèmes tels que « résistance » et rumeurs et, si possible, les recruter pour former les équipes cliniques à la communication des risques.

Il y a souvent des moments critiques lors des interactions entre le survivant d'Ebola, sa famille et le personnel de santé, où la communication des risques est très importante.

- **Phase préclinique** : une bonne communication des risques incite les survivants à rechercher des soins cliniques et un soutien.
- **Première visite dans un centre ou service de soins** : une bonne communication des risques de la part de l'ensemble du personnel (médecins, infirmiers, réceptionnistes, gardiens, agents d'entretien) a une incidence sur la façon dont le survivant perçoit les soins de santé dispensés et suit les conseils et le traitement donnés.
- **Visites suivantes ou interactions** : une bonne communication des risques lors des visites suivantes peut renforcer la confiance du survivant dans les services dispensés, et donner l'occasion à l'équipe soignante de traiter des préoccupations persistantes ou nouvelles. Si l'expérience est positive, le survivant peut encourager les autres à se faire soigner.

## 8. Références

1. WHO. Ebola haemorrhagic fever in Zaire, 1976. Report of an International Commission. Bull World Health Organ. 1978;56(2):271-93.
2. Bwaka MA, Bonnet MJ, Calain P, Colebunders R, De Roo A, Guimard Y, et al. Ebola hemorrhagic fever in Kikwit, Democratic Republic of the Congo: clinical observations in 103 patients. J Infect Dis. 1999;179 Suppl 1:S1-7.
3. Clark DV, Kibuuka H, Millard M, Wakabi S, Lukwago L, Taylor A, et al. Long-term sequelae after Ebola virus disease in Bundibugyo, Uganda: a retrospective cohort study. The Lancet Infectious Diseases. 2015;Apr 21:pil: S1473-3099(15)70152-0.
4. Emond RT, Evans B, Bowen ET, Lloyd G. A case of Ebola virus infection. Br Med J. 1977;2(6086):541-4.
5. Formenty P, Hatz C, Le Guenno B, Stoll A, Rogenmoser P, Widmer A. Human infection due to Ebola virus, subtype Cote d'Ivoire: clinical and biologic presentation. J Infect Dis. 1999;179 Suppl 1:S48-53.
6. Jampol LM, Ferris FL, 3rd, Bishop RJ. Ebola and the Eye. JAMA Ophthalmol. 2015.
7. Kibadi K, Mupapa K, Kuvula K, Massamba M, Ndaberey D, Muyembe-Tamfum JJ, et al. Late ophthalmologic manifestations in survivors of the 1995 Ebola virus epidemic in Kikwit, Democratic Republic of the Congo. J Infect Dis. 1999;179 Suppl 1:S13-4.
8. Nanyonga M, Saidu J, Ramsay A, Shindo N, Bausch DG. Sequelae of Ebola Virus Disease, Kenema District, Sierra Leone. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2015.
9. Rowe AK, Bertolli J, Khan AS, Mukunu R, Muyembe-Tamfum JJ, Bressler D, et al. Clinical, virologic, and immunologic follow-up of convalescent Ebola hemorrhagic fever patients and their household contacts, Kikwit, Democratic Republic of the Congo. Commission de Lutte contre les Epidemies a Kikwit. J Infect Dis. 1999;179 Suppl 1:S28-35.
10. Varkey JB, Shantha JG, Crozier I, Kraft CS, Lyon GM, Mehta AK, et al. Persistence of Ebola Virus in Ocular Fluid during Convalescence. The New England journal of medicine. 2015;372(25):2423-7.
11. Wendo C. Caring for the survivors of Uganda's Ebola epidemic one year on. Lancet. 2001;358(9290):1350.
12. Mora-Rillo M, Arsuaga M, Ramirez-Olivencia G, de la Calle F, Borobia AM, Sanchez-Seco P, et al. Acute respiratory distress syndrome after convalescent plasma use: treatment of a patient with Ebola virus disease contracted in Madrid, Spain. Lancet Respir Med. 2015.
13. De Roo A, Ado B, Rose B, Guimard Y, Fonck K, Colebunders R. Survey among survivors of the 1995 Ebola epidemic in Kikwit, Democratic Republic of Congo: their feelings and experiences. Trop Med Int Health. 1998;3(11):883-5.
14. Mohammed A, Sheikh TL, Gidado S, Poggensee G, Nguku P, Olayinka A, et al. An evaluation of psychological distress and social support of survivors and contacts of Ebola virus disease infection and their relatives in Lagos, Nigeria: a cross sectional study - 2014. BMC Public Health. 2015;15:824.
15. Christie A, Davies-Wayne GJ, Cordier-Lasalle T, Blackley DJ, Laney AS, Williams DE, et al. Possible sexual transmission of ebola virus - liberia, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015;64(17):479-81.
16. Qureshi AI, Chughtai M, Loua TO, Pe Kolie J, Camara HF, Ishfaq MF, et al. Study of Ebola Virus Disease Survivors in Guinea. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2015.
17. Liddell AM, Davey RT, Jr., Mehta AK, Varkey JB, Kraft CS, Tseggay GK, et al. Characteristics and Clinical Management of a Cluster of 3 Patients With Ebola Virus Disease, Including the First Domestically Acquired Cases in the United States. Annals of internal medicine. 2015.

18. Epstein L, Wong KK, Kallen AJ, Uyeki TM. Post-Ebola Signs and Symptoms in U.S. Survivors. *The New England journal of medicine*. 2015;373(25):2484-6.
19. Shultz JM, Baingana F, Neria Y. The 2014 Ebola outbreak and mental health: current status and recommended response. *JAMA*. 2015;313(6):567-8.
20. Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet*. 2009;374(9703):1773-85.
21. Park-Wyllie L, Mazzotta P, Pastuszak A, Moretti ME, Beique L, Hunnisett L, et al. Birth defects after maternal exposure to corticosteroids: prospective cohort study and meta-analysis of epidemiological studies. *Teratology*. 2000;62(6):385-92.
22. Chancellor JR, Padmanabhan SP, Greenough TC, Sacra R, Ellison RT III, Madoff LC, et al. Uveitis and systemic inflammatory markers in convalescent phase of Ebola virus disease. *Emerg Infect Dis*. 2016.
23. John G Mattia MJV, Joyce C Chang, Devin E Platt, Kerry Dierberg, Daniel G Bausch, Tim Brooks, Sampha Conteh, Ian Crozier, Robert A Fowler, Amadu P Kamara, Cindy Kang, Srividya Mahadevan, Yealie Mansaray, Lauren Marcell, Gillian McKay, Tim O'Dempsey, Victoria Parris, Ruxandra Pinto, Audrey Rangel, Alex P Salam, Jessica Shantha, Vanessa Wolfman, Steven Yeh, Adrienne K Chan, Sharmistha Mishra Early clinical sequelae of Ebola virus disease in Sierra Leone: a cross-sectional study. *Lancet Infectious Diseases*. 2015.
24. Evans DK, Popova A. West African Ebola crisis and orphans. *Lancet*. 2015;385(9972):945-6.
25. Reardon S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa. *Nature*. 2015;519(7541):13-4.
26. Formenty P, Libama F, Epelboin A, Allarangar Y, Leroy E, Moudzeo H, et al. [Outbreak of Ebola hemorrhagic fever in the Republic of the Congo, 2003: a new strategy?]. *Med Trop (Mars)*. 2003;63(3):291-5.
27. Bausch DG, Towner JS, Dowell SF, Kaducu F, Lukwiya M, Sanchez A, et al. Assessment of the risk of Ebola virus transmission from bodily fluids and fomites. *J Infect Dis*. 2007;196 Suppl 2:S142-7.
28. Moreau M, Spencer C, Gozalbes JG, Colebunders R, Lefevre A, Gryseels S, et al. Lactating mothers infected with Ebola virus: EBOV RT-PCR of blood only may be insufficient. *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2015;20(3).
29. Caluwaerts S, Fautsch T, Lagrou D, Moreau M, Camara AM, Gunther S, et al. Dilemmas in managing pregnant women with Ebola: 2 case reports. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2015.
30. Baggi FM, Taybi A, Kurth A, Van Herp M, Di Caro A, Wolfel R, et al. Management of pregnant women infected with Ebola virus in a treatment centre in Guinea, June 2014. *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2014;19(49).
31. Deen GF, Knust B, Broutet N, Sesay FR, Formenty P, Ross C, et al. Ebola RNA Persistence in Semen of Ebola Virus Disease Survivors - Preliminary Report. *The New England journal of medicine*. 2015.
32. Mate SE, Kugelman JR, Nyenswah TG, Ladner JT, Wiley MR, Cordier-Lassalle T, et al. Molecular Evidence of Sexual Transmission of Ebola Virus. *The New England journal of medicine*. 2015.



## Annexe I. Questionnaire sur la santé du patient pour la dépression (PHQ-9)

### QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT - 9 (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?  
(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
=Total Score: \_\_\_\_\_

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s)	Assez difficile(s)	Très difficile(s)	Extrêmement difficile(s)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Développé par les Dr Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collègues grâce à une allocation d'études de Pfizer Inc. La reproduction, la traduction, l'affichage ou la distribution de ce document sont autorisés.

## Annexe II. Liste des médicaments essentiels, tests diagnostiques et matériel pour les soins des survivants de la MVE

### Médicaments

- Analgésiques/anti-inflammatoires
  - Paracétamol
  - Ibuprofène
  - Prednisone (oral and IV)
  - Méthotrexate
- Antiacides
  - Ranitidine
  - Oméprazole
- Antibiotiques
  - Amoxicilline
- Antihelminthiques/antiparasitaires
  - Ivermectine
- Antipaludéens en fonction de la politique nationale de traitement actuelle
- Antidépresseurs/anxiolytiques/antipsychotiques
  - Fluoxetine
  - Diazépam
  - Halopéridol
  - Amitriptyline
- Soins oculaires
  - Gouttes de prednisolone acétate drops 1 %
  - Gouttes d'atropine 1 %
  - Cyclopentolate 1 %
  - Gouttes de timolol drops 0,5 %
  - Pommade tétracycline
  - Larmes artificielles

### Tests diagnostiques

- Détection moléculaire de l'ARN du virus (par exemple RT-PCR)
- Tests de diagnostic rapides du paludisme
- Tests de grossesse urinaires
- Tests VIH

### Matériel

- Lampes à fente
- Tonomètres pour mesurer la pression intraoculaire
- Ophtalmoscopes
- Audiomètres
- Diapasons
- Courbes de croissances spécifiques aux pays de l'UNICEF
- Bracelet de mesure du périmètre brachial