

République Démocratique du Congo

UNIVERSITE OFFICIELLE DE BUKAVU

B.P. 570/ BUKAVU



Faculté de sciences pharmaceutiques et santé publique

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA
POPULATION DE LA ZONE DE SANTE DE BAGIRA SUR LA
MALADIE A CORONA VIRUS : CAS SPECIFIQUE DES AIRES DE
SANTE DE MAKOMA ET NYAMUHINGA**

Travail de fin de cycle présenté en vue de l'obtention du
diplôme de graduat en Santé Publique.

Par : KYASSA LUTALA Bruno

**Encadreur : ASIMA KATUMBI Florentin
*Assistant 2***

ANNEE ACADEMIQUE 2019–2020

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
EPIGRAPHE.....	3
DEDICACE	4
REMERCIEMENTS.....	5
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	6
LES DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	7
RUSUME	8
0. INTRODUCTION	9
0.1. DEFINITION DES CONCEPTS.....	9
0.2. PROBLEMATIQUE	10
0.3. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	13
0.4. OBJECTIFS.....	14
0.4.1. Objectif Général	14
0.4.2. Objectifs Spécifiques	14
0.5. INTERET DU TRAVAIL	14
0.6. SUBDIVISION	14
CHAPITRE. I. REVUE DE LA LITTERATURE.....	15
I.1. Généralités.....	15
I.1.1. Historique des coronavirus.....	15
I.1.2. Épidémiologie	16
a. Agent infectieux	16
b. Réservoir	17
c. Modes de transmission	17
I.1.3. Symptômes.....	17
I.1.4. Diagnostic	18
I.1.5. Traitement	18
I.1.6. Prévention.....	19
I.1.7. Personnes à risque.....	19
I.1.8. Définition de cas (26,27).....	20
I.2. RESULTATS DES RECHERCHES ANTERIEURES	23
Chapitre II. METHODOLOGIE	27
II.1. CADRE DE L'ETUDE	27
II.2. TYPE D'ETUDE	27
II.3. POPULATION D'ETUDE	27
II.4. CHOIX ET TAILLE DE L'ECHANTILLON	27
II.4.1. Taille de l'échantillon.....	27
II.4.2. Technique d'échantillonnage.....	28

II.4.3. Considération éthique	29
II.4.4. Critères d'inclusion et de non inclusion	29
II.4.4.1. Critères d'inclusion	29
II.4.4.2. Critères de non inclusion	29
II.5. Techniques et Instruments de collecte des données	29
II.5.1. Technique de collecte des données	29
II.5.2. Instruments de collecte des données	29
II.5.3. VARIABLES DE L'ETUDE	29
II.5.3.1. Variable dépendante	29
II.5.3.2. Variables indépendantes	29
II.6. ANALYSE DES DONNÉES	29
II.7. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	30
Chapitre III. PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	31
III.1. PRESENTATION DES RESULTATS	31
III.2. DISCUSSION DES RESULTATS	36
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	38
CONCLUSION	38
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE	40
ANNEXE	42
QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE	43

EPIGRAPHE

Il est toujours dit « Mieux vaut prévenir que guérir » la prévention reste notre batail à conquérir.

DEDICACE

Je dédie ce travail :

A Dieu

L'omniscient, l'omnipotent, l'omniprésent, l'être par la providence de qui ce monde est gouverné, seigneur des mondes. Ce travail est le tien. Tu as guidé et surveillé mes pas jusqu'à ce jour, je n'avais aucune idée de ce garçon que je suis devenu aujourd'hui.

A mes parents :

A mon père : LUTALA KAMUNGU Elias

OH ! Père toi qui m'as inscrit à l'école pour que je puisse devenir ce que je suis aujourd'hui.

Papa, ta bonté, ta profonde humilité, ta sagesse et ton amour pour autrui font de toi cet homme respecté que j'admire tant et tellement.

Trouve en ce travail une ébauche à toutes tes aspirations. Tu nous as appris le sens de la fierté et de la dignité en toute circonstance mais aussi et surtout le respect de son prochain.

Comme on ne saura jamais remercier assez un père, je prie le tout puissant pour que vous puissiez bénéficier les avantages de ce premier diplôme de mon cursus académique. Ce travail est le tien Papa.

A ma maman : Elisabeth KATANDA

Maman, ton sourire et tes conseils m'ont accompagné et encouragé tout le long de mes études. Dans les moments les plus difficiles, il me suffisait de fermer les yeux pour me sentir à côté de cette femme patiente, si énergique au sourire et au cœur d'ange.

Le profond amour que tu prodigues à tes enfants, tes privations font de ce travail avant tout le tien. Infatigable, tu t'es toujours sacrifiée pour leur réussite. La jeune pousse que tu as aimée, protégée des intempéries de la nature est devenue maintenant un arbre bien solide.

Que Dieu te bénisse et te garde encore plus longtemps en bonne santé parmi nous afin que tu puisses te reposer et profiter de son ombrage. Le sens des mots ne saura jamais traduire combien je t'aime.

Maman trouve en ce travail une introduction du résultat des efforts et de tous les sacrifices que tu as pu consentir pour moi.

REMERCIEMENTS

Il me tient à cœur de remercier très sincèrement toutes les personnes de bonne volonté qui de près ou de loin ont contribué tant soit peu à la réalisation de ce travail. Cependant je ne saurais jamais énumérer de façon exhaustive les parents, amis, collaborateurs, et enseignants qui m'ont apporté leurs soutiens moraux, matériels, et scientifiques tout au long de ce premier pas de mon cursus académique. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude !

Aux enseignants du primaire, du secondaire et de la Faculté de sciences pharmaceutiques et Santé Publique de l'université officielle de Bukavu. Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail chers enseignants, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

A mes frères et sœurs

L'affection et la confiance mutuelle qui ont toujours existé entre nous m'ont donné foi pour achever ce travail qui est avant tout le vôtre. Que ces sentiments puissent nous maintenir aussi unis que les chevaux d'un attelage afin que nous menions à bien le chariot de nos vies. Bon courage et surtout ne baisser jamais les bras devant les difficultés de la vie. Avec ma tendresse infinie.

A mes amis

J'ai eu le plaisir de vous connaître durant des années. Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre. Merci de m'avoir accueillie, et pardon d'avoir été souvent difficile à supporter. Que le tout puissant raffermisse nos liens.

A mes camarades de la promotion de G3 Santé Publique de l'UOB : ensemble nous avons passés beaucoup de temps parsemés de joie et de peine pendant ces 3 premières années. A travers ce travail je vous réitère toute ma reconnaissance. Que DIEU nous accompagne tous, tout au long de notre cursus.

A mon tuteur Germain et son épouse Francisca : Aujourd'hui c'est mon cœur qui parle. Vous avez remplacé ma mère et mon père ici à Bukavu, je vous remercie de m'avoir acceptée comme un des vôtres ; merci pour votre affection et votre générosité, que le tout haut vous bénisse, vous comble de toutes ses grâces et vous accorde santé et longévité.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Lié aux personnes à enquêter dans chaque avenue	28
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	31
Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon qu'ils ont entendu parler de la COVID-19 ainsi que la source d'information sur la COVID-19	32
Tableau 4 Répartition des enquêtés selon les facteurs favorisant la COVID-19	33
Tableau 5 : Répartition des enquêtés selon la connaissance de signes.....	33
Tableau 6 Répartition des enquêtés l'attitude face à la salutation	35
Tableau 7 Répartition des enquêtés sur l'attitude face à l'isolement en cas d'atteinte de la COVID-19 et l'intégration des guéris de la COVID-19	36
Tableau 8 Répartition des enquêtés selon les pratiques en lien avec la COVID-19.....	36
Figure 1 : Répartition des enquêtés selon les Aires de Santé.....	31
Figure 2 Répartition des enquêtés selon la profession	32
Figure 3 : Répartition des enquêtés selon la religion	32
Figure 4 : Répartition selon la connaissance des enquêtés sur la représentation de la COVID-19.....	33
Figure 5: Répartition selon la connaissance des enquêtés sur une méthode préventive de la COVID-19	33
Figure 6 Répartition des enquêtés selon la connaissance sur l'existence d'un traitement spécifique de la COVID-19.....	34
Figure 7: Répartition selon la connaissance des enquêtés sur l'existence de la catégorie de personnes à l'abri de la COVID-19	34
Figure 8: Répartition des enquêtés selon la connaissance sur l'existence d'un vaccin contre la COVID-19	35
Figure 9: Répartition des enquêtés selon la connaissance sur l'existence d'un numéro à appeler gratuitement en cas de la présence d'un cas suspect de la COVID-19.	35
Figure 10: Répartition des enquêtés selon l'attitude sur l'existence de la COVID-19.	35
Figure 11 Coronavirus observés en microscopie électronique.....	3
Figure 12 Modes de transmission de la COVID-19.....	3
Figure 13 Ce qu'il faut savoir sur la COVID-19.....	4

LES DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

% : Pourcentage.

°C : Degré Celsius.

< : Inferieur

AFNOR :

AFP :

ARN : Acide Ribonucléique.

AS : Aire de Santé.

ATDC : Antécédent.

BIFERD :

CAP : Connaissance, Attitude et Pratique.

CD4 : Cellule de Défense 4.

CDC : Center for Disease and Control.

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019.

EPI : Equipement de Protection Individuelle.

FFP2 :

HKU1 : Hong Kong University 1.

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève.

MERS : Middle East Respiratory Syndrome.

MSD :

MSF : Médecin Sans Frontière.

nCOV : nouveau Coronavirus.

NYHA :

OC43 :

ONG : Organisation Non-Gouvernementale.

PCR :

PM : Policier Militaire.

RCA : République Centre Africaine.

RDC : République Démocratique du Congo.

RFI : Radio France Internationale.

SARS-COV : Sévère Acute Respiratory Syndrome Coronavirus de type 2.

SRAS-C₀V₂ : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère Coronavirus 2.

ZS : Zone de Santé.

RUSUME

Le but de cette étude était de contribuer à la réduction de la Maladie à Coronavirus par une appréciation des connaissances, attitudes et pratiques de la population des Aires de Santé NYAMUHINGA et MAKOMA sur la Maladie à Coronavirus.

Méthodologie :

Ce travail était soumis à une étude descriptive du type transversale, qui consistait à décrire la Connaissance, Attitude et Pratique des populations des AS MAKOMA et NYAMUHINGA sur la Maladie à Coronavirus, allant d'une période de Janvier à Octobre 2020

Pour analyser les données de notre recherche, nous nous sommes servis du logiciel Epi-Info version 7.2.3.1 pour l'encodage, traitement et analyse des données, et à l'aide d'un questionnaire d'enquête nous avons récolté les données auprès de 143 personnes qui constituaient la taille de notre échantillon, avec comme technique d'échantillonnage aléatoire stratifié proportionnel.

Résultats :

Tous les enquêtés soit 100% avaient entendu parler de la COVID-19, 95,8% de nos enquêtés connaissaient la COVID-19 étant comme une maladie dangereuse, contagieuse, grave et mortelle, 73% de nos enquêtés affirmaient qu'il n'existait pas un traitement spécifique de la COVID-19. 89,5% respectaient les gestes barrières contre la COVID-19 ; le port de masque (cache nez) (79,7%), le lavage des mains régulier (72%) étaient les gestes barrières les plus respectés par nos enquêtés.

Conclusion

En définitive, nous avons noté que presque tous les enquêtés croyaient en l'existence de la COVID-19 même s'il semblerait paraître aux yeux de certains comme une sanction divine, ils savaient qu'il n'existait ni vaccin, ni traitement spécifique à cette maladie même si la guérison était possible. Le port de cache nez et la pratique de l'hygiène des mains étaient bien respectés par nos enquêtés.

Mots-clés : Coronavirus, connaissances, attitudes et attitudes.

0. INTRODUCTION

Le monde a fait face à une crise sanitaire sans commune mesure. Elle représente la plus grande épreuve que le monde ait connue depuis la seconde guerre mondiale. (1)

Lorsqu'au mois de Décembre 2019, dans la ville de Wuhan (Chine) apparaît l'épidémie à Coronavirus (COVID-19), d'aucuns ont cru à une maladie transitoire dont les effets seraient locaux. Mais par sa vitesse de propagation, le 30 Janvier 2020, l'OMS a déclaré la COVID-19 comme une urgence sanitaire de portée internationale et depuis le 11 Mars après avoir dépassé 120 000 cas diagnostiqués dans 110 pays et territoires à travers le monde, la COVID-19 a été relevé au rang de pandémie mondiale. (1)

Le taux brut de mortalité variait considérablement d'un pays à l'autre en fonction des populations touchées, du point auquel un pays se trouve sur sa trajectoire épidémique. (2)

La COVID-19 demeure un sujet d'actualité dans le monde, nul n'ignore désormais ce que recouvre ce virus inquiétant. Les vagues médiatiques successives dans le monde sur ce sujet ont bien averti le grand public. La Maladie à Coronavirus est devenue l'une des pires incarnations de la peur du danger biologique. Son impact n'est plus seulement sanitaire et se fait sentir dans tous les secteurs de la vie sociale entre autres dans le secteur éducationnel, touristique, économique voire même le secteur spirituel.

0.1.DEFINITION DES CONCEPTS

Attitude : disposition, état d'esprit à l'égard de quelqu'un ou de quelque chose ; ensemble de jugements et de tendances qui pousse à un comportement. (LAROUSSE)

Confinement : action de confiner, de se confiner dans un lieu ; fait d'être confiné : après s'être confinés pour des raisons sanitaires, il est temps d'entrer dans une phase de déconfinement. (**Confiner** : forcer à rester dans un espace limité).

Connaissance : c'est le fait de connaître quelque chose. **Connaitre** : avoir présent à l'esprit un fait, un objet réel ou concret, être capable de former, l'idée, le concept ou l'image de. (LAROUSSE)

Contagiosité ou transmissibilité : capacité d'un agent pathogène à diffuser entre individus réceptifs. (3)

Epidémie : Apparition d'un nombre anormalement élevé de cas d'une maladie, concentrés dans le temps et dans l'espace. (3)

Flambée épidémique : Une flambée épidémique est la brusque augmentation du nombre de cas d'une maladie normalement enregistré dans une communauté, dans une zone géographique ou pendant une saison donnée. Une flambée peut se produire dans une zone restreinte ou

s'étendre à plusieurs pays. Elle peut durer quelques jours ou quelques semaines, voire plusieurs années. (3)

Incidence : le taux d'incidence rapporte le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observée pendant une période donnée. (3)

Incubation : Temps qui s'écoule entre la pénétration de l'agent pathogène et l'apparition des premiers symptômes de la maladie. (3)

Maladie émergente : est définie comme une infection dont l'incidence chez les humains a augmenté au cours des deux dernières décennies ou dont le risque d'augmentation de l'incidence est vraisemblable dans un futur proche. (3)

Pandémie : endémie ou épidémie qui survient dans une zone géographique très étendue telle qu'un continent ou le monde. (3)

Pratique : activités volontaires visant des résultats concrets (LAROUSSE)

Prévalence : Proportion des personnes présentant l'évènement de santé dans une population donnée à un moment donné. Elle s'exprime en nombre de cas rapporté à une population. (3)

Réservoir : c'est un endroit où l'agent pathogène infectieux se multiplie et se maintient. (3)

Taux de létalité : c'est la proportion de cas fatals liés à une maladie spécifique dans une population. Il s'agit d'un indicateur de gravité de la maladie. (3)

Taux de mortalité : c'est la mesure de la fréquence de décès dans une population. (3)

Urgence de santé publique de portée internationale : est définie dans le Règlement sanitaire international comme étant un "événement extraordinaire dont il est déterminé, comme prévu dans le présent Règlement, qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres Etats en raison du risque de propagation internationale de maladies et qu'il peut requérir une action internationale coordonnée". Cette définition implique qu'il s'agit d'une situation grave, soudaine, inhabituelle ou inattendue qui entraîne des répercussions sur la santé publique au-delà des frontières nationales de l'Etat affecté qui peut requérir une action internationale immédiate. (4)

Virulence : désigne la capacité à rendre malade, le caractère pathogène, nocif ou violent d'un virus ou d'une bactérie. (3)

Virus : agent infectieux très petit, qui possède un seul type d'acide nucléique, ADN ou ARN, et qui ne peut se reproduire qu'en parasitant une cellule. (LAROUSSE)

0.2.PROBLEMATIQUE

En Janvier 2020, partant de la chine touchée depuis Décembre 2019, la maladie du Coronavirus (COVID-19) s'est propagée dans le monde entier. Près de sept (7) mois après son apparition en Chine, le virus SARS-Cov2 continué de faire des ravages à travers le monde. (5)

Le SRAS-Cov2 avait des capacités de transmission interhumaines élevées par contact étroit ou par des gouttelettes respiratoires. Le virus se propageait rapidement, et les flambées épidémiques pouvaient se développer à un rythme exponentiel. (6), (7)

Le taux brut de létalité est actuellement supérieur à 3%, augmentent avec l'âge pour atteindre environ 15% ou plus chez les patients de plus de 80ans. La morbidité associée à la COVID-19 était également très élevée. Les pathologies sous-jacentes qui affectaient les systèmes cardiovasculaire, respiratoire et immunitaire contribuaient à un risque accru de forme grave de la maladie et de décès. (2)

Dix millions de cas du nouveau Coronavirus ont été officiellement diagnostiqué à travers le monde le 28 juin 2020. Parmi ces cas, 498 779 décès ont été recensés dans le monde. (8)

Le 15 juillet 2020, le bilan de la COVID-19 dans le monde s'établit à plus de 13 millions de cas et plus de 570 000 morts. Face à l'augmentation ou la résurgence du nombre de contaminations, certains pays sont vus dans l'obligation d'imposer à nouveau des restrictions à la population. (5)

Mardi 14 juillet 2020, le nombre de personnes contaminées dans le monde par Coronavirus COVID-19 depuis le début de la pandémie, s'élevait à 13 113 181 cas confirmés dans 188 pays contaminés, 7 268 022 personnes ont été déclarées guéries (soit 55,43%), 573 288 sont mortes (soit 4,37% de taux moyen de mortalité). (9)

En Chine, où la COVID-19 était apparue officiellement en décembre dernier, après une première stabilisation au début du printemps, puis l'apparition de nouveaux cas à la mi-juin, en particulier à Pékin, et le retour de mesures de restrictions, l'épidémie semblait à nouveau sous contrôle. Le bilan total s'affichait à 83 611 cas et 4 634 morts le 14 Juillet 2020. (5)

Les Etats-Unis, pays le plus lourdement touché par l'épidémie de Coronavirus, affichaient le 15 Juillet 2020 un bilan total de 3 364 457 cas de Covid-19 et de 135 235 morts. (5)

Le Brésil était resté le pays d'Amérique latine le plus touché. Avec plus de 74 000 morts, avec près de 2 millions de cas, le pays se situait au deuxième rang mondial en termes de nombre d'infections. (6)

En Italie, les autorités hésitaient à prolonger l'état d'urgence qui a servi en vigueur jusqu'à la fin du mois de Juillet. L'état d'urgence servait à tenir sous contrôle le virus. Le bilan publié par les autorités le 14 Juillet faisait état de 114 cas supplémentaires, portant le bilan était à 243 344 cas depuis l'apparition du virus dans le pays pour 17 décès de plus (34 984 décès en tout). (5)

Le Royaume-Uni, comptait le 14 Juillet 398 nouveaux cas de Covid-19, portant le total à 291 373 cas, pour 138 morts supplémentaires (44 968 décès au total). Selon le bureau national des statistiques (BNS), le nombre de décès imputés au nouveau coronavirus était néanmoins plus élevé que celui annoncé par le ministère de la santé, et le bilan global serait en réalité de

plus de 50 000 victimes de Covid-19, en prenant en compte le nombre réel de personnes décédées dans les maisons de retraite. **(5)**

En France, depuis le premier cas la France compte 209 640 cas confirmés, 78 597 personnes guéries, (37,49% taux national de guérison), 30 029 décès. **(9)**

Au Canada, depuis le début de l'épidémie, le Canada avait enregistré 110 109 cas confirmés, 73 420 personnes guéries (soit 66,72% de guérison), 8,03% taux de mortalité. **(9)**

En Amérique latine : Pérou comptait 97 061 cas, Colombie 81 360 cas, Argentine 60 995 cas, Equateur 33 027 cas, Chili 24 077 cas, Mexique 28 843 cas, Panama 22 322 cas, Guyane française 5 563 cas, Martinique 150 cas, Jamaïque 121 cas, Guadeloupe 96 cas, Cuba 73 cas, Bahamas 11cas. **(8)**

Le premier cas de Covid-19 en Afrique était apparu en février 2020 en Egypte. Les 54 pays du continent étaient désormais touchés par le coronavirus. Moins impacté que le reste du monde, le continent africain avait fait face, lui aussi, à la propagation du Covid-19. **(10)**

Selon RFI, qui cite le bureau régional de l'OMS, l'Afrique recensait lundi 13 juillet 594 925 cas confirmés de coronavirus et 13 249 décès sur l'ensemble du continent. L'OMS note surtout que 22 pays ont vu leur nombre de cas doubler en un mois. **(5)**

Du nord au sud, la prévention prime. En Egypte, ce pays enregistrait 42 980 cas confirmés le 14 juin 2020, dont 1 484 décès. Le tout premier cas de Covid-19 a été annoncé par l'Egypte. Les autorités avaient pris des mesures strictes, en imposant notamment la fermeture des écoles et universités, des lieux de cultes, musées et sites archéologiques depuis le 25 mars 2020 jusqu'au 15 avril. **(10)**

En Algérie, le 14 juin 2020, 10 810 cas de Covid-19 ont été confirmés, dont 751 décès. Au Maroc, le royaume avait enregistré le 14 juin 2020, 8 734 cas de Covid-19, dont 212 décès. En Tunisie, à la date du 14 juin 2020, ce pays comptait 1 094 cas confirmés dont 49 décès. L'inquiétude avait gagné l'Ouest du continent ; le Sénégal enregistrait, le 14 juin 2020, 4 996 cas de contamination et 60 décès au coronavirus, depuis la découverte d'un premier cas, le 2 mars dernier. Le Bénin enregistrait le 14 juin dernier 412 cas de coronavirus dont 6 décès, le premier cas avait été diagnostiqué lundi 16 mars dernier. **(10)**

Burkina Faso, comptait le 14 juin 2020, 892 cas confirmés dont 53 décès. Un état d'urgence avait été décrété, les rassemblements de plus de cinquante personnes interdits, les frontières fermées, tout comme les marchés, les écoles et les lieux de culte. **(10)**

En Afrique de l'Est le 14 juin dernier, le Djibouti comptait 4 449 cas confirmés et 41 décès ; Kenya comptait officiellement 3 457 cas confirmés de coronavirus dont 100 décès, C'était le deuxième pays le plus touché d'Afrique de l'Est, après l'île Maurice. **(10)**

L'Afrique centrale contaminée à son tour : Angola, le pays enregistrait 138 cas de Covid-19 le 14 juin dont 6 décès. Au Cameroun, ce pays était le deuxième pays le plus touché d'Afrique

subsaharienne, derrière l’Afrique du Sud. Il comptait 8 691 cas confirmés et 212 décès le 14 juin 2020. **(10)**

Au Gabon, 3 463 cas avaient été confirmés le 14 juin 2020 dont 23 décès depuis le début de la pandémie. Les autorités gabonaises avaient annoncé la fermeture de tous les établissements scolaires. **(10)**

Au Rwanda, ce pays enregistrait 541 cas de coronavirus le 14 juin dernier, dont deux (2) décès. Ecoles et universités restaient fermées jusqu’en septembre, lieux de culte fermés ; le Burundi comptait 85 cas de Covid-19 le 14 juin dernier, dont un décès. **(10)**

En RDC, depuis l’annonce du premier cas de coronavirus le 10 mars 2020, le pays connaissait une augmentation rapide des cas de COVID-19, la barre de 8 000 cas confirmés des personnes infectées par la pandémie de coronavirus a été franchie en RDC le 11 Juillet 2020. Selon le bulletin d’informations du comité multisectoriel de lutte contre la pandémie de Covid-19, depuis le début de l’épidémie déclaré le 10 mars 2020, le cumul des cas est de 8 033, dont 8 032 cas confirmés et 1 cas probable avec un taux de létalité de 2, 3%. Le même samedi, 62 nouveaux cas avaient été confirmés, dont 49 à Kinshasa, 5 au Sud-Kivu, 4 au Nord-Kivu et 4 à Lualaba. Au total, renseignait le bulletin, il y avait eu 189 décès (188 cas confirmés et 1 cas probable) et 3 615 personnes guéries, même si aucune personne n’était sortie guérie dans les centres de traitement Covid-19. Les 14 provinces touchées : Kinshasa 6 847 cas, Kongo Central 351 cas, Sud-Kivu 276 cas, Haut-Katanga 260 cas, Nord-Kivu 185 cas, Lualaba 67 cas, Haut-Uélé 16 cas, Tshopo 13 cas, Ituri 5 cas, Kwilu 4 cas, Sud-Ubangi 4 cas, Equateur 2 cas, Haut-Lomami 1 cas et Kwango 1 cas. **(11)**

Au Sud-Kivu, la troisième province la plus touchée en RDC après la ville province de Kinshasa et le Kongo Central. La province comptait en date du 17 juillet 2020 un cumul de 278 cas confirmés dont 226 cas guéris et 44 décès. **(12)**

La ville de Bukavu était restée l’épicentre de la pandémie en province, avec un cumul de 256 cas confirmés dont 192 cas à la commune d’Ibanda, 50 cas à Kadutu et 14 cas à Bagira. Pour les autres Zones de Santé touchées, Nyantende comptait un de 8 cas confirmés, Miti-Murhesa 5 cas, 2 cas à Fizi, 2 cas à Kabare, 2 cas à Kitutu, 1 cas à Lemera, 1 cas à Uvira et 1 cas à Minova. **(12)**

Par son extrême virulence, contagiosité et son apparente invincibilité marquent la conscience collective. Il nous a donc paru nécessaire de mener cette étude de recherche sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population de la Zone de Santé de BAGIRA sur la Maladie à Coronavirus, cas des AS NYAMUHINGA et MAKOMA.

0.3. QUESTIONS DE RECHERCHE

- Quel est le niveau de connaissance des populations des AS MAKOMA et NYAMUHINGA sur la Maladie à Coronavirus ?

- Quelles sont les attitudes des populations des AS MAKOMA et NYAMUHINGA face la Maladie à Coronavirus ?
- Quelles les pratiques comportementales des AS MAKOMA et NYAMUHINGA face la Maladie à Coronavirus ?

0.4. OBJECTIFS

0.4.1. Objectif Général

- ❖ Contribuer à la réduction de la Maladie à Coronavirus par une appréciation des connaissances, attitudes et pratiques de la population des Aires de Santé NYAMUHINGA et MAKOMA sur la maladie à coronavirus.

0.4.2. Objectifs Spécifiques

- ❖ Déterminer le niveau de connaissances de la population des Aires de Santé NYAMUHINGA et MAKOMA sur la Maladie à Coronavirus ;
- ❖ Décrire les attitudes de la population des Aires de Santé NYAMUHINGA et MAKOMA sur la Maladie à Coronavirus ;
- ❖ Décrire les pratiques comportementales de la population des Aires de Santé NYAMUHINGA et MAKOMA face à la Maladie à Coronavirus.

0.5. INTERET DU TRAVAIL

Le présent travail a trois centres d'intérêt à savoir :

- ✚ **Sur le plan scientifique** : ce travail a été pour nous l'occasion d'approfondir les théories acquises sur la prévention, vient de compléter les recherches existantes menées par d'autres chercheurs dans le domaine de Covid-19 et aussi facilitera la tâche aux autres futurs chercheurs qui voudront travailler sur le même sujet de s'en inspirer, et éventuellement nous compléter pour une meilleure évolution scientifique. En tout état de cause, ce travail restera, nous osons l'espérer, une référence académique pour les générations futures.
- ✚ **Sur le plan social** : ce travail permet à des populations des AS NYAMUHINGA et MAKOMA de se renforcer en matière de prévention de la Maladie à Coronavirus, et leurs faire comprendre les dangers liés à cette dernière.
- ✚ **Sur le plan personnel** : Etant l'un des futurs décideurs professionnels dans le domaine sanitaire, ce travail nous permet d'approfondir nos connaissances en matière de la prévention sur la maladie à coronavirus et de contribuer au fait de combler le fossé de connaissance sur l'appréhension de la population par rapport à la maladie à coronavirus afin de proposer quelques pistes de solution.

0.6. SUBDIVISION

Hormis l'introduction, la conclusion et quelques recommandations ce travail contient 3 chapitres dont :

- Chapitre I : REVUE DE LA LITTERATURE ;
- Chapitre II : LA METHODOLOGIE ;

- Chapitre III : PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

CHAPITRE. I. REVUE DE LA LITTERATURE

I.1. Généralités

I.1.1. Historique des coronavirus

Les coronavirus sont des virus à ARN encapsulés. Les infections à coronavirus sont très répandues et peuvent causer chez l'humain des maladies habituellement bénignes. Certains de ces virus ont été responsables de graves épidémies : le SARS-CoV et le MERS-CoV et le SARS-CoV2. **(13)**

Le SARS-CoV avait été observé pour la première fois en novembre 2002 dans la province chinoise du Guangdong et s'est ensuite propagé vers > 30 pays. Dans cette épidémie, >8000 cas ont été signalés dans le monde, avec 774 décès (environ 10% de taux de létalité). L'épidémie de SARS-CoV a été pour la première l'occasion pour le CDC de déconseiller de se rendre dans une région. Cette épidémie a ralenti et aucun nouveau cas n'avait été identifié depuis 2004. Il avait été supposé que la source immédiate était les civettes, qui avaient été infectées suite à un contact avec une chauve-souris avant d'être vendues sur un marché de viande vivante. Les chauves-souris sont de fréquents hôtes transporteurs de coronavirus. L'épidémie a pu être endigué par des mesures d'isolement et de quarantaine. **(14)**

Bien qu'aucun nouveau cas n'avait été signalé depuis 2004, le SARS ne devrait pas être considéré comme éliminé car le virus en cause possédait un réservoir animal à partir duquel il pourrait réapparaître. **(14)**

Le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) est une maladie respiratoire aiguë sévère provoquée par le coronavirus du MERS (MERS-CoV). Une infection par MERS-CoV avait été signalée pour la première fois en septembre 2012 en Arabie Saoudite, mais une épidémie d'avril 2012 en Jordanie a été confirmée rétrospectivement. En 2018, dans le monde, 2 144 cas d'infection par le MERS-CoV (avec au moins 750 décès associés) avaient été rapportés par 27 pays ; tous les cas de MERS avaient été reliés par des voyages ou des séjours dans les pays de la péninsule arabique ou à proximité, avec >80% en Arabie Saoudite. La plus grande épidémie connue de MERS en dehors de la péninsule arabique s'était produite en République de Corée en 2015. L'épidémie était liée à un voyageur qui revenait de la péninsule arabique. **(13)**

Ce syndrome Respiratoire du Moyen-Orient touchait le tractus respiratoire et était responsable de fièvre et de toux, pouvant entraîner la mort dans environ 30% des cas. Depuis, 1 129 cas avaient été diagnostiqués, provoquant 449 morts. **(14)**

Des cas avaient également été confirmés en France, Allemagne, Italie, Tunisie et Royaume-Uni chez des patients qui s'étaient rendus dans ces pays pour des soins où étaient tombés malades après leur retour du Moyen-Orient. L'épidémie était restée géographiquement limitée. **(14)**

Le SARS-Cov-2 avait été découvert et décrit en décembre 2019 dans la ville de Wuhan province de Hubei en Chine source d'une pandémie de maladie à coronavirus de 2019-2020 qui s'était répandu dans le monde entier. Cette pneumonie atypique maladie à coronavirus 2019, avait été déclarée urgence de santé publique de portée internationale par l'OMS en mars 2020. (14) (18) Elle se présentait également sous la même forme de pneumonie atypique avec des conséquences respiratoires drastiques, incontrôlables, une grande proportion de patients atteints à des situations de mise sous assistance respiratoire mécanique et coma artificiel pendant une période de 10 jours à 3 semaines, une des différences essentielles avec le SARS-Cov2 est que la période d'incubation était beaucoup plus courte et la progression vers l'atteinte respiratoire plus rapide. Un premier cas de pneumopathie a été détecté chez une femme le 16 Décembre 2019, suffisamment atypique. (15)

Le premier cas fatal, qui avait eu une exposition continue au marché aux fruits de mer de Wuhan, avait été hospitalisé parce qu'il avait développé 7 jours de fièvre, toux et trouble respiratoire (dyspnée). 5 jours après le début de sa maladie, sa femme de 53 ans qui n'avait pas été exposée au marché aux fruits de mer de Wuhan a développé une pneumonie et avait été placée en chambre d'isolation. (16)

Il était donc indéniable qu'avant le 1^{er} Janvier, dès l'alerte du 31 Décembre, les autorités Chinoises étaient au fait du caractère potentiellement très contagieux de la pneumonie. (15)

Le graphique des cas de pneumonies atypiques sévères, enregistré au mois de Décembre à Wuhan, avait montré clairement que le premier patient, dont les symptômes avaient débuté le 1^{er} Décembre 2019, n'avait pas été exposé au marché aux fruits de mer de Huanan et n'avait pas également été en contact. (15)

Après une flambée épidémique en Chine en Janvier-Février 2020, la situation épidémique avait évolué au niveau mondial depuis le 22 Février 2020. Avec l'intensification des foyers en Corée du Sud, au Japon et au Singapour, et l'apparition de nouveaux foyers en Iran et en Italie. Dans ces pays, on assistait alors à une diffusion communautaire, sans lien identifié avec des cas importés de Chine. Fin Février 2020, deux mois après son apparition en Chine, l'épidémie semblait y avoir atteint un pic. (16)

I.1.2. Épidémiologie

a. Agent infectieux

Les coronavirus font partie de l'ordre des Nidovirales, de la famille des coronaviridae et de la sous-famille des Coronavirinae qui regroupe 4 genres : alphacoronavirus, betacoronavirus, gammacoronavirus et deltacoronavirus. (17)

Les alpha- et betacoronavirus semblent avoir comme origine les chauve-souris, sauf certains betacoronavirus qui pourraient avoir émergé à partir des rongeurs tandis que les delta- et gammacoronavirus auraient pour origine les oiseaux. (13)

Au sein des betacoronavirus, on distingue 4 lignages : le lignage A auquel appartiennent les coronavirus humains HKU1 et OC43, le lignage B auquel appartient le SARS-CoV pour Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus), le lignage C auquel appartient le MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) et le lignage D auquel appartiennent les coronavirus de chauve-souris HKU4 et HKU5, proches du MERS-CoV. (13)

De tous les virus connus, les coronavirus sont ceux avec la grande taille de génome (27 000 à 32 000 bases) (14). Ce sont des virus ARN dont le nom s'explique par leur aspect en couronne (du latin corona) lorsqu'on les observe sous microscope électronique.

La COVID-19 est un nouveau virus de la même famille que d'autres virus tels que le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), le Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient (MERS) et certains types de rhumes courants. Le SARS-Cov2 est une maladie respiratoire aiguë, parfois grave. Un nouveau coronavirus (nCoV) est une nouvelle souche de coronavirus qui n'avait pas encore été identifié chez l'homme. (6)

La souche de coronavirus détectée à Wuhan est la plus récente des 7 souches de coronavirus qui causent des maladies chez l'humain. Des 6 autres souches, 4 ne causent que des symptômes respiratoires mineurs et 2 ont été associées à des maladies plus graves et parfois mortelles. (31) Le SRAS-CoV-2 ne possède que 79 à 82% de similarité avec le SRAS-CoV à l'origine de l'épidémie de 2003. Bien que leurs noms soient semblables, le SRAS-CoV-2 n'est pas un descendant du SRAS-CoV. La similitude du SRAS-CoV-2 avec deux virus de la chauve-souris (88-96% de similitude) suggère que la chauve-souris est à l'origine du SRAS-CoV-2 et que son virus s'est adapté pour se transmettre à l'homme. (18)

b. Réservoir

De nombreux animaux ; servent d'hôtes aux coronavirus : divers oiseaux et divers mammifères dont les chauve-souris qui auraient facilité l'émergence du 2019-nCoV, mais d'autres espèces pourraient servir d'intermédiaires entre elles et l'homme, dont les pangolins. (19)

c. Modes de transmission

Le SRAS-Cov2 est un agent pathogène zoonotique, qui débute chez les animaux infectés et qui est transmis des animaux à l'homme. (6)

La COVID-19 est transmis par les personnes atteintes du virus. La maladie peut se transmettre d'une personne à l'autre par des gouttelettes expulsées du nez ou de la bouche lorsqu'une personne tousse ou éternue. Ces gouttelettes peuvent se retrouver sur des objets ou des surfaces infectées si on se touche par la suite les yeux, le nez ou la bouche. La COVID-19 peut également s'attraper en inhalant les gouttelettes d'une personne malade qui vient de tousser ou d'éternuer. (20)

I.1.3. Symptômes

Les personnes qui ont une infection à COVID-19 peuvent n'avoir que peu ou pas de symptômes, bien que certains patients soient gravement malades et décèdent. Les symptômes peuvent comprendre :

- Fièvre
- Toux
- Dyspnée ou difficulté à respirer
- Douleurs musculaires
- Céphalées
- Fatigue
- Mal de gorge
- Perte récente du goût ou de l'odorat dans les cas bénins.

La période d'incubation va de 2 à 14 jours après l'exposition au virus, avec une moyenne de 5 jours. Cependant, une personne peut être porteuse du coronavirus sans le savoir, car il existe une phase asymptomatique. Elle peut donc être contagieuse et contaminer une personne saine mais toutefois, les risques de contamination pendant la période d'incubation restent très faible.

(7)

I.1.4. Diagnostic

Tests par reverse transcriptase-PCR(RT-PCR) des sécrétions des voies respiratoires hautes et basses. Les tests diagnostiques de COVID-19 sont des plus en plus disponibles dans les laboratoires de santé publique. (21)

Le test par PCR est utile pour évaluer les contacts asymptomatiques ou légèrement asymptomatiques d'un cas de COVID-19. OMS recommande que les cas suspects doivent être dépistés pour le virus avec des tests d'amplification d'acide nucléique (TAAN), tels que RT-PCR. Le dépistage devrait être adapté aux situations locales. (22)

Pour des tests diagnostiques initiaux de COVID-19, le CDC recommande de recueillir et de tester un seul écouvillonnage nasopharyngé des voies respiratoires supérieures. La collecte d'écouvillonnage au niveau des cornets nasaux et/ou oropharyngés est acceptable en cas d'impossibilité d'écouvillonnage nasopharyngé. Ce dernier recommande également de tester les prélèvements des voies respiratoires inférieures, si elles sont disponibles. (21)

I.1.5. Traitement

La pandémie actuelle a considérablement accéléré les travaux en cours concernant les traitements et les vaccins préventifs ou thérapeutiques de la COVID-19, pour laquelle il n'existe jusqu'ici aucun traitement spécifique. L'OMS continue à coordonner ses efforts pour mettre au point les vaccins et les traitements thérapeutiques pour prévenir et traiter la COVID-19. (7)

Plus de 175 traitements et essais cliniques de vaccin sont actuellement enregistrés, mais les données sur traitement efficace restent rares. Les stratégies thérapeutiques actuelles en cas de forme grave comprennent les agents antiviraux (notamment le remdesivir, en essai clinique), les dérivés de la chloroquine, l'artémisia et les agents immunomodulateurs, tels que les inhibiteurs d'IL-6 tels que le tocilizumab. Pour chaque agent thérapeutique, les bénéfices doivent être mis en balance avec les risques possibles pour les patients. (7)

I.1.6. Prévention

Pour empêcher la propagation de la COVID-19, l'OMS recommande :

- De se laver fréquemment les mains avec de l'eau coulante et au savon ou avec la solution hydro-alcoolique (les pratiques d'hygiène des mains) ;
- De maintenir une distance d'au moins 1mètre avec les autres personnes, en particulier si elles toussent, éternuent ou ont de la fièvre ;
- Le port de masque lorsque la distanciation physique n'est possible ;
- D'éviter de se toucher les yeux, le nez et la bouche ;
- De couvrir le nez et la bouche avec le pli du coude ou avec un mouchoir jetable en cas de toux ou d'éternuement ;
- De rester confiner lorsque on ne se sent pas bien. (23)

Pour prévenir la propagation de COVID-19 aux soignants, ils doivent utiliser des précautions contre la transmission par contact et par l'air ou par les gouttelettes et porter des protections oculaires. (14)

I.1.7. Personnes à risque

Le risque de forme grave et de mort par COVID-19 augmente avec l'âge et en cas de maladie médicale associée grave, telles qu'une cardiopathie ou une pneumopathie ou de diabète. (28)

- Les personnes âgées de 70 ans et plus (même si les patients entre 50 ans et 70 ans doivent être surveillés de façon plus rapprochée) ;
- Les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée, insuffisance cardiaque ;
- Les malades atteints de cirrhose au stade B au moins ;
- Les patients aux antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée, ATCD d'accidents vasculaire cérébral ou coronopathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque ;
- Les diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie ;
- Les personnes présentant une pathologie chronique susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;

Les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise (médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppression, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive ; infection à VIH non contrôlé avec des CD4 <200mn³ ; atteint d'hémopathie maligne en cours de traitement ; présentant un cancer métastasé. (25)

I.1.8. Définition de cas (26,27)

Personnes exposées à la COVID-19

Toute personne ayant séjournée dans un pays à transmission locale de COVID-19 ou ayant séjourné dans une région en épidémie déclarée.

Cas alerte de COVID-19

Toute personne présentant un ou plusieurs des symptômes suivants :

- Fièvre
- Toux
- Ecoulement nasal
- Difficultés à respiratoire
- Maux de gorge
- Fatigue

ET ayant séjourné à l'étranger dans un pays avec transmission locale de COVID-19 ;

OU

Toute personne présentant un ou plusieurs des symptômes suivants :

- Fièvre
- Toux
- Ecoulement nasal
- Difficultés respiratoire
- Maux de gorge
- Fatigue
- ET ayant été en contact avec un cas confirmé ou probable ;

OU

Toute personne présentant un ou plusieurs symptômes suivants :

- Fièvre
- Toux
- Ecoulement
- Difficultés respiratoire
- Maux de gorge
- Fatigue
- Et/ou sans une maladie chronique connue.

OU

Toute personne morte subitement par suite de syndrome respiratoire.

Cas suspect

Toute personne ayant séjourné dans un pays à transmission locale de COVID-19 présentant dans 21 jours un ou plusieurs symptômes/signes suivants :

- Fièvre
- Toux
- Difficultés respiratoire (essoufflement)
- Maux de gorge
- Écoulement nasal
- Fatigue.

OU

Toute personne en provenance d'une région en épidémie déclarée présentant dans les 21 jours à partir de son arrivée dans une autre région un ou plusieurs symptômes/signes suivants :

- Fièvre,
- Toux,
- Difficulté respiratoire (essoufflement),
- Maux de gorge,
- Écoulement nasal,
- Fatigue.

OU

Toute personne de la communauté présentant une infection respiratoire aiguë (toux, rhume, difficulté respiratoire, maux de gorge, fatigue) avec ou sans fièvre quelle que soit la gravité et ayant été en contact avec un voyageur en provenance d'une région épidémique.

OU

Toute personne ayant travaillé ou fréquenté un centre de santé, un hôpital, une pharmacie, un centre de médecine traditionnelle au même moment qu'un cas probable ou un cas confirmé de la maladie à coronavirus 19 (COVID-19) et qui présente une infection respiratoire aiguë (toux, rhume, difficulté respiratoire, maux de gorge, fatigue) avec ou sans fièvre dans les 21 jours qui suivent la notion de contact.

Cas possible

Toute personne, ayant ou non été en contact à risque avec un cas confirmé dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes, présentant des signes cliniques évocateurs de COVID-19 : infection respiratoire aiguë avec une fièvre, ou toute autre manifestation clinique suivante, de survenue brutale, relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique de COVID-19 :

- En population générale : asthénie inexplicée ; myalgies inexplicées ; céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue ; anosmie ou hyposmie sans rhinite associée ; agueusie ou dysgueusie.
- Chez les personnes les plus âgées de 80 ans ou plus : altération de l'état général ; chutes répétées ; apparition ou aggravation de troubles cognitifs ; syndrome confusionnel ; diarrhée ; décompensation d'une pathologie antérieure.
- Chez les enfants : tous les signes suscités en population générale ; altération de l'état général ; diarrhée ; fièvre isolée chez l'enfant de moins de 3 mois.
- Chez les patients en situation d'urgence ou de réanimation : troubles du rythme cardiaque récents ; atteintes myocardiques aiguës ; événement thromboembolique grave.

Cas probable

Toute personne présentant des signes visibles en tomodensitométrie thoracique évocateurs de COVID-19.

OU : -Tous décès chez une personne ayant séjourné dans les 21 jours précédant la mort dans une zone ou un pays en épidémie à COVID-19 et dont le test de laboratoire n'avait pu être réalisé ;

-Tout cas suspect pour lequel le résultat de laboratoire n'était pas concluant

Cas confirmé

Toute personne, symptomatique ou non, avec un résultat biologique confirmant l'infection par le SRAS-CoV-2, par RT-PCR ou par sérologie dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage, conformément aux recommandations de l'OMS.

Non cas : tout cas suspect avec deux tests négatifs à la COVID-19 dans au moins 48 heures d'intervalle.

Cas guéri : tout cas confirmé de COVID-19 à la phase de convalescence qui présente deux tests négatifs successifs de COVID-19 (RT-PCR) dans un intervalle de 7 jours.

🚦 Définition des contacts (22,32)

En l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact : hygiaphone ou autre séparation physique (vitre) ; masque chirurgical ou FFP2 porté par le cas ou le contact ; masque grand public fabriqué selon la norme AFNOR ou équivalent porté par le cas et le contact,

Contact à risque : toute personne Ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable, ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'un mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes-contacts à risque, ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ; ayant partagé un

espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel ...) pendant au moins 15 minutes avec un cas ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement, étant élève ou enseignant de la même classe scolaire (maternelle, primaire, secondaire, groupe de travaux dirigés à l'université).

Contact à risque négligeable :

- Toutes les autres situations de contact ;
- **Cas de COVID-19** déjà identifié, confirmé par RT-PCR ou sérologie dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage, guéri ou encore malade, en tenant compte des instructions s'appliquant aux cas confirmés si le patient est toujours malade.

-Contact proche

Qui a soigné/examiné/touché le corps ou a eu un contact physique non protégé avec le cas COVID-19 (vivant ou décédé) dans les 4 jours précédant le début des symptômes et la phase de la maladie du cas (y compris les prestataires de soins, laborantins, réanimateurs, et membres de la famille ayant partagé le même lit que le cas confirmé et tout voyageur ayant partagé les mêmes sièges ou très proches avec un cas confirmé dans un avion, autobus et/ou moto) ; contact dans le foyer. Qui vit dans le même foyer/maison qu'un cas de COVID-19 ou a dormi ou séjourné dans le même foyer/maison/pièce que le cas dans les 4 jours précédant le début des symptômes et pendant la phase de la maladie du cas (y compris les membres de famille, collègues de services/classe) tout en maintenant la distance d'un mètre ; contact pour le moyen de transport. Qui a voyagé avec un cas de COVID-19 dans tout type de moyen de transport (Co-passager voiture, bus, avion, etc.) dans les 4 jours avant le début des symptômes et durant la phase de la maladie du cas confirmé à deux sièges de distance ;

-Contact occasionnel

Contact Qui a travaillé à proximité d'un mètre ou partager le même environnement avec un patient confirmé à la COVID-19 (Participants rencontre/réunion, voisins)

I.2. RESULTATS DES RECHERCHES ANTERIEURES

Selon les enquêtes CAP sur la COVID-19 menées dans la ville de Goma par le Consortium ONGs BIFERD, montre que le risque de contamination est élevé car le respect de la distanciation entre les membres de familles n'est pas facile d'une part mais aussi les besoins d'utilisation en eau potable sont élevés. Les personnes ayant répondu à la question CAP représentaient 47% des Hommes et 53 % de femmes, 48 % des personnes affectées par le COVID-19 dans la ville de Goma étaient sans empois et que 16 % faisaient l'activité commerciale, 10 % étaient les enseignants et 13 % étaient les fonctionnaires de l'Etat et 5 % faisaient les travaux de ménage.

Il ressortait que 94 % des populations de Goma avaient entendu parler de COVID-19 alors que 6 % avaient montré n'avoir pas entendu parler du COVID-19. Quant à la connaissance du COVID-19, 53 % des enquêtés reconnaissent que c'est un virus contagieux, 23 % reconnaissent que c'est une maladie qui tue des millions de gens, 21 % ont confirmé que c'est une maladie virale et 3 % connaissent que c'est une maladie causée par les animaux, 34% des ménages connaissent que le COVID se transmettait par gouttelettes respiratoires, 27 % connaissent que c'est par la toux, 17 % connaissent que c'est en touchant une surface contaminée, 15 % par les éternuements et 7 % ne connaissent pas. Quant à la pratique 38,4 % connaissent qu'il faut se laver les mains, 23,3 % d'éviter les attroupements, 11 % utilisent le port des masques. Il ressortait que seul 6,4 % couvraient leur bouche avec un mouchoir en toussant et en éternuant. 9 % des enquêtés ont une connaissance sur l'importance de l'isolement des malades souffrant du COVID-19 alors que 6,4% connaissent qu'il faut mettre en quarantaine les cas suspects. **(28)**

Selon une enquête menée par MSF et HUG sur connaissances, attitudes et pratiques en lien avec le covid-19 parmi les personnes en insécurité alimentaire à Genève, montrait que 554 personnes ont été abordées consécutivement dans la file d'attente et 532 (96%) avaient accepté de répondre. Il s'agissait majoritairement de femmes (75%) dont l'âge moyen était de 44 (min-max. 18-76) ans. Les personnes migrantes sans statut légal (sans-papiers) représentaient 52% des participants, mais nombre de répondants avaient un statut accordant le droit à l'aide sociale (citoyens suisse 3.4%, résidents avec titre de séjour 28.3%, requérants d'asile 4.3%). Le statut n'était pas connu chez environ 12%. Une personne sur dix vivait dans un hébergement collectif (foyer ou abris pour personne sans domicile fixe) ou dans la rue, les autres logeant en appartement ou maison. En moyenne, le logement privé comprenait 1.9 (1-5) pièces pour dormir et abritait 4.14 (1-12) personnes. **(29)**

La moyenne de peuplement (personnes/pièce pour dormir) était de 2.53 (0.25-12) et 48% des répondants rapportaient une situation de surpeuplement (index >2) dans leur logement avec des différences importantes entre les résidents avec permis de séjour (38%) et ceux sans-papiers (54.6%). **(29)**

Parmi ces derniers, 11% vivaient à plus de 4 personnes par pièce. Concernant l'accès aux soins, 40% de tous les répondants avaient une assurance maladie. Seules 10% des personnes sans-papiers étaient assurées. De plus, 4% des répondants assurés étaient en rupture de couverture de prestations pour retard de paiement des primes. Le statut n'était pas connu pour les autres. Au cours des deux derniers mois, 10.4% des personnes avaient renoncé à des soins médicaux. Une majorité (58.6%) rapportait en premier lieu des motifs économiques ou l'absence d'assurance alors que le manque d'accès au médecin traitant ou la crainte d'être infecté sur le

lieu de soins étaient également fréquemment mentionnés. De manière générale, seules 39.9% des participants évaluaient leur santé comme très bonne ou excellente. Les personnes sans-papier et les résidents étrangers avec permis de séjour se déclaraient moins souvent en excellente ou très bonne santé que les autres. De plus, 15.6% des répondants notaient une dégradation de leur santé depuis le début de l'épidémie de Covid-19, les citoyens suisses étant particulièrement affectés. **(29)**

Presque 9 personnes sur 10 se déclaraient très ou au moins un peu préoccupés par la situation liée au Covid-19. Les principaux motifs de préoccupation recouvraient la situation financière (70.3%), l'emploi (64.1%), la situation dans le pays d'origine (58.7%), l'accès à l'alimentation (54.2%) et la crainte d'être contaminé (54.2%). Un tiers à un quart d'entre elles se disaient préoccupés par la situation en matière de logement, leur état de santé, les difficultés de renouvellement du permis de séjour et la situation de leurs enfants à Genève, notamment en matière de suivi scolaire à domicile. L'impact de la crise Covid-19 sur la situation financière, sociale et médicale de cette population paraissait ainsi important et leur état de santé physique, psychique et nutritionnel menacé. **(29)**

Par rapport à la population du canton de Genève dans laquelle 1% des gens avaient eu un test positif au Covid-19 (5000 cas confirmés parmi 500.000 personnes) au moment de l'enquête, 3.4% des participants rapportaient avoir eu un test positif. De plus, il y avait probablement 1.1% de cas Covid-19 supplémentaires concernant des personnes ayant présenté des symptômes compatibles et ayant cohabité avec un cas Covid-19 confirmé. En tout, 8.8% des personnes interrogées ont partagé leur logement avec une personne malade du Covid-19 ou présentant des symptômes évocateurs. Cela suggère une exposition et une transmission importante du virus au sein de cette population. Bien que 90% des personnes affirmaient qu'en cas de symptômes compatibles avec le Covid-19, elles feraient un test de dépistage, seules 26.1 % des personnes qui avaient présenté de tels symptômes l'avaient effectivement fait et seules 46.9% des personnes Co-habitanes avec symptômes avaient été testées. **(29)**

Cette discordance suggère que même quand la volonté d'accéder au test est présente, des facteurs externes en limitent l'accès. Les principaux obstacles au test évoqués étaient d'ordre financier et l'absence d'assurance-maladie. **(29)**

Parmi les 69 personnes avec des symptômes évocateurs d'une infection ou un diagnostic Covid-19 confirmé, seules 58% avaient pu partiellement ou complètement respecter les consignes d'isolement. Un logement trop exigü et la nécessité de continuer à s'occuper de sa famille étaient les principales difficultés rencontrées. De même, un tiers des participants estimaient qu'ils ne pourraient pas s'isoler correctement s'ils tombaient malades prochainement. **(29)**

En Mai 2020, une étude avait été menée en Côte d'Ivoire par le ministère du plan via son institut de statistique sur les connaissances, attitudes et pratique des ménages face au COVID-19. Les résultats en étaient que sur 4 283 686 ménages enquêtés, 99% des ménages avaient entendu parlé du COVID-19 contre 1% qui n'en avait pas entendu parlé. 73,4% affirmaient en avoir entendu parlé à la télévision, 14,7% à la radio, 4,5% sur les réseaux sociaux, 4,2% par le canal des parents et amis et 3,3% par les autres canaux. Dans l'ensemble, les populations appliquaient diversement les mesures de prévention du COVID-19. Le lavage fréquent des mains avec de l'eau et du savon est la plus pratiquée par la population (82,3%). L'usage de gels hydro-alcooliques (47,2%), le respect de la distanciation (29,2%) ainsi que la limitation des déplacements (25,6%) étaient dans l'ordre les mesures les plus appliquées par la population après le lavage des mains. **(30)**

Chapitre II. METHODOLOGIE

II.1. CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans la province du sud Kivu, ville de Bukavu, spécialement dans la ZS de BAGIRA-KASHA cas des AS MAKOMA et NYAMUHINGA.

L'AS MAKOMA est couverte par le CS BEROYA qui est une structure sanitaire confessionnelle étatique conçue par l'église 5^e CELPA Beroya en collaboration avec la communauté en vue de fournir de soins à cette dernière. Créé en 2003 sous l'initiative de l'Eglise et de la population locale.

Elle est composée de six avenues. Elle est délimitée :

- Au Nord par l'Institut Bagira, Institut Bora, Rivière Nyachi Duduma et l'AS Lumu
- Au sud par la Rivière Mugaba et l'AS Kahero
- A l'Est par le Complexe Scolaire la Merveille Omega, l'Eglise 5^e CELPA Beroya et l'AS Bagira
- A l'Ouest par le Complexe Scolaire Basheka, le Camp des Profs de l'Institut Bagira et le Lac Kivu

Quant à l'AS NYAMUHINGA, elle est composée de onze avenues. Elle est délimitée :

- Au Nord par l'AS Bagira, l'AS Kahero, l'AS Cigurhi et la Rivière Mugaba
- Au Sud par Rivière A l'Est par l'AS Lumu
- A l'Est par l'AS Lumu
- A l'Ouest par la ZS de KABARE et la Rivière Nyamuhinga

II.2. TYPE D'ETUDE

Ce présent travail était soumis à une étude descriptive du type transversale, qui consistait à décrire la Connaissance, Attitude et Pratique des populations des AS MAKOMA et NYAMUHINGA sur la Maladie à Coronavirus, allant d'une période de Janvier à Octobre 2020

II.3. POPULATION D'ETUDE

L'ensemble des populations des AS MAKOMA et NYAMUHINGA étaient considéré comme notre population d'étude. Pour l'AS MAKOMA, elle est constituée de 12 829 habitants et pour l'AS NYAMUHINGA, elle constituée de 20 443 habitants.

II.4. CHOIX ET TAILLE DE L'ECHANTILLON

II.4.1. Taille de l'échantillon

Pour trouver notre taille de l'échantillon de notre étude nous avons recouru à la recommandation de l'OMS qui stipule que pour une population inférieure à 100 000 habitants, l'on doit d'abord chercher le nombre des ménages en divisant la population totale par sept (7). Puis, on choisit un pourcentage aléatoirement entre 1 et 20. D'où nous avons pu choisir 3.

$$\frac{33\,272}{7} = 4\,753 \text{ ménages}$$

$$\text{D'où } n = \frac{4\,753 \times 3}{100} = 142,59 \sim 143 \text{ personnes à enquêter}$$

II.4.2. Technique d'échantillonnage

Nous avons préféré utiliser la technique d'échantillonnage aléatoire stratifié proportionnel pour une répartition représentative des populations des AS MAKOMA et NYAMUHINGA dans chaque avenue considérée comme strate.

Ceci nous a conduit à calculer le coefficient, en divisant la taille de l'échantillon (**n**) sur la population totale (**N**) et puis on multiplie le nombre trouvé par la population de chaque strate (avenue) pour trouver de personnes à enquêter dans chaque avenue.

$$\text{Le coefficient} = \frac{n}{N}$$

D'où **n** : taille de l'échantillon

N : population totale

$$\text{Coefficient} = \frac{143}{33\,272} = 0,00499791$$

Tableau 1 : Lié aux personnes à enquêter dans chaque avenue

Avenue	Population	Personne à enquêter
MAKOMA I	2 951	13
MAKOMA II	2 566	11
DU MOULIN	3 849	17
BIEGA	1 667	7
CAMP POLICIER	769	3
KINYAMUZIGE	1 027	4
NKUMBIRWA	2 445	11
MOKOTO	727	3
KAGERA	1 655	7
NYAMUHINGA	2 182	9
CAMP PM	1 919	8
CAMP MUSIQUE	3 323	14
NYANTUMU I	2 040	10
NYANTUMU II	1 428	6
NYAKABERA	1 446	6
OFFICE	846	4
MARCHE KUNDA	2 432	10
Total	33 272	143

II.4.3. Considération éthique

Après avoir obtenu l'autorisation de mener cette étude, nos données ont été recueillies avec l'autorisation des responsables des AS et le consentement éclairé et libre des enquêtés. Nous avons mené notre étude dans le strict respect de la personne humaine dans ses opinions, dans ses décisions avec une information éclairé et adopté. Nous informions tous les participants volontaires sur les objectifs et le but de notre étude, nous avons rassuré le respect des aspects de l'anonymat, ainsi que la disponibilité des résultats de l'enquête.

II.4.4. Critères d'inclusion et de non inclusion

II.4.4.1. Critères d'inclusion

Nous enquêtons ceux qui avaient un âge supérieur à 18 ans et qui étaient disposés à répondre à notre questionnaire d'enquête.

II.4.4.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans la présente étude tous ceux qui ne remplissaient pas les critères d'inclusion ci-haut.

II.5. Techniques et Instruments de collecte des données

II.5.1. Technique de collecte des données

Pour la collecte des données nous nous sommes servis de la descente sur terrain pour entrer en contact avec les populations des AS MAKOMA et NYAMUHINGA, moyennant un questionnaire d'enquête que nous administrions directement à ceux qui savaient lire et écrire et indirectement à ceux qui ne savaient lire ou écrire.

II.5.2. Instruments de collecte des données

Qui comprenait les questions d'identification de l'enquêté et celles en lien avec les connaissances, les attitudes et les pratiques de la population en lien avec la Maladie à Corona Virus.

II.5.3. VARIABLES DE L'ETUDE

II.5.3.1. Variable dépendante

Nous avons comme variable dépendante la Maladie à Coronavirus

II.5.3.2. Variables indépendantes

Nous avons pour variables indépendantes ;

- Les caractéristiques socio démographiques
- Les variables en lien avec les connaissances, attitudes et pratiques de la population en lien avec la Maladie à Corona Virus.

II.6. ANALYSE DES DONNÉES

Pour analyser les données de notre recherche, nous nous sommes servis du logiciel Epi-Info version 7.2.3.1 pour l'encodage, traitement et analyse des données. Pour les variables quantitatives, nous cherchions la Moyenne et l'écart type selon que la distribution était

symétrique ou la médiane et les percentiles, si la distribution était asymétrique pour les variables quantitatives, nous cherchions la fréquence. Le logiciel Microsoft Word nous a servi pour la saisie et MS Excel pour le traitement des graphiques et des tableaux.

II.7. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Nous avons rencontré quelques difficultés au cours de notre étude :

- Le refus de certains enquêtés de participer à l'étude ;
- Temps limité ;
- Perturbation climatique lors de la descente sur terrain ;

Chapitre III. PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

III.1. PRESENTATION DES RESULTATS

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

VARIABLES	n=143	%
<u>Age</u>		
<20	22	15,3
21-30	51	36,6
31-40	39	27,2
41-50	18	12,5
Plus de 50 ans	13	9
<u>Sexe</u>		
Masculin	51	35,6
Féminin	92	63,8
<u>Etat civil</u>		
Célibataire	46	32,1
Marié(e)	89	61,8
Divorcé(e)	2	1,3
En union libre	2	1,3
Veuf (ve)	4	2,7
<u>Niveau d'étude</u>		
Sans niveau	2	1,3
Primaire	11	7,6
Secondaire	78	54,1
Universitaire	36	25
Poste universitaire	16	11,1
Total	143	100

Commentaire : dans ce tableau, il ressort que la tranche d'âge de 21-30 ans représentait 36,6%, la moyenne d'âge était de 32 ans avec un écart type égal de 10 ans ; le sexe féminin représentait 63,8% ; les marié(e)s représentaient 61,8% et le niveau secondaire représentait 54,1%.

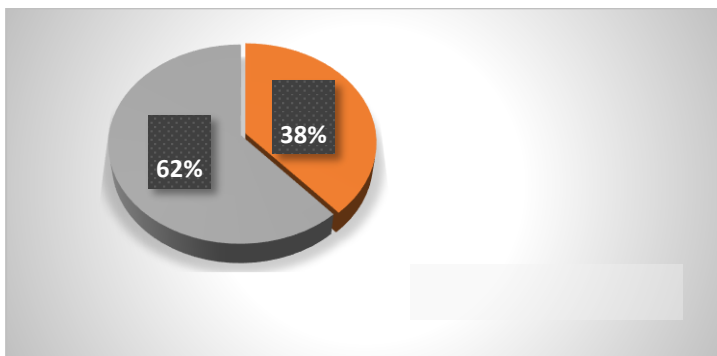


Figure 1 : Répartition des enquêtés selon les Aires de Santé

Commentaire : dans cette figure, il ressort que l'Aire de Santé Nyamuhinga représentait 62% de nos enquêtes.

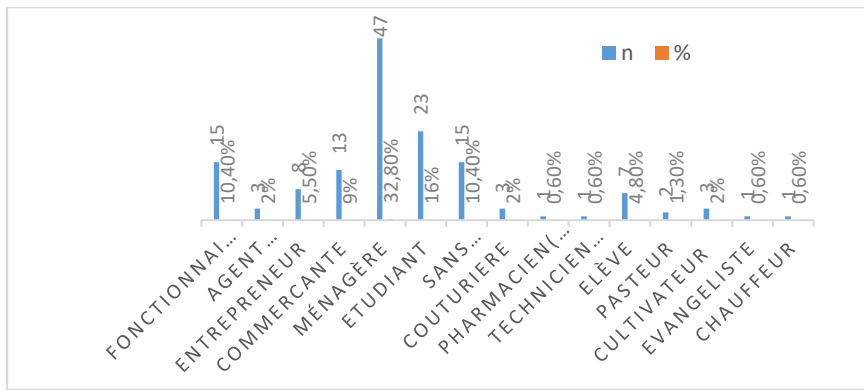


Figure 2 Répartition des enquêtés selon la profession

Commentaire : dans cette figure, il ressort que les ménagères représentaient 32,8% de nos enquêtés.

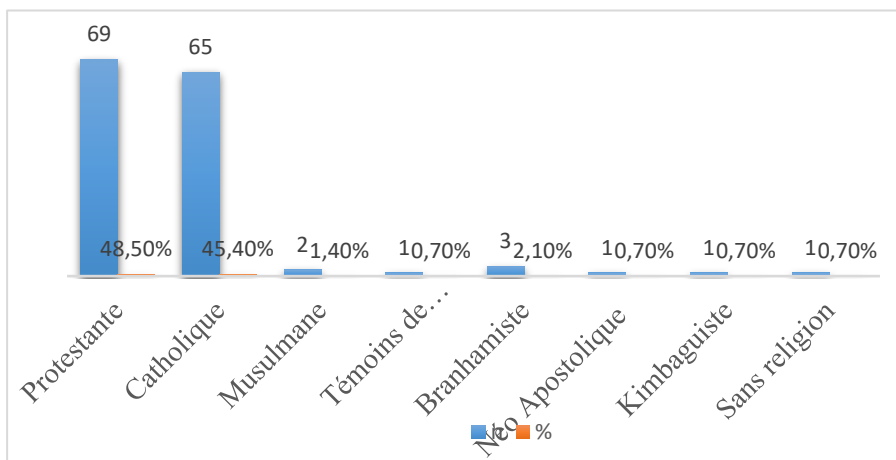


Figure 3 : Répartition des enquêtés selon la religion

Commentaire : dans cette figure, il ressort que la religion protestante représentait 48,5% de nos enquêtés.

Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon qu'ils ont entendu parler de la COVID-19 ainsi que la source d'information sur la COVID-19

Variables	N	%
<u>Croyance</u>		
Oui	143	100
Non	0	0
<u>Source d'information</u>		
Eglise/Shirika	6	4,2
Radio	103	72
Télévision	17	11,8
Formation	8	5,5
Réseaux sociaux	7	4,9
Sensibilisation	2	1,4
Total	143	100

Commentaire : il ressort que tous les enquêtés (100%) affirmaient avoir entendu parler de la COVID-19, la Radio était la source d'information la plus citée avec 72% des enquêtés.

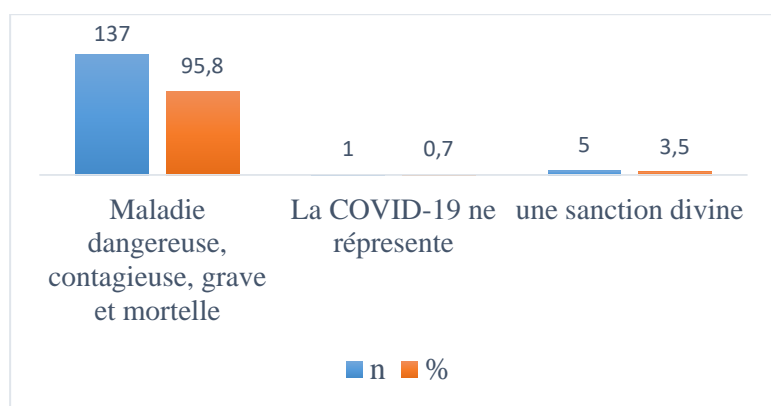


Figure 4 : Répartition selon la connaissance des enquêtés sur la représentation de la COVID-19

Commentaire : dans cette figure, il ressort que 95,8% de nos enquêtés savaient la COVID-19 étant comme une maladie dangereuse, contagieuse, grave et mortelle.

Tableau 4 Répartition des enquêtés selon les facteurs favorisant la COVID-19

Variable	n	%
Connaitre les facteurs favorisants		
Oui	122	85,9
Non	20	14,1
Les facteurs favorisants		
Séjour dans un pays infecté	31	21,6
Contact avec une personne infectée	103	72
Pathologies préexistantes	54	37,7
Déficiences immunitaires	62	43,3
Rassemblements de masse	96	67,1
Manque d'hygiène	64	44,7

Commentaire : dans ce tableau, il ressort que presque tous les enquêtés avec 85,9% reconnaissent les facteurs qui favorisent cette maladie ; le contact avec une personne infectée (72%), les rassemblements de masse (67,1%) ainsi que le manque d'hygiène (44,7%) étaient les facteurs favorisants les plus par l'ensemble de nos enquêtés.

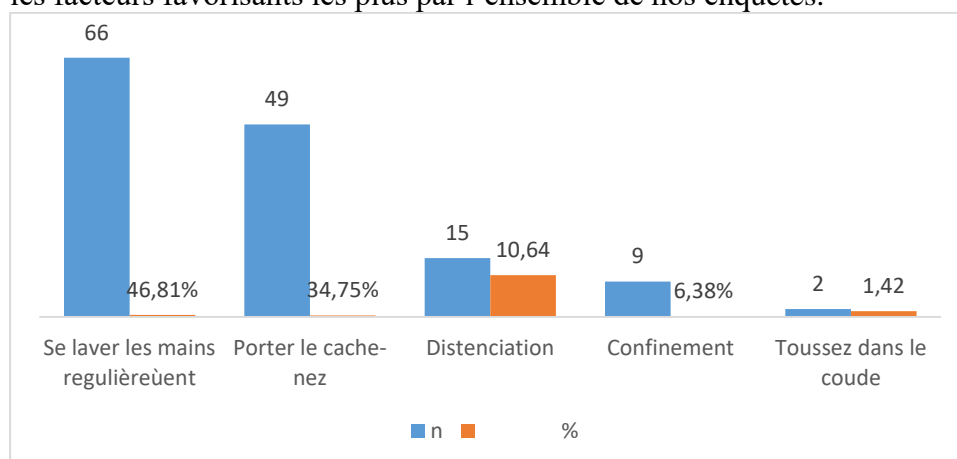


Figure 5: Répartition selon la connaissance des enquêtés sur une méthode préventive de la COVID-19

Commentaire : dans cette figure, il ressort que parmi nos enquêtés 46,8% reconnaissent le lavage de mains régulier étant comme l'une des méthodes préventives de la COVID-19.

Tableau 5 : Répartition des enquêtés selon la connaissance de signes

Variable	n=143	%
Signes		
Maux de tête	123	86
Douleurs musculaire	40	27,9
Fièvre	129	90,2
Fatigue	91	63,6
Congestion nasale	41	28,6
Ecoulement nasal	64	44,7
Maux de gorge	89	62,2
Diarrhée	9	6,2
Toux	108	75,5
Eternuement	96	67,1
Aucun	2	1,3
Je ne sais pas	7	4,8

Commentaire : dans ce tableau, il ressort que nos enquêtés avaient énuméré plusieurs signes de la COVID-19, la fièvre représentait 90,2%.

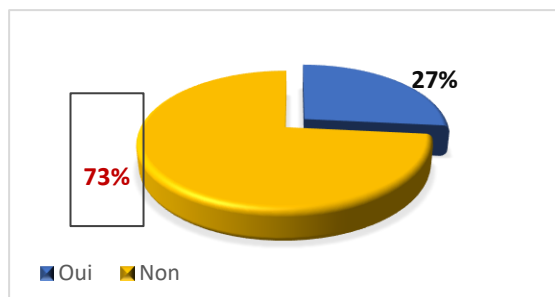


Figure 6 Répartition des enquêtés selon la connaissance sur l'existence d'un traitement spécifique de la COVID-19

Commentaire : dans cette figure, il ressort que 73% de nos enquêtés affirmaient qu'il n'existe pas un traitement spécifique de la COVID-19.

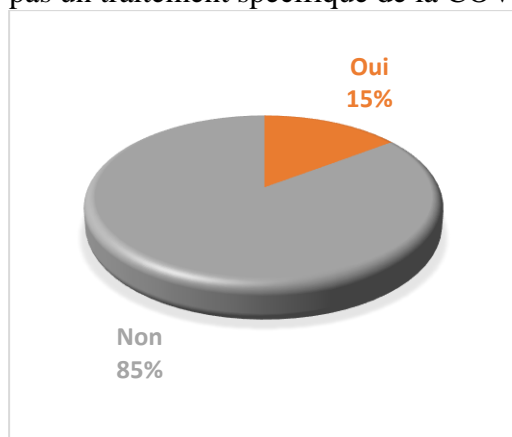


Figure 7: Répartition selon la connaissance des enquêtés sur l'existence de la catégorie de personnes à l'abri de la COVID-19

Commentaire : dans cette figure, il ressort que 85% de nos enquêtés affirmaient qu'il n'existe pas une catégorie de personnes à l'abri de la COVID-19.

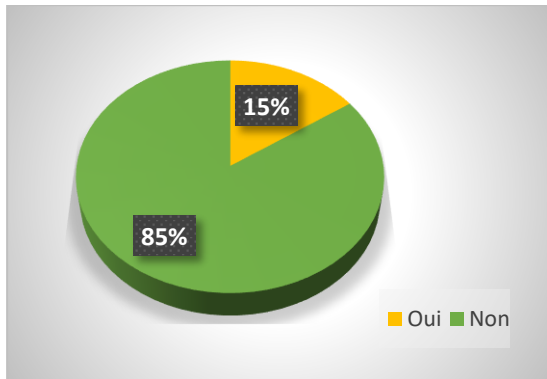


Figure 8: Répartition des enquêtés selon la connaissance sur l'existence d'un vaccin contre la COVID-19

Commentaire : dans cette figure, il ressort que 85% de nos enquêtés mentionnaient qu'il n'existe pas un vaccin contre COVID-19.

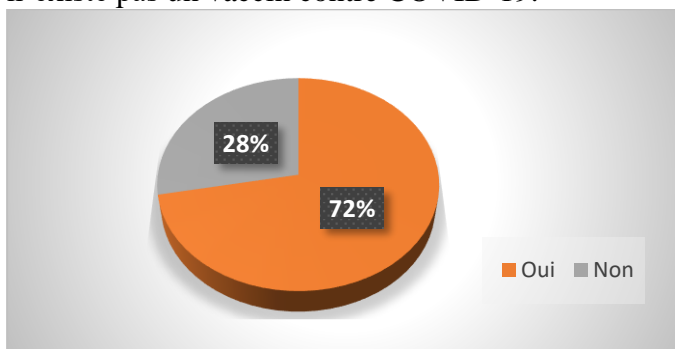


Figure 9: Répartition des enquêtés selon la connaissance sur l'existence d'un numéro à appeler gratuitement en cas de la présence d'un cas suspect de la COVID-19.

Commentaire : dans cette figure, il ressort que 72% de nos enquêtés affirmaient l'existence d'un numéro vert.

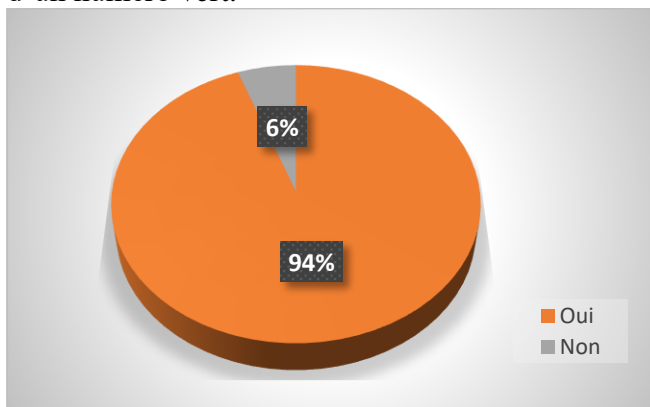


Figure 10: Répartition des enquêtés selon l'attitude sur l'existence de la COVID-19.

Commentaire : dans cette figure, il ressort que 94% de nos enquêtés reconnaissaient l'existence de la COVID-19.

Tableau 6 Répartition des enquêtés l'attitude face à la salutation

Variables	n	%
Saluer les agents comme d'habitude		
Oui	33	23
Non	110	76,9
Si Oui, pourquoi		
C'est un signe de respect pour les africains	17	51,5
Je ne sais pas me retenir à ne pas saluer	13	39,3

Je ne sais pas	3	9
Total	143	100

Commentaire : dans ce tableau, il ressort que, 76,9% de nos enquêtés ne continueraient plus de saluer les gens comme d'habitude, seuls 23% de nos enquêtés avaient affirmé qu'ils continuaient de saluer les gens comme d'habitude, avec comme motif la salutation est un signe de respect pour les africains qui représentait 17 enquêtés.

Tableau 7 Répartition des enquêtés sur l'attitude face à l'isolement en cas d'atteinte de la COVID-19 et l'intégration des guéris de la COVID-19

Variables	n	%
<u>Acceptation d'isolement</u>		
Oui	139	97,2
Non	4	2,8
<u>Si Oui, pourquoi</u>		
Protéger les autres	108	77,7
Ne pas propager la maladie	28	20,1
Pour avoir une conscience tranquille	2	1,4
Je ne sais pas	1	0,7
<u>Intégration sans problème des guéris de la COVID-19 dans la communauté</u>		
Oui	135	94,4
Non	8	5,6
Total	143	100

Commentaire : dans ce tableau, il ressort 97,2% de nos enquêtés acceptaient d'être isolés en cas d'atteinte de la COVID-19, avec comme motif de protéger les autres qui représentait 77,7% ; 94,4% acceptaient d'intégrer sans problème les guéris (survivants) de la COVID-19 dans leur communauté.

Tableau 8 Répartition des enquêtés selon les pratiques en lien avec la COVID-19

Variables	n=143	%
<u>Respect des gestes barrières contre la COVID-19</u>		
Oui	128	89,5
Non	15	10,5
<u>Les gestes barrières respectés</u>		
Se laver les mains régulièrement	103	72
Eviter les contacts proches	73	51,1
Respecter les règles d'hygiènes respiratoire	43	30,1
Eviter de se toucher les yeux, le nez et la bouche	33	23,1
Porter le cache nez	114	79,7
Aucun	12	8,4

Commentaire : dans ce tableau, il ressort que 89,5% de nos enquêtés continuaient de respecter les gestes barrières contre la COVID-19 ; le port de masque (cache nez) (79,7%), le lavage des mains régulier (72%) ainsi qu'éviter les contacts proches (51,1%) étaient les gestes barrières les plus respectés par nos enquêtés.

III.2. DISCUSSION DES RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques

Dans le tableau la tranche d'âge de 21-30 ans représentait 36,6%, la moyenne d'âge était de 32 ans avec un écart type égal de 10 ans ; le sexe féminin représentait 63,8% ; les marié(e)s représentaient 61,8% et le niveau secondaire représentait 54,1%.

Par contre, nos résultats sont similaires à ceux de BIFERD au Nord-Kivu

Du point de vue profession, la plupart de nos enquêtés étaient les ménagères qui représentaient 32,8% de nos enquêtés. Ce qui contraire de ce des résultats de BIFERD

Du point de vue religion, dans cette figure, il ressort que la religion protestante représentait 48,5% de nos enquêtés.

2. Connaissances sur la COVID-19 :

Il ressort que tous les enquêtés (100%) affirmaient avoir entendu parler de la COVID-19, la Radio était la source d'information la plus citée avec 72% des enquêtés.

Dans cette figure, il ressort que 95,8% de nos enquêtés savaient la COVID-19 étant comme une maladie dangereuse, contagieuse, grave et mortelle.

Dans la figure il ressort que 95,8% de nos enquêtés savaient la COVID-19 étant comme une maladie dangereuse, contagieuse, grave et mortelle.

Dans le tableau il ressort que 95,8% de nos enquêtés savaient la COVID-19 étant comme une maladie dangereuse, contagieuse, grave et mortelle.

Dans ce tableau, il ressort que presque tous les enquêtés avec 85,9% connaissaient les facteurs qui favorisent cette maladie ; le contact avec une personne infectée (72%), les rassemblements de masse (67,1%) ainsi que le manque d'hygiène (44,7%) étaient les facteurs favorisant les plus cités par l'ensemble de nos enquêtés.

Dans cette figure, il ressort que parmi nos enquêtés 46,8% reconnaissaient le lavage de mains régulier étant comme l'une des méthodes préventives de la COVID-19.

Dans ce tableau, il ressort que nos enquêtés avaient énuméré plusieurs signes de la COVID-19, la fièvre représentait 90,2%.

Dans cette figure, il ressort que 73% de nos enquêtés affirmaient qu'il n'existe pas un traitement spécifique de la COVID-19.

3. Attitudes face à la COVID-19

Dans cette figure, il ressort que 94% de nos enquêtés reconnaissaient l'existence de la COVID-19.

Dans ce tableau, il ressort que, 76,9% de nos enquêtés ne continueraient plus de saluer les gens comme d'habitude, seuls 23% de nos enquêtés avaient affirmé qu'ils continuaient de saluer les gens comme d'habitude, avec comme motif la salutation est un signe de respect pour les africains qui représentait 17 enquêtés.

4. Pratiques en lien avec la COVID-19

Dans ce tableau, il ressort que 89,5% de nos enquêtés continuaient de respecter les gestes barrières contre la COVID-19 ; le port de masque (cache nez) (79,7%), le lavage des mains régulier (72%) ainsi qu'éviter les contacts proches (51,1%) étaient les gestes barrières les plus respectés par nos enquêtés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Nous avons effectué une étude transversale descriptive portant sur la perception et pratiques de prévention contre la maladie à virus Ebola au CHU du point G en commune III du district de Bamako. Notre étude s'est déroulée du 1er

Avril au 31 Mai 2015. Elle avait concerné six services du CHU du point G et nous a permis d'avoir un aperçu de manière générale sur la connaissance, l'attitude et les pratiques de préventions contre la MVE chez le personnel de

Soins. Notre étude s'est portée sur 155 personnels de soins au CHU du point G.

Ce qui nous a permis de conclure que :

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

La large communication sur le sujet à travers la faculté et les médias a permis aux

Participants d'avoir des informations sur la MVE.

Les principaux modes de transmission et manifestations cliniques sont bien connus par le personnel soignant. La période d'incubation est également connue de la majorité, mais il existe une confusion pour certains par rapport à la durée de l'isolement.

Tous les participants savent qu'il n'existe ni vaccin, ni traitement spécifique à cette maladie même si la guérison est possible. Cependant nous avons remarqué qu'il y avait un manque d'information concernant la contagiosité d'un patient guéri de la MVE.

Les attitudes observées par les participants face à un cas suspect étaient surtout l'appel du numéro vert, et l'isolement du patient. Ce sont ces attitudes qui sont les plus recommandées par les autorités sanitaires.

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

Plus de la moitié de la population de notre étude n'avait pas bénéficié de formation sur la prévention de la MVE. Près de la moitié des enquêtés avait suggéré la stricte surveillance des frontières car l'épidémie persiste dans un pays voisin.

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

RECOMMANDATIONS

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

Aux autorités sanitaires,

- L'Information, l'Education et la Communication (IEC) de la population en générale et des agents de soins en particulier.

- Dotation des structures de soins en équipement de protection adéquat pour une prévention plus optimale.
- La formation de plus d'agents de soins sur la prévention de la MVE.
- Veuillez au respect strict des mesures de prévention établis et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre la MVE du gouvernement.

Observer les mesures d'hygiène de base, particulièrement le lavage systématique des mains au savon.

A la population

- 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.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. Ministère du plan : les impacts sanitaires et socio-économiques de la Covid-19 en RDC mai 2020. Disponible sur <https://www.plan.gouv.cd>
2. OMS et situations d'urgence sanitaire : mise à jour de la stratégie COVID-19 <https://www.who.int/emergencies/fr/>
3. ePILLY TROP : maladies infectieuses tropicales 2016 édition web (mise à jour Août 2016). Disponible sur <https://www.infectiologie.com>. Editions Alinéa plus par collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (CMTI), 7p et 8p
4. OMS, virus Ebola fiche d'information générale, Août 2014, <https://www.who.int/csr/disease/ebola/fr/>
5. De l'internaute : Coronavirus dans le monde : Etats-Unis, Inde...L'heure du reconfinement. Disponible sur <https://www.delinternaute.com.propo> consulté 15 juillet 2020
6. OMS : Utilisation rationnelle des équipements de protection individuelle (EPI) contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et éléments à considérer en cas grave pénurie.
7. Manuels MSD : coronavirus et syndrome respiratoire aigu sévère (COVID-19, MERS et SARS). Disponible sur : <https://www.msdmanuels.com>
8. Le Monde avec AFP, Coronavirus : le nombre de cas déclarés dans le monde dépasse les 10 millions. Publié le 28 Juin 2020 à 15h23 – Mis à jour le 29 Juin 2020 à 05h59. [Internet] disponible sur : <https://www.lemonde.fr> Consulté le 26 Aout 2020 à 17h15
9. <https://www.haitilibre.com/article-31271-haiti-covid-19-bulletin-quotidien-13-juillet-2020-html> consulté le 15 juillet 2020
10. TV5 MONDE : Coronavirus en Afrique : quels sont les pays impactés. Disponible sur <https://www.information.tv5monde.com> consulté le 15 juillet 2020
11. Radio Okapi Covid-19 en RDC : la barre de 8 000cas confirmés franchie. [internet] disponible sur : <https://www.radiookapi.net> consulté le 13 juillet 2020
12. Radio Maendeleo : Sud-Kivu Covid-19 seuls 8 patients restent sous traitement dont 5 à Bwindi. [Internet] disponible sur : <https://radiomaendeleo.info> consulté le 23 juillet 2020
13. Ariane Bonnin : caractérisation de la protéine S du coronavirus humain 229-E, thèse inédit, Université de Lille, 2018. pdf .
14. Brenda L. Tesini ; coronavirus et syndrome respiratoire aigu sévère (MERS et SRAS), le manuel MSD. 2020
15. Valère Lounnas Ph.D et Dr Gérard Guillaume : histoire de la Covid-19 Chapitre 1
16. Institut Pasteur : maladie à Covid-19 nouveau coronavirus, disponible sur <https://www.pasteur.fr/centre-medical/fiches-maladie/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus>

17. Cles Social : coronavirus-COVID-19 : quelques repères mis à jour le 13 juin 2020 consulté le 31 juillet 2020 à 22h24min <https://www.clessocial.com>
18. Association Française de Pédiatrie Ambulatoire ; historiques des coronavirus responsables d'épidémie graves [internet]. Mis à jour le 14 mars 2020, consulté le 30 juillet 2020 à 12h22min disponible sur <https://www.afpa.org>
19. Pierre Aubry et Bernard-Alex Gaüzère : Généralités sur la médecine tropicale. Février 2020, disponible sur <https://www.medecinetropicale.com>
20. MSF : COVID-19, nouveau virus respiratoire disponible sur <https://www.msf.ch>
21. Manuels MSD : coronavirus et syndrome respiratoire aigu sévère, (COVID-19, MERS et SRAS) [Internet, disponible sur <https://www.msdmanuels.com>
22. INESSS : COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV2 chez les individus. Avril 2020. Pdf
23. OMS ; Nouveau coronavirus (2019-nCoV) : conseils au grand public, Mesure de protection essentielles contre le nouveau coronavirus. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?gclid=CjwKCAjw2dD7BRASEiwAWCtCb-rfMSTxhsmUyZL-xtleuVT-REuGNWOCjJo2-exE8cwFywO-H9ROZR0CBZwQAvD-BwE>
24. Centers for Disease and Control : symptoms and testing
<http://www.cdc.gov/fre/>
25. DOCTISSIMO : Coronavirus : transmission,... [internet] disponible sur : <https://www.doctissimo.fr>
26. Agence nationale de santé publique France ; définition de cas d'infection au SARS-CoV2. Mise à jour le 7 Mai 2020. Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr>
27. Ministère de la santé et de la population ; direction générale de l'épidémiologie de lutte contre la maladie : définition de cas de Covid-19 d'application en RCA. Avril 2020 pdf 5597
28. Le consortium ONG BIFERD, DOM/55èmeCEBCE et ARV : rapport d'enquête CAP sur la covid-19 dans la ville de Goma. Avril 2020
29. MSF : connaissance, attitude et pratiques en lien avec le covid-19 parmi les personnes en insécurité alimentaire à Genève.
30. INS : mesure de l'impact socio-économique du COVID-19 sur les conditions de vie des ménages en Côte d'Ivoire. Mai 2020

ANNEXE

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

Nous sommes **KYASSA LUTALA Bruno**, étudiant de la Troisième Année de Graduat en Santé Publique de l'Université Officielle de Bukavu (**UOB**). Nous venons auprès de vous afin de recueillir des informations en lien avec notre Travail de Fin de Cycle portant sur « *Les Connaissances, Attitudes et Pratiques sur la Maladie à Corona Virus de la population de la Zone de Santé de Bagira Cas des Aires de Santé MAKOMA et NYAMUHINGA* » Nous vous rassurons du but scientifique de cette recherche et du caractère confidentiel des informations que vous nous livrerez.

I. IDENTIFICATION DE L'ENQUETÉ(E)

1. Age
2. Sexe
 1. Masculin
 2. Féminin
3. Aire de Santé
4. Etat Civil
 1. Célibataire
 2. Marié
 3. Divorcé
 4. En Union libre
5. Niveau d'étude
 1. Sans Niveau
 2. Primaire
 3. Secondaire
 4. Universitaire
 5. Post Universitaire
 6. Autres à préciser
6. Profession
 1. Fonctionnaire de l'Etat
 2. Agent Humanitaire
 3. Entrepreneur
 4. Commerçant
 5. Ménagère
 6. Etudiant
 7. Autres à préciser
7. Religion
 1. Protestante
 2. Catholique
 3. Musulmane
 4. Témoins de Jéhovah
 5. Autres à préciser

I. CONNAISSANCES SUR LA MALADIE A VIRUS CORONA

8. Avez-vous déjà entendu parler de la Maladie à Virus Corona ?

1. Oui
2. Non

9. Si Oui, par quel Canal ?

1. Eglise/Shirika
2. Radio
3. Télévision
4. Formation
5. Autres à préciser

10. Quelle est votre représentation de la Maladie à Virus Corona ?

1. Une maladie dangereuse, contagieuse, grave et Mortelle
2. La COVID-19 ne représente rien
3. Une sanction divine
4. Autres à préciser

11. Connaissez-vous les facteurs qui favorisent cette maladie ?

1. Oui
2. Non

12. Si Oui, lesquelles ? (Plusieurs réponses possibles)

1. Séjour dans un pays infecté
2. Contact avec une personne infectée
3. Pathologies préexistantes : cancer, diabète, maladies cardiaques et maladies pulmonaires
4. Déficience immunitaire
5. Rassemblements de masse
6. Manque d'hygiène
7. Autres à préciser.....

13. Connaissez-vous une méthode préventive de la Maladie à Virus Corona ?

1. Se laver les mains régulièrement
2. Porter le cache-nez
3. Distanciation sociale
4. Confinement
5. Toussez dans le coude
6. Autres à préciser.....

14. Quels sont les signes de cette maladie ? (Plusieurs réponses possibles)

1. Maux de tête
2. Douleurs musculaires
3. Fièvre
4. Fatigue
5. Congestion nasale
6. Ecoulement nasal
7. Maux de gorge
8. Diarrhée
9. Aucun
10. Je ne sais pas

15. Pensez-vous qu'il existe un traitement spécifique à cette maladie ?

1. Oui
2. Non

16. Existerait-il une catégorie de personnes à l'abri de la Maladie à Virus Corona ?

1. Oui
2. Non

17. Pensez-vous qu'il existe un vaccin contre la Maladie à Corona Virus ?

1. Oui
2. Non

18. Connaissez-vous l'existence d'un numéro de téléphone à appeler gratuitement en cas de la présence d'un cas suspect de la maladie à Corona Virus ?

1. Oui
2. Non

II. ATTITUDE DE LA POPULATION FACE A LA MALADIE A CORONA VIRUS

19. Pensez-vous que la Maladie à Corona Virus existe ?

1. Oui
2. Non

20. Continuez-vous à saluer les gens comme d'habitude ?

1. Oui
2. Non

21. Si Oui, Pourquoi ?

1. C'est un signe de respect pour les africains
2. Je ne sais pas me retenir à ne pas saluer
3. Je ne sais pas
4. Autres à préciser

22. Accepteriez-vous d'être isolé en cas d'atteinte par la maladie ?

1. Oui
2. Non

23. Si Oui, Pourquoi ?

1. Protéger les autres
2. Ne pas propager la maladie
3. Pour avoir une conscience tranquille
4. Je ne sais pas
5. Autres à préciser

24. Si vous avez un malade, une fois guéri, l'intégreriez-vous sans problème ?

1. Oui
2. Non

III. PRATIQUES DE LA POPULATION EN LIEN AVEC LA MALADIE A CORONA VIRUS

24. Respectez-vous les mesures barrières contre la COVID-19 ?

1. Oui
2. Non

25. Laquelle (lesquelles) entre celle-ci ? (Plusieurs réponses possible)

1. Se laver les mains fréquemment

2. Eviter les contacts proches
3. Respecter les règles d'hygiène respiratoire
4. Eviter de se toucher les yeux, le nez et la bouche
5. Porter le cache nez
6. Aucun
7. Autres à préciser

Merci pour votre collaboration

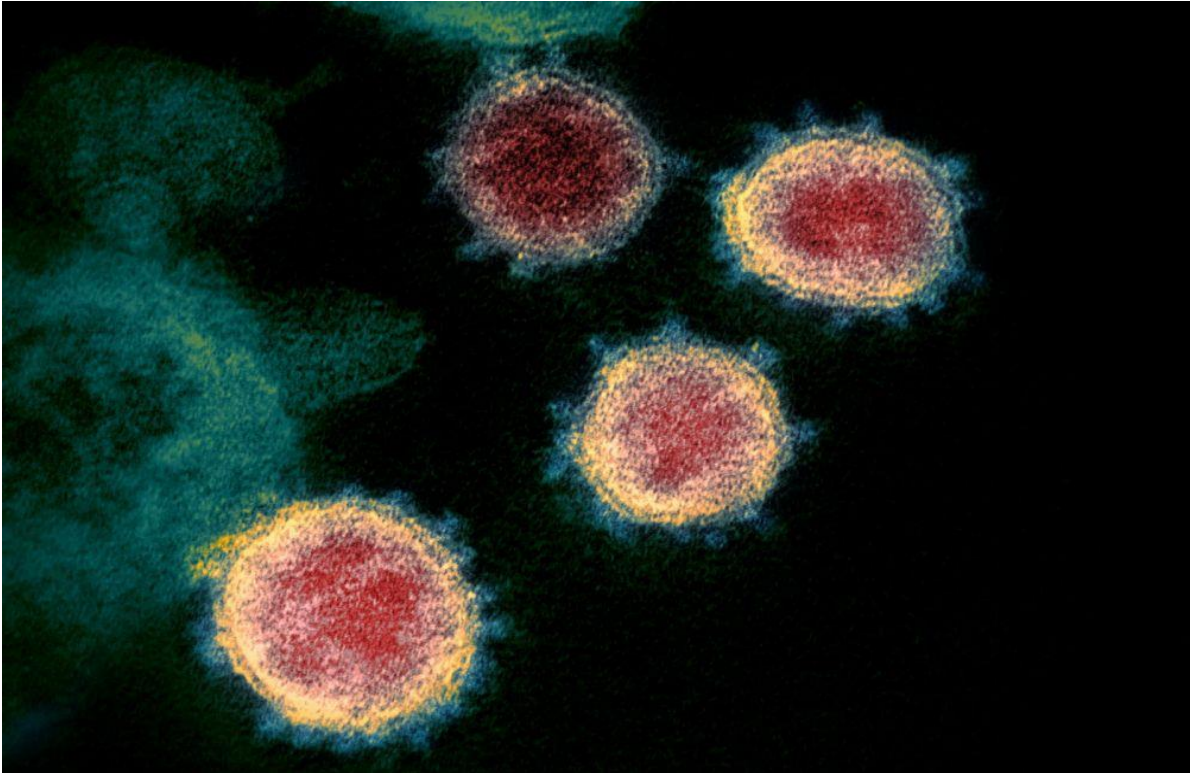


Figure 11 Coronavirus observés en microscopie électronique

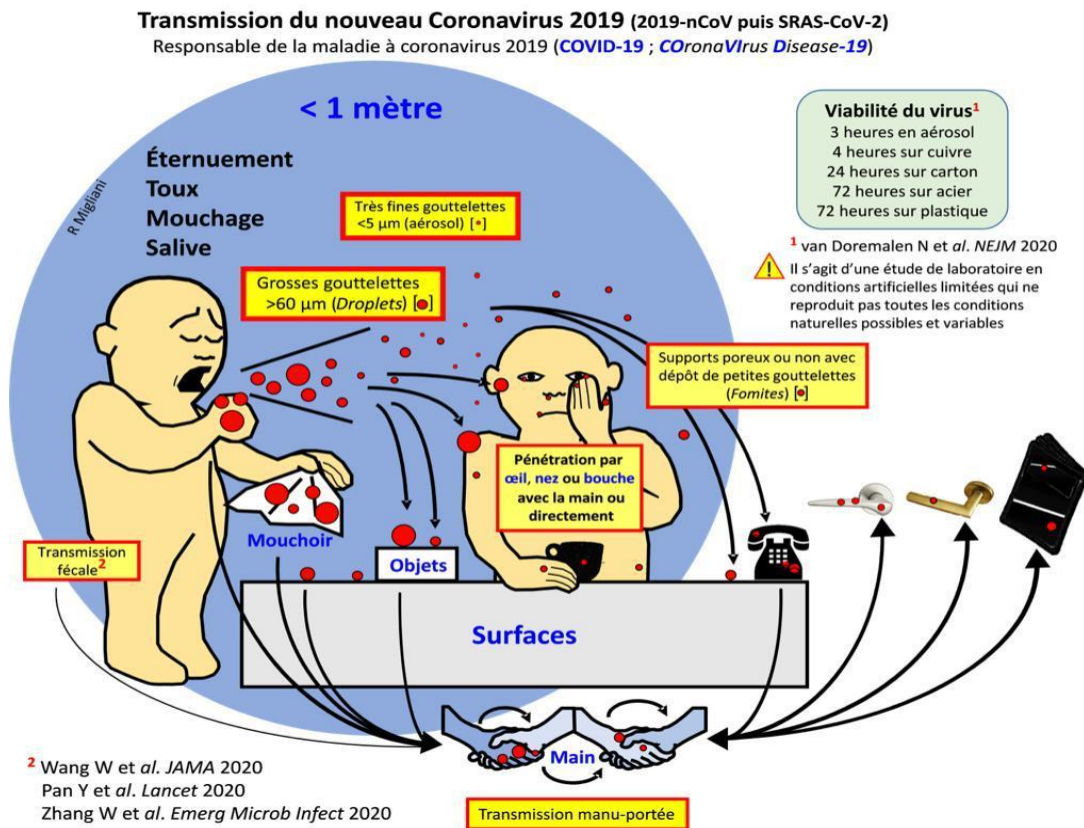
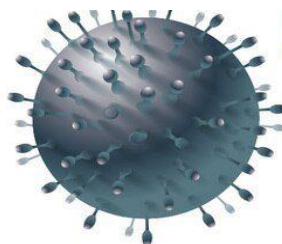


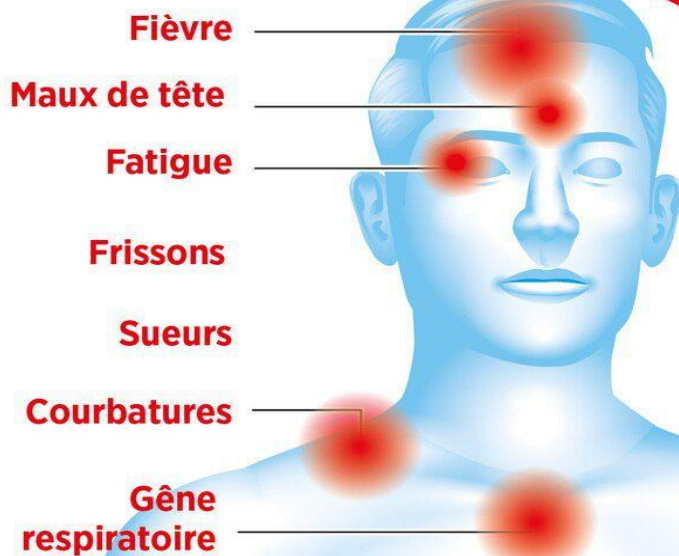
Figure 12 Modes de transmission de la COVID-19

Ce qu'il faut savoir sur le virus 2019-nCoV (coronavirus)

Le Parisien



SYMPTÔMES



TEMPS D'INCUBATION

- 2 à 14 jours
(7 jours en moyenne)

TRANSMISSION

- Par **voie aérienne**
- Au contact de **sécrétions** ou d'objets **contaminés**

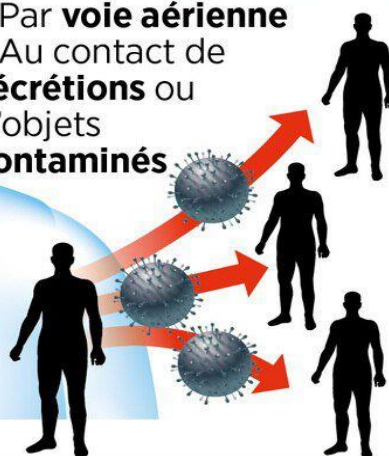


Figure 13 Ce qu'il faut savoir sur la COVID-19