

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FMOS

Année universitaire 2022 -2023

Thèse N° :..... /

THEME

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA
POPULATION DE COMMUNE V DU DISTRICT DE
BAMAKO FACE A LA MALADIE A COVID-19**

Présenté et Soutenu publiquement le 11/ 01/2023 devant le jury de la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie

Par :

Mme. SIDIBE Fatoumata Epouse SANOGO

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. SANGHO Hamadoun (Professeur)

Membre : M. TELLY Nouhoum (Maître-assistant)

Co-Directeur : M. COULIBALY Cheick Abou (Maître-assistant)

Directeur : M. SANGHO Oumar (Maître de Conférences Agrégé)

DEDICACES

À mon Père Boubacar Sidibé

Papa idéal que vous êtes, Vous nous avez appris le sens de l'honneur, de la dignité, du respect du soi et des autres. Votre soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. Ce travail, je vous le dédie entièrement, Il est votre œuvre ; C'est le fruit de votre privation, de vos longues nuits de prière, et de votre soutien. C'est grâce à vous si ce rêve est aujourd'hui devenu une réalité. Vous avez toujours cru en moi tout au long de ces années, vous m'avez toujours soutenue.

Qu'Allah le Tout Puissant vous comble de ses bienfaits.

À ma mère Aïchata Mangané

Maman, vous êtes une mère exceptionnelle, vous avez joué pleinement le rôle de mère et de bon guide en assumant votre responsabilité de mère de famille. Votre amour pour nous n'a jamais fait défaut ; votre générosité, bonté sans limite, courage indéfectible, et votre gratitude ont beaucoup contribué à la stabilité de notre famille.

Notre amour pour vous est si fort qu'on ne peut le vaincre, si haut qu'on ne peut le surmonter, si profond qu'on ne peut le sonder, si vaste qu'on ne peut le contourner. Mère, tous ces mots me sont insuffisants pour exprimer mon amour pour toi. Qu'Allah vous bénisse et vous garde longtemps auprès de nous. Avec tout mon amour je vous dédie cette thèse.

À cher époux Dr Seydou Sanogo

My Baby d'amour, tout d'abord je te demande pardon pour toutes tes nuits blanches causées par ce travail, malgré tout cela, tu as été toujours là. Tel un ami, tel un père m'exhortant à toujours aller de l'avant. Tu t'es privé de tant de choses afin de m'apporter le soutien nécessaire. Ce travail est le tien. Merci pour ta compréhension et ton soutien affectif, moral et matériel durant tout ce moment difficile. Ton amour pour moi n'a jamais fait défaut ; les mots ne peuvent pas tout dire. Merci d'être ce que tu es pour moi. Qu'Allah bénisse notre union.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je voudrais en ce jour remercier très sincèrement toutes les personnes de bonne volonté qui de loin ou de près ont contribué à la réalisation de ce travail. Je ne saurai jamais énumérer de façon exhaustive les parents, les amis (es), les connaissances, les collègues et les maîtres qui m'ont apporté leurs soutiens moraux, matériels et scientifiques tout au long de mon parcours. Qu'ils trouvent ici, l'expression de ma profonde gratitude.

À la famille DIARRA

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon bien-être et ma réussite durant ces années passées au point G dans votre famille. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon amour.

À mes frères : Gaoussou Sidibé, Diam Sidibé, Ousmane Sidibé

La fraternité n'a pas de prix comme on le dit. J'espère qu'elle restera toujours un bien sacré pour nous. Vos soutiens moraux, affectifs et matériels s n'ont jamais fait défaut.

Merci à vous tous ; Allah vous récompense de ces bienfaits.

À mes oncles et tantes

Votre aide, vos conseils et votre compréhension m'ont été précieux. Quoi que je puisse dire, je ne saurai exprimer mes sentiments de reconnaissance et de respect à votre égard. Que Dieu Tout Puissant puisse vous procurer une longue et heureuse vie pleine de succès. Merci pour tout, je ne vous oublierai jamais.

À mon défunt frère Alassane Sidibé

Parti très tôt sans pouvoir assister à ce jour tant attendu, tu resteras toujours dans nos cœurs. Qu'Allah te fasse miséricorde et paix à ton âme.

À mes cousins et cousines

Par la présente permettez-moi d'afficher mon attachement au lien sacré du cousinage. Merci pour toutes les considérations à mon égard. Que Dieu vous bénisse.

À ma belle-famille

Merci pour votre soutien, votre accompagnement et votre compréhension dans ce moment si important pour moi ; les mots me manquent pour exprimer tous mes sentiments. Qu'Allah vous bénisse.

Au Professeur Sangho Hamadoun : votre qualité humaine, et rigueur dans notre encadrement m'ont beaucoup impressionnée. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au Dr Coulibaly Cheick Abou

Votre qualité humaine, votre disponibilité et vos encouragements n'ont jamais fait défauts. Recevez ici toute ma gratitude.

Au corps professoral de la F M OS sans lequel ce travail n'aurait pas lieu ou serait plus difficilement réalisable. C'est donc l'occasion pour moi de reconnaître la bonne qualité de votre enseignement ; je ne cesserai jamais de vous remercier.

À toutes les personnes qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'élaboration de ce travail

À mes amis pour vos sages conseils et soutiens et pour témoigner sincèrement toute mon amitié et toute ma sympathie.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Pr. Hamadou SANGHO

- Professeur titulaire en sante publique à la FMOS,
- Ex-Directeur Général du Centre de Recherche d'Etudes et de
- Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS).
- Chef du département d'enseignement et de recherche en santé publique,

Cher maître :

Nous vous remercions de votre participation à l'encadrement de ce travail et à nos enseignements.

Veillez accepter, cher maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

A NOTRE MAITRE, MEMBRE DU JURY ;

Dr. Nouhoum TELLY

- Médecin, PhD en Epidémiologie,
- Maitre-Assistant en épidémiologie au DERSP/FMOS
- Chef de Section surveillance épidémiologique à la Cellule Sectorielle de Lutte VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites Virales (CSLS-TB-H)
- Secrétaire Général Adjoint de la Société Malienne d'Epidémiologie (SOMEPI)

Cher maître,

Nous sommes honorés de vous compter parmi les membres de ce jury malgré vos multiples occupations. Votre grande disponibilité, votre simplicité, votre abord facile, votre assiduité dans le travail font de vous un encadreur exemplaire.

Cher maître, permettez-nous de vous adresser nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr. Cheick Abou COULIBALY

- Master en Médecine communautaire et en Santé Publique,
- Spécialiste en épidémiologie,
- Maître Assistant en Epidémiologie au DERSP/FMOS
- Agent d'appui Technique à l'INSP/DOUSP

Cher maître,

Nous avons été très touchés par votre accueil, votre abord facile, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable. Malgré vos multiples occupations, vous nous avez acceptés et dirigé ce travail avec amour et respect scientifique dans votre service. Plus qu'un maître, vous êtes pour nous un modèle. Merci pour les journées et les soirées consacrées à l'amélioration de ce travail. Permettez-nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr. Oumar SANGHO

- Doctorat en Epidémiologie ;
- Master en Santé Publique-Epidémiologie ;
- Maître de conférences Agrégé en Epidémiologie au DERSP
- Chef de Section Planification et Etudes à l'Agence Nationale de Télésanté et d'Information Médicale (ANTIM) ;
- Assistant au coordinateur du Master de santé publique, du Diplôme Universitaire en Système d'Information Sanitaire de Routine (DU-SISR) et du Diplôme Universitaire en Formation des Epidémiologistes de Terrain (DU-FETP) au DERSP/ FMOS ;
- Secrétaire Générale de la Société Malienne d'Epidémiologie (SOMEPI)
- Ancien Médecin Chef du District Sanitaire de Niono ;

Cher Maître,

Nous sommes reconnaissantes pour la spontanéité et l'amabilité avec lesquelles vous avez accepté de diriger ce travail. Veuillez trouver ici cher maître l'expression de notre admiration et de notre profonde reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARN	: Acide Ribonucléique
ASACOBADA Sema I	: Association de Santé Communautaire de Badalabougou Sema I
ASACOBADJI ACI	: Association de Santé Communautaire de Bacodjicoroni ACI
ASACOKALA ACI	: Association de Santé Communautaire de Kalaban Coura ACI
ASACOKALKO	: Association de Santé Communautaire de Kalaban Kôkô
CHU	: Centre Hospitalière Universitaire
COVID-19	: Coronavirus Disease-19
CPK	: Créatine Phosphokinase
CSCom	: Centre de Santé Communautaire
LDH	: Lactate Déshydrogénase
MERS-COV	: Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient
NFS	: Numération Formule Sanguine
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
RT-PCR	: Réaction en Chaîne par Polymérase
SARS-COV	: Syndrome Respiratoire Aigu Sévère liée à une infection à Coronavirus
SARS-COV 2	: Syndrome Respiratoire Aigu Sévère liée à une infection à Coronavirus 2

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des enquêtés selon la langue d’entretien.....	18
Tableau II : Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial.....	19
Tableau III : Répartition des enquêtés selon le niveau instruction.....	19
Tableau IV : Répartition des enquêtés selon la profession.....	20
Tableau V : Répartition des enquêtés selon la résidence.....	20
Tableau VI : Répartition des enquêtés selon la croyance à l’existence du COVID 19	Erreur !
Signet non défini.	
Tableau VII : Relation entre le niveau d’instruction et la Croyance à l’existence du COVID-19	Erreur ! Signet non défini.
Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon les sources d’informations.....	21
Tableau IX : Répartition des enquêtés selon la connaissance des voies de transmission.....	22
Tableau X : Répartition des enquêtés selon la porte d’entrée.....	22
Tableau XI : Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur les signes cliniques.	23
Tableau XII : Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur les mesures de protection contre le COVID 19.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XIII : Répartition des enquêtés selon l’attitude face COVID.....	25
Tableau XIV : Répartition des enquêtés selon leur réaction devant un cas suspect de COVID19.	26
Tableau XV : Relation entre la résidence et le changement d’attitudes face à la Covid-19.....	26
Tableau XVI : Répartition des enquêtés selon la prévention.....	27
Tableau XVII : Répartition des enquêtés selon les types de vaccins.....	27
Tableau XVIII : Répartition des enquêtés selon la raison du refus de faire le vaccin.....	28
Tableau XIX: Relation entre le niveau d’instruction et la prévention.....	28

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les Gestes barrières recommandés par le Ministère de la Santé et du Développement Social.....	7
Figure 2 : Situation et limitation de la commune V.....	14
Figure 3 : Répartition des enquêtés selon l'âge.	17
Figure 4 : Répartition des enquêtés selon le sexe.	18
Figure 5 : Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur le coronavirus	21
Figure 6 : Répartition des enquêtés selon le changement d'attitudes face à COVID-19.....	24

TABLES DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	1
II.	OBJECTIFS	4
	Objectif général.....	4
	Objectifs spécifiques :.....	4
III.	GENERALITES	5
	3.1. Historique sur coronavirus :	5
	3.2. Transmission à l'être humain :	6
	3.3. Diagnostic chez l'Homme	7
	3.4. Traitement	8
	3.5. Mesures de prévention individuelle et collective :.....	9
IV.	MATERIELS ET METHODES	13
	4.1. Cadre de l'étude :	13
	4.2. Type d'étude et Période de l'étude :.....	14
	4.3. Population d'étude :	14
	4.4. Critères d'inclusion :	14
	4.5. Critère de non-inclusion :.....	14
	4.6. Echantillonnage :.....	15
	4.7. Méthode de collecte des données	15
	4.8. Considérations éthiques :	16
V.	RESULTATS	17
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	29
VII.	CONCLUSION	34
VIII.	RECOMMANDATIONS.....	35
IX.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	36
X.	ANNEXES	40

I. INTRODUCTION

Les coronavirus sont des virus à Acide Ribonucléique (ARN) de la famille des coronaviridae qui infectent à la fois les animaux et les humains ; ils provoquent donc des maladies potentiellement zoonotiques. Ils peuvent provoquer des maladies bénignes semblables à un rhume, ou des maladies plus graves comme le syndrome respiratoire aigu sévère lié à une infection aux coronavirus (SRAS-Cov) [1].

La ville de Wuhan, province de Hubei en Chine, a enregistré les premiers cas confirmés de Covid-19 dans le monde en décembre 2019 [2]. Après le SARS-CoV-1 en 2002 en Chine, puis le Syndrome Respiratoire du Moyen Orient (MERS-CoV) en 2012 dans la péninsule arabique responsables de syndromes de détresse respiratoire souvent mortels, il s'agit de la troisième menace sanitaire mondiale liée à un coronavirus en moins de vingt ans [3].

La Covid-19 a été déclarée comme pandémie, dans la déclaration de presse du Directeur Général de l' Organisation Mondiale de la Santé (OMS) du 11 mars 2020 [4]. À la date du 16 décembre 2021, on comptait mondialement 270,791 millions de cas confirmés et 5,318 millions de décès [3]. L'Afrique a annoncé son premier cas du nouveau Coronavirus ou COVID-19 le 15 février 2020, deux mois après qu'il soit identifié pour la première fois en Chine. Cette série chronologique montre la dissémination grandissante du nombre de cas rapportés de COVID-19 à travers le continent. Le virus est aujourd'hui présent dans chacun des 54 pays d'Afrique. Le nombre de cas en Afrique augmente à un taux d'environ 6% par jour ; de nouvelles politiques et des changements de comportements seront nécessaires si l'Afrique veut éviter les pires effets de la pandémie [5].

Au Mali, elle a été identifiée à partir du 25 mars 2020. Un communiqué de presse officiel a annoncé qu'il s'agissait de deux maliens rentrés de France les 12 et 16 mars respectivement. Premiers cas : Bamako et Kayes [6]. Le communiqué du 31 Décembre 2021/N°669 du Mali indique que le nombre de cas confirmés depuis le début de l'épidémie à la date du communiqué est de 21008, le nombre de guéris est de 18735 ; 660 décès sur les 21008 cas à la date du 2 janvier 2022.

La gestion de la crise relative à la pandémie à COVID-19 a mis en exergue la faiblesse des systèmes de santé de nos pays, marquée notamment par la faible capacité des laboratoires dans leur rôle essentiel de recherche et de confirmation biologique, l'insuffisance de la coordination et de la collaboration intersectorielle en matière de préparation et de réponse, la faiblesse de la coordination des systèmes et des processus de surveillance au niveau communautaire, mais

aussi les limites de la formation et la gestion des ressources humaines en santé [7]. La prévention est donc le moyen le plus efficace pour faire face à la pandémie vue les moyens humains et logistiques limités.

En vue de tester différents médicaments existants et nouveaux, l'essai clinique Solidarité a été lancé par l'OMS et ses partenaires dans le but de trouver un traitement efficace contre la maladie [8]. Pour l'heure, la prévention reste la meilleure stratégie de lutte pour limiter le risque de propagation de la maladie. Une surveillance continue de la situation et des mesures exigées aux pays conformément au règlement sanitaire international (2005) ont été rappelés [4]. C'est ainsi que plusieurs mesures ont été préconisées, allant du lavage des mains et l'hygiène du milieu, au contrôle des températures, en passant par les mesures de confinement et d'isolement.

La campagne de vaccination contre le coronavirus SARS-CoV-2 a démarré dans le monde fin décembre 2020, moins d'un an après le début de la pandémie. Les vaccins Pfizer-BioNTech et Moderna ont été les premiers à recevoir une autorisation de mise sur le marché en Europe. Objectif : protéger contre les symptômes les plus graves du COVID-19 [9].

A ce jour, les données scientifiques publiées sur les connaissances, les attitudes et les pratiques de la population à l'égard de la COVID-19 restent insuffisantes au Mali. Cette étude contribue à améliorer les politiques et les orientations pour une meilleure gestion de la pandémie. L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques de la population de la commune V de Bamako face à la COVID-19 et d'identifier les facteurs associés aux bonnes connaissances et pratiques de prévention de cette maladie.

Justification de la Recherche :

Le COVID-19 est devenu un problème mondial de santé publique ; le risque de transmission interhumaine de ce virus dans les populations a été amplement démontré par la pandémie liée à cette maladie. Les personnes à risques de cette maladie sont celles qui ont des déficits immunitaires. La flambée de la maladie à coronavirus entraîne un effet dévastateur dans notre pays, mettant à nu les fragilités des services et système de santé.

Son impact n'est plus seulement sanitaire et se fait sentir dans toutes les sphères de la vie sociale, affectant la durabilité économique du pays et mettant en péril la cohésion sociale. Les stratégies de ripostes appliquées avec la vaccination de COVID-19, ont abaissé les taux d'infection au Coronavirus et atténué les souffrances des personnes touchées par l'épidémie pendant un laps de temps

Malgré les progrès réalisés en matière de prévention et de soins dans le pays, l'épidémie persiste toujours et constitue une menace réelle pour notre pays. Cependant, le Mali est engagé dans la lutte contre la maladie à coronavirus, les populations étant des cibles à risques majeurs de propagation, de cette maladie. Les mesures de prévention préconisées ne sont pas visiblement pratiquées par la majeure partie des populations et les autorités ont du mal à les y contraindre. Si des stratégies de persuasion locales pertinentes avec le mode de vie de nos populations ne sont pas envisagées, les cas de contamination flamberaient et les répercussions socio-économiques seraient encore plus prononcées. Pour ce faire, une perception des populations sur la maladie s'avère nécessaire pour mieux cibler les interventions de prévention avec elles.

C'est dans l'optique d'améliorer la prévention de cette maladie au sein des communautés que nous avons mené cette étude sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques liées à COVID-19 dans la Commune V du District de Bamako.

Hypothèse de la recherche :

Les Connaissances, Attitudes et Pratiques face à la maladie à corona virus SARS Cov2 ou COVID-19 sont-elles adéquates au sein des populations de la Commune V du District de Bamako ;

II. OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques de la population de la commune V du District de Bamako face à maladie a coronavirus SARS Cov2 ou COVID-19.

Objectifs spécifiques :

1. Décrire le niveau de connaissances des personnes enquêtées sur la maladie a coronavirus SARS Cov2 ou COVID-19.
2. Identifier les déterminants majeurs de la propagation de la maladie a coronavirus SARS Cov2 ou COVID-19 au sein de la population de la commune V du District de Bamako.
3. Déterminer les attitudes de la population face à la maladie a coronavirus SARS Cov2 ou COVID-19.
4. Identifier les pratiques de prévention de la population face à la maladie a coronavirus SARS Cov2 ou COVID-19.

III. GENERALITES

3.1. Historique sur coronavirus :

Depuis l'apparition du **SRAS** puis du **MERS**, une nouvelle pandémie à coronavirus était attendue; selon des **études phylogénétiques** publiées entre février et mai 2020, la maladie apparaît entre octobre et décembre 2019, et plus précisément à la fin du mois de novembre. Cependant, dans une étude publiée en juin 2020, des chercheurs de l'**Université de Barcelone** annoncent avoir trouvé la présence de ce virus dans des échantillons congelés des eaux usées de **Barcelone**, prélevés le 12 mars 2019 [2].

Selon les informations connues en février 2020, le premier patient diagnostiqué (estimé à cette époque comme le **patient zéro**) est identifié le 1^{er} décembre 2019 à **Wuhan** dans la **province du Hubei**, en **Chine centrale**. Le 16 décembre 2019 est repérée la première hospitalisation. À partir de janvier 2020, le gouvernement chinois met en œuvre des procédures de **confinement**, et place plusieurs villes puis toute une région en **quarantaine**, fermant de nombreux sites publics et déployant des moyens sanitaires [2].

Le **13 janvier 2020**, un premier cas est découvert hors de Chine continentale. Deux navires de croisière (le **MS Westerdam** et le **Diamond Princess**) sont aussi touchés. Le nombre total de malades hors de la Chine dépasse les 1 500 à la mi-février [4].

L'**Organisation mondiale de la santé** (OMS) alerte dans un premier temps la **République populaire de Chine** et ses autres États membres, puis prononce l'état d'**urgence de santé publique de portée internationale** dès le 30 janvier 2020, alors que 10 000 contaminations et 213 décès ont été enregistrés en Chine. L'OMS n'avait depuis sa création le 7 avril 1948, déclaré que cinq fois l'urgence internationale [4].

Le 11 mars 2020, l'**épidémie** de Covid-19 est déclarée pandémie par l'**OMS**, qui demande des **mesures de protection essentielles** pour prévenir la saturation des services de **soins intensifs** et renforcer l'**hygiène préventive** (suppression des contacts physiques, bises et poignées de mains, fin des attroupements et des grandes manifestations ainsi que des déplacements et **voyages** non indispensables, promotion du **lavage des mains**, mise en application de **quarantaine**, etc.). Cette pandémie mondiale provoque des annulations en série de manifestations sportives et culturelles sur toute la planète, la mise en place par de nombreux pays de mesures de confinement pour freiner la formation de nouveaux **foyers de contagion**, la fermeture des frontières de nombreux pays, et un **krach boursier** du fait des incertitudes et des craintes qu'elle fait peser sur l'économie mondiale [5].

Le 21 avril, plus de 2,5 millions de cas cumulés sont confirmés dans le monde, dont près de 680 000 personnes guéries et près de 180 000 morts. Fin janvier 2021, la barre des cent millions de cas cumulés est franchie dans le monde ainsi que deux millions de morts au total. Le 17 avril 2021, la barre des trois millions de morts dans le monde entier est franchie [5].

Ce **virus enveloppé** est constitué d'une **enveloppe virale** entourant une **capside** hélicoïdale qui contient le brin d'ARN. La **taille du génome** de ces virus varie d'environ 26 à 32 **kilobases**, valeurs parmi les plus élevées chez les virus à **ARN** [10].

Les coronavirus ont en commun des **protéines** désignées par une lettre indiquant leur localisation : S (protubérances), E (enveloppe), M (membrane) et N (nucléocapside). Certains, notamment ceux du sous-groupe A du **genre Beta coronavirus**, ont une protéine HE (hémagglutinine estérase (**en**)) caractéristique. Le coronavirus du SRAS présente en outre sur la protéine S un site de liaison spécifique à l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 qui lui sert de point d'entrée dans la **cellule hôte** [19].

La taille physique du virion est classiquement donnée comme étant de 120 à 160 nm ou comme étant de l'ordre de 125 nm. Toutefois le **SARS-CoV-2**, responsable de la **Covid-19** a été annoncé plus récemment comme mesurant approximativement de 60 à 140 nm, et comme étant de forme elliptique avec de nombreuses variations [10].

3.2. Transmission à l'être humain :

Le mode de transmission n'est pas parfaitement maîtrisé ; cependant la voie aérienne serait privilégiée, ce virus étant un virus proche de celui du SRAS (toux, éternuements, etc.) et par contact physique direct avec des personnes ou des objets contaminés.

La contamination est interhumaine et inter animale (viandes de brousses, reptiles, poissons et fruits de mer etc.)

Le virus peut se propager lorsque de petites particules liquides sont expulsées par la bouche ou par le nez quand une personne infectée tousse, éternue, chante ou respire. Ces particules sont de différentes tailles, allant de grosses gouttelettes respiratoires à des aérosols plus petits.

Vous pouvez être infecté en inhalant le virus si vous vous trouvez à proximité d'une personne atteinte de la COVID-19, ou en touchant une surface contaminée puis vos yeux, votre nez ou votre bouche. Le virus se propage plus facilement à l'intérieur et dans les espaces bondés [11].

Par ailleurs, la présence d'ARN viral dans le sang ou les selles a fait évoquer les possibilités d'une contamination sanguine ou oro-fécale, qui n'ont toutefois pas été démontrées à ce jour. La contamination par voie muqueuse oculaire semble possible, tandis que la transmission materno-foetale reste controversée [12].



Figure 1 : Les Gestes barrières recommandés par le Ministère de la Santé et du Développement Social.

3.3.Diagnostic chez l'Homme

a) **Tableau clinique :** Il existe beaucoup de cas asymptomatiques. La maladie est généralement bénigne. Après une incubation de 2 à 14 jours (moyenne 6 jours) les signes suivants apparaissent :

- Fièvre dans 94 à 100% des cas ;
- Syndrome pseudo grippal (toux, rhinite, asthénie, arthralgie, maux de gorge, larmoiements) dans 24 à 74%.

Les signes respiratoires sont essentiellement **une toux, une douleur thoracique** dans 50% à 69% ;

Des signes digestifs : **simulation d'une gastro entérite.**

b) L'examen clinique :

Il est pauvre au début et l'évolution est marquée par le risque de survenue d'une détresse respiratoire (rare chez l'enfant) au cours de la 2^e semaine pouvant conduire au service de réanimation et 10% de mortalité chez les personnes ayant des comorbidités (cancers, poumon tabagique, insuffisance rénale, autres déficits immunitaires). Et selon l'âge et l'état de santé du patient contaminé, il peut causer différents symptômes, allant des signes d'un simple rhume à ceux d'une grippe, voire d'une pneumonie. Une personne fragile pourra développer une forme sévère de la maladie due à ce virus [15].

c) Signes de gravité et évolution de la maladie à Covid 19 :

L'infection peut se compliquer d'un syndrome de détresse respiratoire aigu, de choc septique, d'une coagulation intravasculaire disséminée, d'une rhabdomyolyse, d'atteintes cardiaques de type myocardite, d'arythmies ou encore d'insuffisance rénale aiguë pouvant nécessiter le recours à la dialyse. On estime à au moins 15 % le taux d'infections sévères chez ces patients [13–15]. Une composante cardiaque ne doit pas être négligée, au-delà de l'atteinte pulmonaire, et aggrave certainement le pronostic [16]. Une anosmie et, moins souvent, une agueusie, ont également été rapportées.

d) Diagnostic para clinique :

Le diagnostic se fait sur des prélèvements respiratoires, les fèces, le sérum. Le diagnostic de certitude est obtenu soit par la détection d'antigènes viraux intracellulaires à l'immunofluorescence sur un frottis de cellules respiratoires, soit par les techniques de biologie moléculaire RT-PCR qui peuvent être réalisées au laboratoire national de référence grippe du Mali. Il existe des examens d'orientation qui sont :

- Numération formule sanguine (NFS) : lymphopénie et thrombopénie ;
- Transaminases élevées, CPK et LDH élevées ;
- La radiographie pulmonaire peut retrouver des opacités interstitielles focalisées ou diffuses.

3.4.Traitement

Il n'y a pas de traitement (y compris naturel) ayant fait la preuve de son efficacité contre le COVID-19. La prise en charge est donc symptomatique, c'est-à-dire qu'elle est destinée à diminuer les symptômes mais sans pouvoir soigner la maladie.

Au Mali il y'a un protocole de traitement spécifique pour la prise en charge symptomatique : Hydroxy chloroquine ; Azithromycine, Vitamine C ; Corticothérapie ; Paracétamol.

En cas d'hypoxie, faire une oxygénothérapie voire une ventilation assistée. Aussi, si nécessaire associer une réhydratation éventuellement. La structure doit avoir une salle d'isolement, un personnel qualifié, un respirateur artificiel et une source d'oxygène (extracteur d'O₂). Assurer le transfert vers un Centre Hospitalière Universitaire (CHU).

Le début de l'année 2021 a marqué le lancement des campagnes de vaccination contre le Covid-19 à travers le monde. Les principaux vaccins sont les suivants :

Johnson & Johnson : une seule dose nécessaire.

Pfizer/BioNTech : efficace à plus de 95% avec deux doses.

Moderna : une conservation moins contraignante.

AstraZeneca : le plus vendu dans le monde.

Spoutnik V : essais cliniques de phase 3 prometteurs.

Vaccins chinois : les premiers développés et les plus nombreux.

Sinovac, Sinopharm et CanSino, les vaccins chinois, en plus d'avoir été les premiers développés, sont les plus nombreux [17].

3.5.Mesures de prévention individuelle et collective :

Face à ce risque sanitaire mondial, il faut :

- Le renforcement de la surveillance épidémiologique à tous les niveaux avec de la pyramide sanitaire avec la ventilation de l'aide-mémoire y afférent ;
- Le débriefing des agents de santé à tous les niveaux sur ce coronavirus ;
- La mise en place de dispositifs de contrôle des passagers aux points d'entrée (terrestres, ferroviaires et aériens) en collaboration avec les autres acteurs des frontières ;
- Identification de sites d'isolement d'éventuels cas suspects au niveau de chaque district sanitaire ;
- La notification et le placement sous observation en quarantaine pendant au moins 24 heures des passagers présentant des signes de fièvre ;
- L'utilisation de kits de protection individuelle, de produits de désinfection pour la prévention de l'infection dans le cadre de la prise en charge des cas suspects ;
- Se couvrir le nez, la bouche lors des efforts de toux et des éternuements ;
- Éviter de toucher les yeux, le nez, la bouche avec des mains potentiellement souillées;
- Éviter de cracher au sol ;
- La désinfection des surfaces et outils avec l'eau de javel ;
- Mettre en pratique les mesures d'hygiène individuelle à travers le lavage des mains ;

- Éviter tout contact étroit avec toute personne présentant des symptômes de rhume ou de grippe;
- Bien cuire la viande et les œufs avant de les consommer ;



Figure 2 : Les Mesures barrières recommandées par l'ONG Mali Folkecenter Nyetaa

✓ Définitions de cas recommandées par l'OMS - Notification des cas présumés de la maladie à coronavirus : [18]

a) Définitions de cas recommandées par l'OMS :

➤ Cas présumé pour la surveillance de routine :

Toute personne souffrant d'une forte fièvre qui ne répond à aucun traitement des causes habituelles de fièvre dans la région et qui présente au moins l'un des signes suivants : effort de toux, maux de tête ; maux de gorge ; difficulté respiratoire ; éternuement ; fatigue générale.

➤ Cas confirmé pour la surveillance de routine :

Toute personne présentant une infection confirmée au laboratoire par MERS-COV. [4].

➤ Cas alerte pour la communauté :

Toute personne présentant une fièvre élevée à début brutal qui ne répond à aucun traitement des causes habituelles de fièvre dans la région ou toute personne ayant présenté une toux,

étternement, maux de gorge, maux de tête, fatigue générale, ou toute personne morte subitement.

➤ **Cas suspect :**

Toute personne, vivante ou décédée, présentant ou ayant présenté une fièvre élevée à début brutal, et ayant été en contact avec un cas suspect, probable ou confirmé à coronavirus ; ou toute personne présentant une fièvre élevée à début brutal et a au moins trois des symptômes suivants : maux de tête, effort de toux, étternement, douleurs musculaires ou articulaires, difficultés à avaler, difficultés à respirer, ou toute personne morte subitement et dont le décès est inexpliqué.

➤ **Cas probable :**

Tout cas suspect évalué par un clinicien ou personne atteinte d'une maladie respiratoire aigüe fébrile, présentant des signes cliniques, radiologiques ou histopathologiques du parenchyme pulmonaire (pneumonie, ou syndrome de détresse respiratoire aigüe).

➤ **Cas confirmé au laboratoire :**

Tout cas suspect ou probable avec un résultat de laboratoire positif. Les cas confirmés au laboratoire doivent être positifs soit pour l'antigène du virus, soit pour l'ARN viral détecté par transcription inverse suivie de la réaction en chaîne par polymérase (RT- PCR), soit pour les anticorps IgM dirigés contre Coronavirus.

➤ **Non-cas :**

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

b) Définition standard des personnes contacts de cas de coronavirus :

➤ **Personne contact d'un cas de coronavirus :**

Toute personne ayant été en contact avec un cas de coronavirus dans les 14 jours précédents le début de ses symptômes selon au moins une des modalités suivantes :

- a dormi dans le même foyer que le cas ;
- a eu un contact physique direct avec le cas (vivant ou décédé) pendant sa maladie.

➤ **Personne contact d'un laboratoire :**

Toute personne ayant travaillé dans un laboratoire dans les 14 jours précédents le début des symptômes selon au moins une des modalités suivantes :

- a eu un contact direct avec des prélèvements de patients suspects de coronavirus

- a eu un contact direct avec des prélèvements d'animaux suspects de coronavirus. [18].

c) Prophylaxie :

La nature particulièrement infectieuse et contagieuse de l'agent pathogène implique de prendre d'emblée les mesures prophylactiques appropriées, d'abord par l'instauration d'une zone de quarantaine autour des régions sujettes à des flambées épidémiques, puis au sein des centres de soins afin de limiter les contaminations nosocomiales [19].

✓ **Mesures de base de prévention : [7]**

a) Hygiène des mains :

- **La friction des mains avec un produit hydroalcoolique** est la méthode de choix pour pratiquer l'antisepsie des mains de routine, pour autant que les mains ne soient pas visiblement souillées. Elle est plus rapide, plus efficace et mieux tolérée que le lavage des mains au savon et à l'eau.

- **Le lavage des mains au savon et à l'eau** est recommandé lorsque les mains sont visiblement sales ou souillées par du sang ou d'autres liquides biologiques, ou après être allé aux toilettes.

IV. MATERIELS ET METHODES

4.1. Cadre de l'étude :

Ce travail s'est déroulé en Commune V de Bamako. La Commune V couvre une superficie de 41,59 km² pour une population de 414 509 habitants représentant 64 078 ménages selon le dernier recensement en 2009. Le taux d'accroissement de la commune est de 5,1% (DNSI, 1998) soit une densité de 7795 habitants au Km². Située sur la rive droite du Niger, elle est limitée, au Nord par le fleuve Niger, au Sud-Ouest par la commune rurale de Kalaban Coro (cercle de Kati), à l'Est par la commune VI. Les groupes socioculturels dominants sont les Bambara, les Sarakolé et les Peulh. Pendant la saison sèche, nous constatons une forte migration de la population rurale vers Bamako notamment dans la Commune V à la recherche d'emploi, de traitement médical ou de soutien.

La population de la Commune V du District de Bamako est répartie entre les 9 centres de santé communautaire fonctionnels :

Le centre de santé communautaire de Bacodjicoroni couvre une population de 48 480 habitants soit 15% de la population de la commune ;

Le centre de santé communautaire du Quartier Mali/Torokorobougou couvre 38 467 habitants soit 12% ;

Les trois centres de santé communautaire de Daoudabougou qui couvrent 71 102 habitants représentent 22% ;

Les centres de santé communautaire de Kalaban coura et de Garantiguibougou couvrent 61 460 habitants soit 19 % de la population de la Commune V ;

Les trois centres de santé communautaire de Sabalibougou couvrent 76 719 habitants soit 23% de la population.

Les 9% de la population sont non couverts soit 27 952 habitants.

Les aires de santé de l'ASACOBADA SEMA I, ASACOKALKO, ASACOBADJI ACI et ASACOKALA ACI ne disposent pas de CSCOM et leur population n'est pas définie.

La commune V a été choisie en fonction de son fort taux de migration et de sa localisation en bordure du cercle de Kati (zone péri urbaine) et qui accueille beaucoup d'AM domiciliées dans cette zone.

Nous avons choisi :

- Les marchés, les rues et les grands lieux de regroupement des aides ménagères dans les différents quartiers de la Commune V,
- Les fontaines d'eau existant dans les quartiers,

- Les endroits où existent des moulins à grain,
- L' Organisation Non Gouvernementale (ONG) APAF MUSO DANBE de Torokorobougou (qui oriente ses activités vers les AM).

L'intérêt d'un tel choix est de mettre en évidence les connaissances, attitudes et pratiques de la population de la Commune V du District de Bamako face à la maladie à Covid-19 afin de trouver les voies et moyens nécessaires à l'adoption de solutions pour atténuer ce fléau.

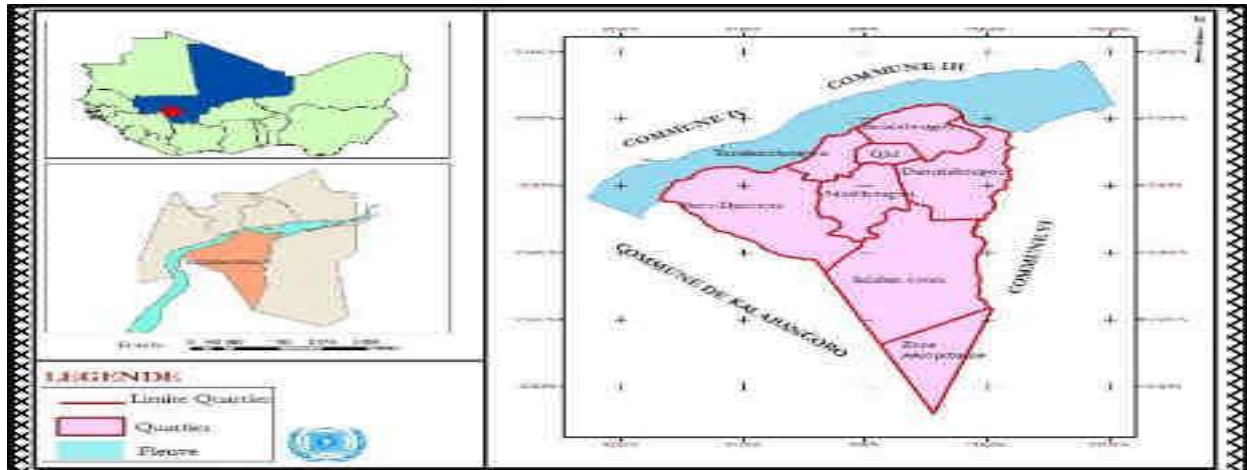


Figure 2 : Situation et limitation de la commune V

4.2. Type d'étude et Période de l'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, dont la collecte des données a été réalisée du 1^{er} Juin au 31 Juillet 2022

4.3. Population d'étude :

La population de la Commune V du district de Bamako.

4.4. Critères d'inclusion :

Toute personne de la Commune V du district de Bamako ayant accepté de participer à l'enquête.

4.5. Critère de non-inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude tous les personnes qui sont inaptes à répondre aux questions.

4.6.Echantillonnage :

La technique utilisée a été l'échantillonnage probabiliste aléatoire simple. La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule de DANIEL SCHWARTZ

$$n = Z^2 \times p \times Q / (i)^2$$

n = taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un évènement et un niveau de risque fixé.

Z = niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96).

p = (en pourcentage) proportion estimée de la population qui représente la covid-19.

i = Précision marge d'erreur (généralement fixée à 5%).

q=1-p ; prévalence attendue des personnes ne présentant pas le phénomène.

Selon le rapport journalier de la situation COVID-19 au Mali, à la date du 18 Décembre 2021, le cumul de cas confirmés depuis le début de l'épidémie est de 21.008 [6] ; la prévalence(P) générale du Covid-19 au Mali qui compte 21 Millions de population, serait de 0,1%. Enfin en appliquant la formule, $N = [(1,96)^2 \times 0,1(1-0,1)] / (0,05)^2 = 139$. **Donc la taille de l'échantillon est de 139 sujets.** Pour plus d'impact et minimiser la marge d'erreur nous avons arrondi ce nombre à **160**.

4.7.Méthode de collecte des données

a. Techniques

Nous avons mené une enquête auprès de la population de la Commune V du District de Bamako en leur soumettant des questionnaires semi-directifs, et les éléments de réponse ont été portés sur une fiche d'enquête établie à cet effet. L'enquête a été menée dans trois quartiers de la commune V du district de Bamako dont 2 quartiers précaires et un quartier non précaire.

b. Méthode de Saisie, traitement et analyse des données

La saisie et le traitement des données étaient à la fois manuel et informatique. L'analyse et le traitement des données ont été réalisés selon les étapes suivantes :

- Dépouillement manuel des données recueillies ;
- Vérification des données et correction d'erreurs d'enregistrements éventuelles sur les fiches de collecte des données ;
- Création d'un masque de saisie à l'aide du logiciel SPSS version 21 ;

- Saisie, contrôle, nettoyage des données ;
- Analyse des données à l'aide du logiciel SPSS version 21 ;
- Les graphiques et les tableaux ont été faits avec le logiciel Excel 2013 ;
- Les données sont présentées en moyenne \pm écart type avec une variable quantitative dont l'âge a été recodé en tranche d'âge (20 à 40 ans) ; et en variable qualitative en proportion.
- Nous avons réalisé le test $\chi^2(X^2)$, pour vérifier la relation entre 2 variables qualitatives après leur croisement . Lorsque les conditions de réalisation du X^2 n'étaient pas remplies , nous avons réalisé le test exact de Fisher. Le seuil de significativité était de $p=0,05$.

4.8. Considérations éthiques et déontologiques :

Le respect de la déontologie médicale fait partie intégrante de la présente étude, au respect des aspects suivants :

- Obtention d'une autorisation administrative par le directeur de thèse d'enquêter auprès des populations ;
- Consentement libre verbale et éclairé des personnes qui ont été enquêtées dans les populations ;
- Respect de la personne humaine dans ses opinions, dans ses décisions avec une information éclairée et adoptée ;
- Garantie de la confidentialité et l'anonymat, (seule l'équipe de recherche aura accès à la base des données).

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

V. RESULTATS

Durant notre période d'étude nous avons interrogées 160 participants sur leurs connaissances, attitudes et pratiques face à la COVID-19 en Commune v de Bamako.

5.1. Aspects sociodémographiques

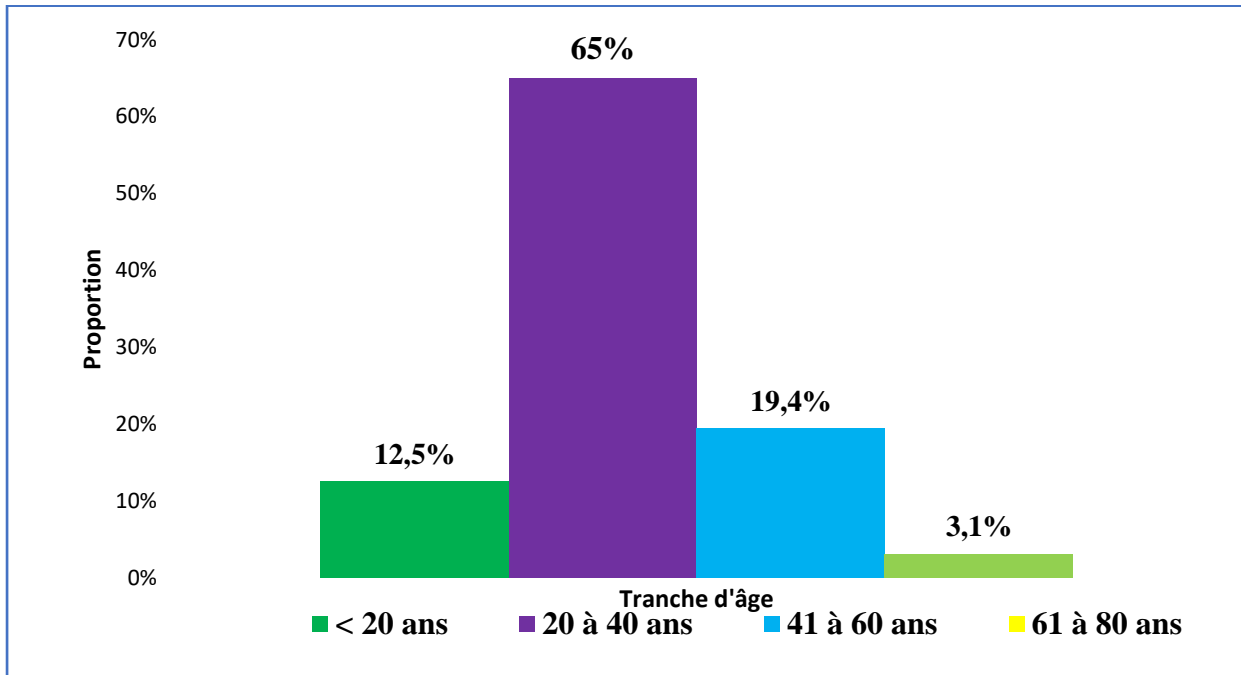


Figure 3 : Répartition des enquêtés selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge la plus représentée était de 20 à 40 ans, soit 65,0% des enquêtés. L'âge moyen était de 30±11ans.

Tableau I : Répartition des enquêtés selon la langue d'entretien.

Langue entretien	Effectif	(%)
Bambara	132	82,5
Français	28	17,5
Total	160	100,0

Au cours de notre étude, l'entretien a été mené en Bambara dans **82,5%** des cas.

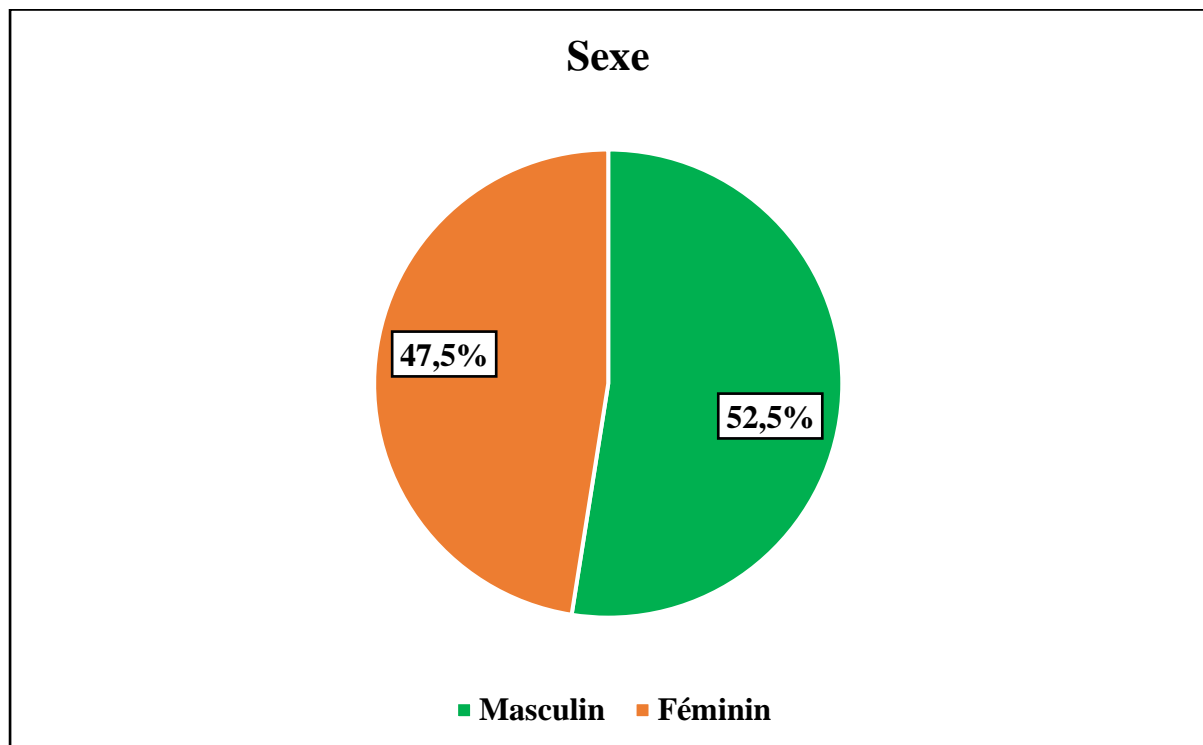


Figure 4 : Répartition des enquêtés selon le sexe.

Nous avons noté une prédominance masculine avec une proportion de **52,5%** des cas. Le sex-ratio H/F était de **1,1**.

Tableau II : Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	(%)
Célibataire	64	40,0
Marié(e)	85	53,1
Divorcé(e)	6	3,8
Veuf(e)	5	3,1
Total	160	100,0

La plupart des enquêtés était mariée, soit **53,1%** des cas.

Tableau III : Répartition des enquêtés selon le niveau instruction

Niveau instruction	Effectif	(%)
Non scolarisé	20	12,5
Ecole coranique	1	0,6
Primaire	35	21,9
Secondaire	58	36,3
Supérieur	46	28,8
Total	160	100,0

La majorité des enquêtés avait un niveau d'instruction secondaire avec une proportion de **36,3%** des cas.

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon la profession.

Profession	Effectif	(%)
Ménagère	47	29,3
Commerçant	21	13,1
Etudiant	20	12,5
Ouvrier	21	13,1
Agent de santé	13	8,1
Chauffeur	9	5,6
Coiffeur	7	4,3
Autres	22	13,7
Total	160	100,0

Les ménagères ont représenté **29,38%** des cas.

Tableau V : Répartition des enquêtés selon la résidence.

Résidence	Effectif	(%)
Daouadabougou	64	40,0
Kalaban coura	52	32,5
Sabalibougou	44	27,5
Total	160	100,0

La plupart des enquêtés résidait à Daouadabougou, soit 40% des cas.

5.2. Connaissances

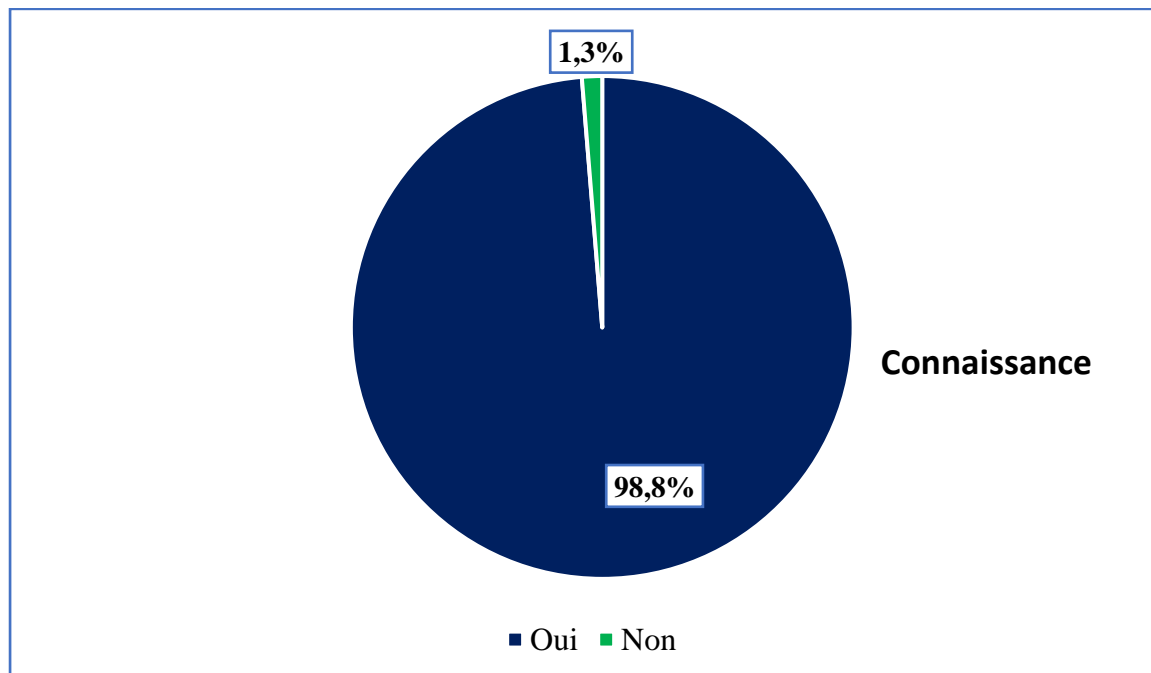


Figure 5 : Répartition des enquêtés selon leur connaissance (Avoir entendu parler) sur le COVID-19

La Quasi-totalité des enquêtés dit avoir entendu parler du coronavirus soit **98,8%** des cas.

Tableau VI : Répartition des enquêtés selon les connaissances des sources d'informations.

Sources d'informations	Effectif	(%)
Télévision	79	49,4
Réseaux sociaux	31	19,4
Radio	27	16,9
Centre de santé	12	7,5
Grin	6	3,8
Ecole	5	3,1
Total	160	100,0

La télévision a été signalée comme source d'information dans **49,4%** des cas suivi des réseaux sociaux dans **19,4%** des cas.

Tableau VII : Répartition des enquêtés selon la connaissance des voies de transmission.

Voie de transmission	Effectif	(%)
Contact avec personne infectée	53	33,1
Poignée de main	50	31,3
Salive	16	10,0
Morve	7	4,4
L'air libre	29	18,1
Sang	1	,6
Non déterminé	4	2,5
Total	160	100,0

Le contact avec personne infectée a été évoqué par **33,1%** des cas comme voie de transmission.

Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon la porte d'entrée des germes.

Porte d'entrée	Effectif	(%)
Le nez	118	73,8
La bouche	19	11,9
La peau	10	6,3
Ne sais pas	8	5,0
Les yeux	4	2,5
La tête	1	,6
Total	160	100,0

Le nez a été cité comme la porte d'entrée dans **73,8%** des cas.

Tableau IVIII : Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur les signes cliniques.

Signes cliniques	Effectif	(%)
Fièvre	37	23,1
Eternuement	25	15,6
Fatigue	22	13,8
Toux	21	13,1
Difficulté respiratoire	19	11,9
Maux de tête	17	10,6
Maux de gorge	3	1,9
Vomissement	3	1,9
Vertiges	2	1,25
Ne sait pas	11	6,9
Total	160	100,0

Les signes cliniques majoritairement signalés ont été la fièvre (**23,1%**), l'éternuement (**15,6%**) et la fatigue (**13,8%**).

Tableau IX : Répartition des enquêtés selon leur connaissance sur les mesures de protection contre le COVID-19.

Mesures de protection contre COVID-19	Effectif	(%)
Port de masque	140	87,5
Lavage des mains au savon	138	86,3
Existence de vaccin contre ce virus	133	83,1
Respect de la distanciation (1 m)	119	74,4
Connaissance d'un centre de dépistage et PEC du COVID-19	116	72,5
Possible guérison de la maladie à coronavirus	114	71,3
Existence d'un traitement contre COVID-19	103	64,4
Protection du vaccin	90	56,3
Transmission après guérison de la maladie	13	8,1

Les mesures de protection évoquées ont été le port de masque dans 87,5% des cas, le lavage des mains au savon dans 86,3% des cas et le respect de la distanciation a été signalé par 74,4% des enquêtés.

5.3. Attitudes de la population face à la COVID-19

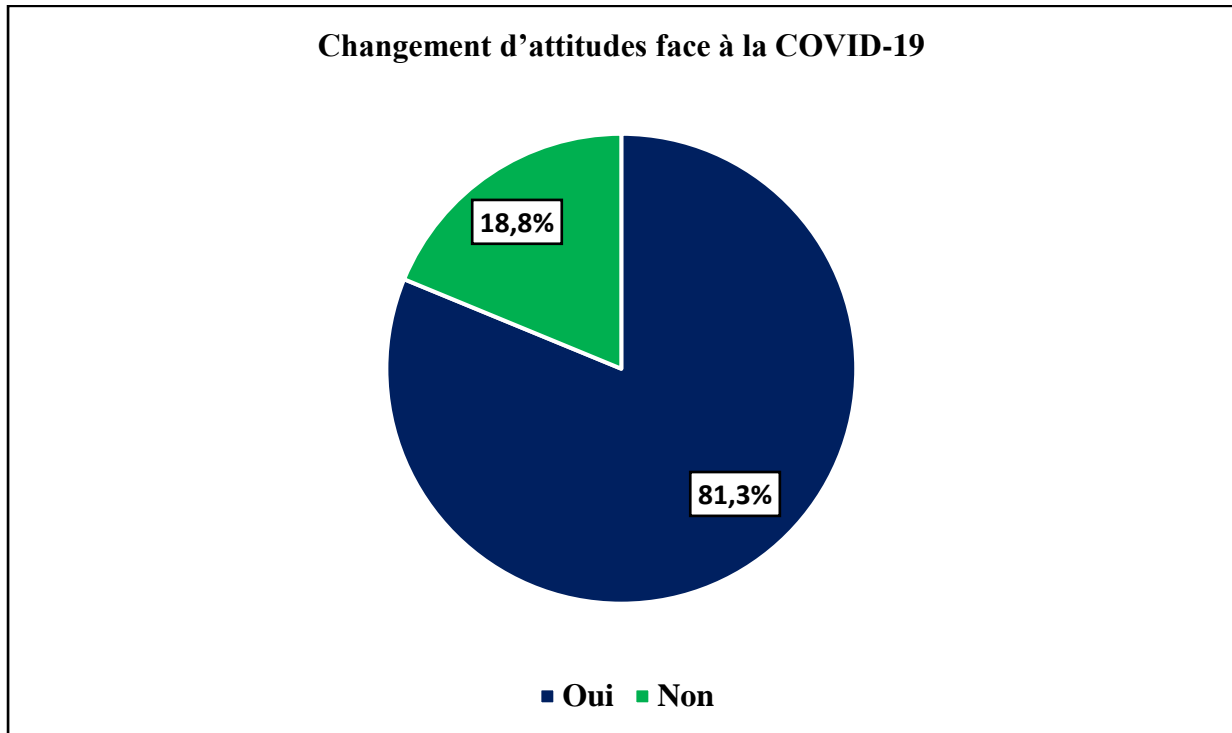


Figure 6 : Répartition des enquêtés selon le changement d'attitudes face à COVID-19.

Dans notre étude, 81,3% des enquêtés ont affirmé avoir changé d'attitudes face à la COVID-19.

Tableau XX : Répartition des enquêtés selon la croyance à l'existence du COVID-19

Croyance à l'existence COVID-19	Effectif	(%)
Oui	130	81,2
Non	30	18,7
Total	160	100,0

La majorité des enquêtés croyait à l'existence de COVID-19 soit **81,2%** des cas.

Tableau XI : Relation entre le niveau d’instruction et la Croyance à l’existence du COVID-19

Croyance à l’existence du COVID-19	Niveau instruction					Total
	Non scolarisé	Primaire	Secondaire	Supérieure	Autre	
Oui	13	23	50	44	0	130
Non	7	12	7	3	1	30
Total	20	35	57	47	1	160

Dans notre étude 50/130 soit 38,46% des sujets qui croyaient à l’existence du COVID-19 avaient un niveau d’étude secondaire, suivi du niveau supérieur avec 33,84%.

Tableau XII : Répartition des enquêtés selon l’attitude face COVID-19

Attitude face COVID-19	Effectif	(%)
Port de masque	82	51,3
Lavage des mains	31	19,4
Vaccination	9	5,6
Distanciation sociale	7	4,4
Non déterminé	31	19,4
Total	160	100,0

Le port de masque a été cité dans 51,3% des cas et le lavage des mains dans 19,4% des cas.

Tableau XIII : Répartition des enquêtés selon leur réaction devant un cas suspect de COVID-19.

Réaction devant un suspect	Effectif	(%)
Appeler le numéro vert	61	38,1
Fuir le malade	40	25,0
Isoler le malade	21	13,1
Alerter	21	13,1
Ne sait pas	13	8,1
Approcher le malade	1	0,6
Ne fait rien	1	0,6
Reste naturel	1	0,6
S'auto protéger	1	0,6
Total	160	100,0

L'appelle au numéro vert a été la réaction de 38,1% devant un cas suspect de COVID-19.

Tableau XIV : Relation entre la résidence et le changement d'attitudes face à la COVID-19

Résidence	Change Attitudes face à la COVID-19		Total
	Oui	Non	
Daouadabougou	51	13	64
Kalaban coura	42	10	52
Sabalibougou	37	7	44
Total	130	30	160

Test exact de Fisher $p=0,936$

La relation n'était pas statistiquement significative($p=0,936$)

Dans l'étude, 84% des enquêtés résidents à SABALIGOUBOU avaient changé d'attitudes face à la Covid-19, suivi de ceux de KALABAN COURA avec 80,7%.

5.4.Pratiques de prévention

Tableau XV : Répartition des enquêtés selon la prévention. (N=160)

Prévention	Effectif	(%)
Lavage systématique des mains au savon	144	90,0
Port des masques	134	83,8
Friction des mains avec solution alcoolique	78	48,8
Vaccinés	55	34,4
Respect de la distance 1m	37	23,1

Le lavage des mains au savon de façon systématique a été évoqué chez 90% des cas suivi du port de masque dans 83,8% des cas. Les vaccinés représentaient (55/160), soit une proportion de 34,4%. Les non vaccinés représentaient (105/160), soit une proportion de 65,5%.

Tableau XVI : Répartition des enquêtés vaccinés selon les types de vaccins.

Types de vaccins	Effectif	(%)
Astra zeneca	24	43,6
Johnson	19	34,5
Pfizer	1	1,8
Sinovac	3	5,5
Ne sait pas	8	14,5
Total	55	100,0

Parmi les vaccinés, 43,6% avait reçu l'Astra Zeneca et Johnson dans 34,5% des cas.

Tableau XVII : Répartition des enquêtés non vaccinés selon la raison du refus de faire le vaccin

Raison du refus	Effectif	(%)
Ne crois pas à l'efficacité	26	24,8
Peur de tomber malade	17	16,2
Peur d'être contaminé	11	10,5
Ne sait pas	51	48,6
Total	105	100,0

Parmi les 105 enquêtés non vaccinés, la non croyance à l'efficacité du vaccin a été la raison du refus dans 24,8% des cas, suivie de la peur de tomber malade dans 16,2% des.

Tableau XVIII: Relation entre le niveau d'instruction et la prévention

Prévention	Niveau d'instruction				Total
	Non scolarisé	Primaire	Secondaire	Supérieure	
Lavage systématique des mains au savon	19	31	51	43	144
Friction des mains avec solution hydroalcoolique	5	12	26	35	78
Port des masques	15	27	48	44	134
Respect de la distance 1m	0	7	20	10	37
Vaccinés	1	6	19	29	55

Dans notre étude, plus de la moitié soit 52,7% des vaccinés avaient un niveau d'étude supérieur, suivi du niveau secondaire avec 34,5%. Et 44,8% de ceux qui utilisent les solutions hydroalcooliques avaient un niveau d'étude supérieure.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IL s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée entre le 1^{er} Juin et le 31 Juillet 2022 en commune V du District Bamako. Grâce aux questionnaires préalablement établis, cette étude a permis aussi de déterminer les profils sociodémographiques et professionnels des participants, leurs connaissances générales sur la pandémie COVID-19 en question et le respect des mesures barrières, édictés pour amoindrir la propagation du virus.

Limites et contraintes : Nous avons trouvé comme principale difficulté le refus de certains résidents à se soumettre au questionnaire, pour certains par manque de temps, par crainte de la COVID-19 et pour d'autres lié au simple fait de la fatigue car ayant déjà assez durés au marché.

6.1. Données sociodémographiques

6.1.1. Age

La tranche d'âge la plus représentée était de 20 à 40 ans, soit 65,0% des cas. L'âge moyen était de 30 ± 11 ans. Balam I [20] a trouvé un âge moyen de 38,0 ans chez les personnels des officines de Bamako en 2022. Diallo TF [21] a rapporté une moyenne d'âge de 33,10 ans dans son étude sur la connaissance, attitude pratique sur la COVID-19 dans les structure de santé de Bamako. L'âge moyen des répondants était 37,8 ans (SD=13 ans) dans l'étude de Sacko D dans la Commune IV de Bamako [22]. Berthé M [23] a trouvé $25,96 \pm 8,95$ ans dans son étude sur la connaissance attitude pratique sur la COVID-19 de la population du grand marché de Bamako en 2022.

Ces résultats sont en faveur de la pyramide des âges du Mali avec une population particulièrement jeune.

6.1.2. Sexe

Nous avons noté une prédominance masculine avec une proportion de **52,5%** des cas. Le sex-ratio H/F était de **1,1**. Ce résultat concorde avec les données de la littérature. Berthé M [23] a trouvé le sexe masculin dans 67,2% avec un sex-ratio de 2,05. Sangho HAA [24] a rapporté une prédominance du sexe masculin soit 76,42% dans son étude chez la population de Sikasso en 2022. Longchamps C et al [25] en France et Leye MMM et al [26] à Dakar ont trouvé respectivement 75,3% et 66,5% de sexe masculin.

En revanche, dans l'étude de Diakité M, à Koulouba, Point-G et Sogonafing dans la Commune III de Bamako au Mali, le sexe féminin était majoritaire avec 51% [27]. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par la disponibilité des hommes.

6.1.3. Niveau d'instruction

La majorité des enquêtés avait un niveau d'instruction secondaire avec une proportion de 36,3% des cas. Les non instruits ont représenté 12,5% de la population d'étude. Diallo TF [21] a trouvé 49% ayant un niveau d'étude secondaire dans les structures de santé de Bamako. Dans l'étude de Leye MMM et al [26] à Dakar, 59,8 % de la population enquêtée étaient instruites et essentiellement de niveau secondaire ou moins selon leur étude le niveau d'étude supérieur connaissaient plus les risques de transmission de la COVID-19 (ORaj=7,9 [2,1-29,9]), les signes (ORaj=4,3 [1,5-12,2]) et les mesures de prévention (ORaj = 15,5 [6,5-37,0]).

Un niveau d'instruction élevé facilite les campagnes de sensibilisation pour le changement de comportement de la population.

6.2. Connaissance de la population d'étude sur la COVID-19

6.2.1. Information sur la COVID-19

La télévision a été signalée comme source d'information dans 49,4% des cas suivi des réseaux sociaux dans 19,4% des cas. Ce taux est inférieur à celui de Diallo TF [21] qui trouvé la télévision comme source d'information sur la COVID-19 avec 92% dans son étude.

Dans l'étude de Berthé M [23] en 2022 97% des personnes enquêtées avaient reçu des informations sur la COVID-19, la télévision était la source d'information la plus citée par 69,5% des personnes. De même que Diakité M [27] chez qui la télévision était la source d'information la plus citée soit 34%.

Par contre en France dans l'étude de Longchamps C et al [25], les réseaux sociaux étaient la source d'information la plus citée soit 77,6% des cas.

La communication constitue une partie importante dans la lutte contre les maladies épidémiques. Le ministère de la santé et ses partenaires ne cesse de diffuser des messages de sensibilisation via les canaux d'information notamment les chaînes de radios, de télévisions, les affiches publicitaires, tant publiques que privées, et les sites internet.

6.2.2. Voie de contamination

Le contact avec personne infectée a été évoqué par 33,1% des cas comme voie de transmission. Ce résultat est supérieur à celui de Diakité M [27] qui a trouvé comme voie de transmission le contact avec une personne infectée selon 48,7% des enquêtés. Berthé M [23] a noté la salutation citée par 41,5% des participants.

Par contre Diallo TF a rapporté un taux élevé de contact corporel avec un malade de COVID-19 cité par 87% des enquêtés comme voie de transmission. De même que Leye MMM et al [26] au Dakar qui a trouvé la salutation avec les mains citée par 71,5% des enquêtés. Selon Leye MMM et al [26] les personnes qui disposaient de la télévision (ORaj = 2,6 [1,1-6,4]), du téléphone (ORaj =3,6 [1,6-7,9]) avaient plus de bonnes connaissances sur les mesures de prévention de la COVID-19.

La connaissance des voies de contamination permet l'adaptation des mesures préventives dictées par le ministère de la santé en collaboration avec partenaire.

6.2.3. Signes cliniques de la COVID-19

Les signes cliniques majoritairement signalés ont été la fièvre chez 23,1% des cas, l'éternuement dans 15,6% des cas et la fatigue dans 13,8% des cas. Diakité M a rapporté la fièvre, toux, difficulté respiratoire, comme les principaux signes cliniques de la maladie à coronavirus avec 58%. Leye MMM et al [26] au Sénégal ont rapporté la fièvre (75,3%) et la toux (63,5%) comme principaux signes citées par les populations enquêtées.

6.2.4. Mesures de protection

Les mesures de protection évoquées ont été le port de masque dans 87,5% des cas, le lavage des mains au savon dans 86,3% des cas et le respect de la distanciation a été signalé par 74,4% des enquêtés. Nous avons 83,1% des cas qui croyaient à l'existence du vaccin contre le virus à COVID-19 ainsi qu'à l'existence d'un traitement dans 64,4% des cas.

6.2.5. Perception sur la COVID-19

Nous avons 81,2% des cas qui croyaient à l'existence de la maladie à COVID-19 et ainsi qu'à l'existence d'un traitement dans 64,4% des cas.

Ce résultat est comparable à celui de Berthé M [4] qui a trouvé que 75,5% des enquêtées croyait à l'existence de la maladie à coronavirus. Diakité M [8] au Mali a trouvé que 87,5% croyaient à l'existence de la maladie à coronavirus. Dans l'étude de Leye MMM et al [7] la quasi-totalité des enquêtées croyait à l'existence de la maladie soit 94,8 % des cas.

Ce résultat s'explique par l'intensification des campagnes de sensibilisation dans le monde entier sur la maladie surtout la diffusion des messages à plusieurs langues locales à travers les médias comme la télévision et la radio.

Malgré ces efforts dans la sensibilisation, les fausses rumeurs ne cessent d'augmenter. Ainsi, la désinformation entrave les actions de santé publique menées pour faire face à cette épidémie de COVID-19.

La croyance en l'existence de la maladie est importante pour que cette population s'engage dans le cadre de la lutte contre cette pandémie.

6.3. Attitudes de la population face à la COVID- 19

L'appel du numéro vert a été la réaction de 38,1% devant un cas suspect de covid-19. Dans le cadre de la lutte, le ministère de la santé a mis à la disposition de la population un numéro verts. Les personnes peuvent appeler gratuitement pour recevoir des messages de prévention sur la COVID-19. En effet, l'accès à l'information améliore le niveau de connaissances des populations en vue de l'adoption de comportements responsables pour faire face à l'épidémie de la COVID-19.

6.4.Pratique de la population face à la COVID-19

Le port de masque a été cité dans 51,3% des cas et le lavage des mains dans 19,4% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de Berthé M [23] et Diakité M [27] ont retrouvé le port de masque dans respectivement 74,3% et 84,7% des cas. Diallo TF [21] a trouvé 92,7% de port de masque comme modes de prévention chez les enquêtés.

Le lavage des mains au savon a été retrouvé chez 86,3% des participants dans l'étude de Berthé M [23] et 88,7% dans celle de Diakité M [27] en commune III de Bamako. Diallo TF [21] a trouvé dans son étude 96,6% des participants affirmant se laver les mains au savon. Dans l'étude de Leye MMM et al [26] le port de masque (93,8 %), le lavage des mains avec de l'eau et du savon (77,8 %) étaient les principales mesures de prévention de la COVID-19 citées par les enquêtés.

Parmi les vaccinés, 43,6% avait reçu l'Astra zeneca et Johnson dans 34,5% des cas. La non croyance à l'efficacité du vaccin était la raison du refus dans 24,8% des cas chez les non vaccinés, suivi de la peur de tomber malade dans 16,2% des cas.

Dans l'étude de Sako D [22] la crainte de se faire vacciner dominait dans 90,9% des personnels socio-sanitaires non vaccinés et la cause de la crainte la plus évoqué est le manque de confiance au vaccin (70,1%).

Sogodogo A [28] a trouvé doute sur la sécurité des vaccins COVID-19 ($p= 0,001$), la peur des effets secondaire des vaccins ($p= 0,007$), la non confiance aux fabricant des vaccins ($p= 0,001$)

et l'influence d'autres personnes ($p= 0,011$) étaient les principaux facteurs associés à la réticence à la vaccination contre la COVID-19 chez les étudiants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Notre résultat pourrait avoir aussi une influence contextuelle caractérisée par des facteurs historiques, socio-culturels, économiques ou politiques. Il faut dire qu'il existe toujours cette méfiance vis-à-vis à tous ceux qui viennent de l'Occident et du gouvernement local.

VII. CONCLUSION

A l'issu de cette étude il ressort que l'âge moyen des enquêtés était de 30 ± 11 ans . Le sexe masculin était prédominé et la plupart des enquêtés était mariée. La Quasi-totalité des enquêtés avait entendu parler du coronavirus. La télévision et réseaux sociaux étaient les sources d'information dans la majorité des cas. Cependant nous notons une réticence face à la vaccination chez la majorité des participants due à la non croyance de l'efficacité du vaccin. Un renforcement des activités de sensibilisation et de communication en faveur de la COVID-19 sont indispensable pour limiter la propagation et le contrôle pour la maladie.

VIII. RECOMMANDATIONS

Au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique :

- Renforcer l'information, l'Education et la Communication (IEC) dans la population en générale.
- Renforcer la formation des relais communautaires sur la prévention de la COVID-19.
- Veiller au respect strict des mesures de prévention établis et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre la COVID-19 édicté par le gouvernement.
- Diffuser les messages de lutte COVID-19 dans les langues locales.

Aux personnels de santé :

- Respecter strictement des mesures de prévention.
- Veiller au respect de l'éthique et de la déontologie dans l'exercice de la profession.
- Être volontaire pour la prise en charge des cas de COVID-19 dans les conditions requises.

A la population :

- Observer les mesures barrières, particulièrement le lavage des mains au savon ; et respecter la pratique de distanciation d'au moins 1 mètre avec d'autre personne.
- 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

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). Nouvelle épidémie de coronavirus (ncov 2019)2019-2020. Genève: Réseau d'information de l'OMS sur les épidémies ; 24\ 01\ 2020 ; 34p. Consulté le 18 OCTOBRE 2021.
2. Epidemiologic working group for NCIP Epidemic Reponse ; Chinese center for Disease control and Prevention. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-2019) in china. ZhonghuaLiuxingBingxueZaZhi. 2020 feb 10 ; 41(2) :145-51. Consulté le 18 OCTOBRE 2021.
3. Bonny V, Maillard A, Mousseaux C, Placais L, Richier Q. COVID-19 : physiopathologie d'une maladie à plusieurs visages. Revue de la Medecine Interne. Juin 2020; 41(6): p.375–389. Publier en ligne le 27 Mai 2020 disponible sur : <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.revmed.2020.05.003>. Consulté le 18 OCTOBRE 2021.
4. OMS. Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19 [en ligne] juin 2020; [21 Avril 2021] disponible à l'URL : <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>. Consulté le 21 OCTOBRE 2021.
5. OMS. Flambée de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) selon l'organisation mondiale de la santé. Consulté le 23 OCTOBRE 2021. <https://www.lemonde.fr> ».
6. MINISTERE DE LA SANTE ET DU DEVELOPPEMENT SOCIAL DU MALI. COMMUNIQUE N° 630 DU 22 NOVEMBRE 2021 SUR LE COVID-19. Consulté le 04 JANVIER 2021. <http://www.sante.gov.ml/index.php/actualites/communiques>
7. Ministère de la santé et des affaires sociales république du Mali, Cadre de Gestion Environnementale et Sociale, Bamako Mali, septembre 2020, 224p, En ligne disponible: http://www.sante.gov.ml/index.php/aHctualites/item/download/1004_12e5c152037da29700dffd5e017f9ba. Consulté le 04 JANVIER 2021.
8. OMS. “Solidarity” clinical trial for COVID-19 treatments [en ligne] Avril 2020 ; [27 September2020] disponible à l' URL : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>. Consulté le 03 décembre 2021.

9. France info avec AFP. Vaccination contre le coronavirus. Consulté le 03 décembre 2021.
<https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/vaccin/>.
10. Wikipédia. Maladie à coronavirus 2019. Consulté le 10 décembre 2021.
https://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie_%C3%A0_coronavirus_2019.
11. WHO. Transmission de la maladie à Coronavirus 2019. Consulté le 10 décembre 2021.
<https://www.who.int/fr/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>.
12. Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Han K, Wu G, et al. Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical. JAMA.2020:e203786,<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.3786>. Consulté le 15 décembre 2021.
13. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet [Internet]. 15 févr 2020 [cité 2 juin 2021];395(10223):497-506. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/abstract)
14. Fiddian-Green RG, Silen W. Mechanisms of disposal of acid and alkali in rabbit duodenum. Am J Physiol. déc 1975;229(6):1641-8.
15. Guan et al, 2020 - Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China | INTENSIVE Review [Internet]. INTENSIVE. 2020 [cité 10 juin 2021]. Disponible sur: <https://intensiveblog.com/guan-et-al-2020-clinical-characteristics-of-coronavirus-disease-2019-in-china/>
16. Haeck G, Ancion A, Marechal P, Oury C, Lancellotti P. [COVID-19 and cardiovascular diseases]. Rev Med Liege. avr 2020;75(4):226-32.
17. OMS. Les différents types de vaccins contre la COVID-19 [Internet]. 2021 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/the-race-for-a-covid-19-vaccine-explained>
18. OMS. Définition de cas recommandées pour la surveillance des maladies à Coronavirus ou Marburg Au 09 Avril 2014. Consulté le 22 décembre 2021.

19. Wikipédia. Maladie à Coronavirus [Internet]. [Cited 2019]. Consulté le 31 décembre 2021. https://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie_%C3%A0_coronavirus_2019/Prevention .
20. Balam I. Evaluation de la mise en œuvre des mesures barrières face à la COVID-19 dans les officines privées de Bamako [Internet] [Thesis]. USTTB; 2022 [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5642>
21. Diallo FT. Connaissances, Attitudes et Pratiques sur la covid-19 au sein des structures dans le district de Bamako [Internet] [Thesis]. USTTB; 2022 [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5496>
22. Sako D. Perception du personnel socio-sanitaire et de la Population de la commune iv du district de Bamako-mali Sur le vaccin contre la covid-19, 2021 [Internet] [Thesis]. USTTB; 2021 [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5036>
23. Berthé M. Connaissance, attitude et pratique de la population face a la pandémie de la COVID 19 dans le grand marche du district de Bamako [Internet] [Thesis]. USTTB; 2022 [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5438>
24. Sangho AHA. Connaissances, Attitudes, et Pratiques de la Population de Sikasso face à la COVID-19 au Mali [Internet] [Thesis]. USTTB; 2022 [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5458>
25. Longchamps C, Ducarroz S, Crouzet L, Aarbaoui TE, Allaire C, Colleville AC, et al. Connaissances, attitudes et pratiques liées à l'épidémie de Covid-19 et son impact chez les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement en France : premiers résultats de l'étude ECHO. Bull Épidémiologique Hebd BEH - Sér Covid-19. 12 janv 2021;(N°1):1-9.
26. Leye MMM, Keita IM, Bassoum O. Connaissances, attitudes et pratiques de la population de la région de Dakar sur la COVID-19. Sante Publique Vandoeuve--Nancy Fr. 2021;32(5):549-61.
27. Diakité M. Connaissances Attitudes et pratiques dans les populations de Koulouba, Point-G, Sogonafing face à la maladie à coronavirus [Internet] [Thesis]. USTTB; 2021 [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4761>

28. Sogodogo A. Facteurs associés à la non vaccination contre la COVID-19 chez les étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS). [Internet] [Thesis]. USTTB; 2022 [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5636>

X. ANNEXES

Fiche d'enquête

Bonjour je m'appelle Je fais cette recherche dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS). Nous faisons cette enquête pour évaluer les Connaissances, les Attitudes et les Pratiques des populations de la Commune V du District de Bamako face à la maladie à coronavirus. Nous souhaiterions donc connaître vos habitudes, opinions et vécu personnel sur ses questions. Sachez qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses, nous aimerons apprendre à travers vous. Vos propos resteront dans la confidentialité, ils ne seront pas étaler sur aucune place publique. Nous aimerons que vous nous donniez des discours francs. Vous êtes libres de participer ou de décider de ne pas participer à l'étude sans aucun préjudice. Vous avez également le droit de vous retirer à tout moment du débat.

Nous vous remercions pour votre entière collaboration !

Questionnaire d'entretien

Q1- Date :/...../2022

Q2- N° fiche : /..... /

Q3- Langue d'entretien : /...../ Bambara=1 ; Français=2

Q4- Consentement : /...../ Accepter=1 ; Refuser=2 ; Retrait de l'étude=3

A- Les Caractéristiques Socio – Démographiques :

Q5- Age : /..... /

Q6- Sexe : /..... / Masculin=1 ; Féminin=2

Q7- Régime matrimonial : /..... / Célibataire=1 ; Marié(e)=2 ; Divorcé(e)=3 ; Veuf (e)=4

Q8- Niveau d'instruction : /...../ Non – Scolarisé=1 ; Primaire=2 ; Secondaire=3 ; Supérieur=4 ; Autre à préciser= 99.....

Q9- Profession : /...../ Commerçant=1 ; Etudiant=2 ; Elève=3 ; Ménagère=4 ; Manœuvre=5 ; Chauffeur=6 ; Aide-ménagère=7 ; Militaire=8 ; Agent Santé=9 ; Coiffeur=10 ; Autre à préciser=99.....

Q10- Résidence : /_____ /

Q11- Religion : /..... / Musulman=1 ; Chrétien=2 ; Autre à préciser=99

Q12- Ethnie : /..... / Bambara=1 ; Peuhl=2 ; Sonrhäi=3 ; Senoufo=4 ; Dogon=5 ; Bobo=6 ; Mianka=7 ; Sarakolé=8 ; Autre à préciser=99.....

B- Connaissances sur la maladie à Coronavirus :

Q13- Avez-vous déjà entendu parler de la maladie à Coronavirus ? /...../ Oui=1 ; Non=2

Q14- Si oui, croyez-vous à l'existence de la maladie à Coronavirus ? /...../ Oui=1 ; Non=2

Q15- Quelles sont vos sources d'informations sur la maladie à Coronavirus ? /...../ Ecole=1 ; Radio=2 ; Télévision=3 ; Grin=4 ; Centre de santé=5 ; Réseaux sociaux=6 ; Autre à préciser=99.....

Q16- Selon vous, quelle est la principale voie de transmission du Coronavirus ? /...../

Contact avec une personne infectée=1 ; Poignée de main =2 ; Salive =3 ; Morve =4 ; Objets souillés =5 ; L'air libre=6 ; Rapports sexuels=7 ; De la mère à l'enfant=8 ; Autre à préciser=99.....

Q17- Quelle est, selon vous, la porte d'entrée du Coronavirus ? /...../ Les yeux=1 ; Le nez=2 ; La bouche=3 ; les oreilles=4 ; La peau=5 ; Autre à préciser=99

Q18- Quels sont les signes cliniques de la maladie à coronavirus ? /...../ Fièvre=1 ; toux=2 ; Maux de gorge=3; Maux de tête=4 ; Fatigues / faiblesse générale=5 ; Eternuement=6 ; Difficulté respiratoire=7 ; Vertige=8 ; Perte de goût=9 ; Perte d'odorat=10 ; Vomissement=11; Ne sait pas=88

Q19- Est-ce qu'on peut se protéger du Coronavirus en portant des masques ? /..... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q20- Peut-on se protéger du virus du Coronavirus en respectant la distanciation de 1m ? /.... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q21- Est-ce qu'on peut se protéger du Coronavirus en se lavant les mains régulièrement avec du savon ? /..... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q22- Pensez-vous que le vaccin peut protéger contre le Coronavirus ? /..... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q23- Existe-t-il un traitement contre la maladie à coronavirus ou COVID-19 ? /.... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q24- Existe-t-il un vaccin contre ce virus ? /..... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q25- Peut-on guérir de la maladie à coronavirus ? /..... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q26- Un malade guérit, peut-il encore transmettre la maladie à coronavirus ? /..... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q27- Connaissez-vous des centres de dépistage et de prise en charge de la maladie à Coronavirus ? /...../ Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

C- Attitudes Pratiques de la population face à la maladie à Coronavirus :

Q28- Avez-vous changé vos habitudes lorsque vous avez appris comment se transmettait le Coronavirus principalement ? /..... / Oui =1 ; Non =2 ; Ne sait pas =88

Q29- Si oui, comment ? /..... / Port de masque=1 ; Lavage des mains=2 ; Distanciation sociale=3 ; Vaccination=4 ; Autre à préciser=99.....

Q30- Devant un cas suspect, quelle sera votre attitude /...../ fuir le malade=1 ; Isoler le malade=2 ; Appeler le numéro vert=3 ; Alerter=4 ; Ne sais pas=88 ; Autre à préciser=99.....

Q31- Si vous êtes accidentellement exposé au virus ; quel sera votre attitude ? /...../ Consulter un médecin=1 ; Lavage au savon et utilisation antiseptique=2 ; Auto confinement=3 ; Port de masque=4 ; Autre à préciser=99.....

Q32- Si vous êtes dépistés Covid-19 positive, accepterais-tu d'être mise en quarantaine ? /..... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q33- Avez-vous déjà attrapé la covid-19 ? /..... / Oui = 1 ; Non = 2 ; Ne sait pas =88

D- Pratiques de Prévention :

Q34- Lavez-vous systématiquement vos mains avec du savon ? /..... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas =88

Q35- Friction des mains avec des solutions hydro alcooliques ? /..... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q36- Portez-vous des masques ? /..... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q37- Respectez-vous la distance d'au moins 1 m ? /....../ Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q38- Etes-vous vaccinés ? /..... / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q39- Si oui, avec quel vaccin ? /..... / Astra zeneca=1 ; Johnson&Johnson=2 ; Pfizer=3 ; Sinovac=4 ; Sputnik-V=5 ; Ne sait pas=88

Q40- Si non, accepteriez-vous de faire le vaccin ? /... .. / Oui=1 ; Non=2 ; Ne sait pas=88

Q41- Si non, Quelle serait la raison de ce refus ? /..... / Peur d'être contaminé=1 ; Peur de tomber malade=2 ; N'y crois pas à l'efficacité=3 ; Ne sait pas=88

Nous vous remercions pour votre disponibilité !!

Fiche signalétique

Nom : SIDIBE

Prénom : Fatoumata

Téléphone : (00223) 70-30-75-28

E-mail : sanogofatoumatasidibe@gmail.com

Titre de la thèse : Connaissances, Attitudes et pratiques des populations de la commune V du district de Bamako face à la maladie à coronavirus

Année universitaire : 2021 – 2022

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique, Epidémiologie et Ethique

Résumé :

Il s'agit de l'épidémie meurtrière de la maladie à Coronavirus (COVID-19) observée pour la première fois en 2003 en Chine qui a causé environ 5,318 millions de décès. Le monde a subi l'une des flambées les plus meurtrières.

Le 25 mars 2020, le Mali a enregistré ses deux premiers cas confirmés de cette épidémie.

Le personnel soignant est exposé au risque de transmission.

Nous avons réalisé une étude transversale prospective allant du 1er janvier au 30 juin 2022 qui avait pour but d'évaluer le niveau de connaissance, l'attitude et la pratique de la population de la Commune V du district de Bamako face à la maladie à Coronavirus. Nous avons enquêté 160 personnes dans trois quartiers de la commune V du district de Bamako. Dans cet échantillon, l'âge moyen était de 30 +/- 11ans avec des extrêmes de 15 à 69 ans. Le sexe masculin était plus représenté avec 52,5%.

Les modes de transmission étaient bien connus dans notre échantillon, 33,1% parlaient du contact avec une personne infectée, poignée de main, salive, morve. Parmi les sites de transmissions, 73,8% étaient les nez et la bouche avec 11,9%. La majorité des signes cliniques était citée : la fièvre (23,1%), l'éternuement avec 15,6% et la fatigue (13,8%)

Cependant, selon 87,5%, le port du masque était nécessaire. Face à un cas suspect, l'attitude préférée était d'appeler le numéro vert avec 38,1%. La majorité des participants était vacciné au moment de l'étude soit 34,4%. Pour améliorer la prévention, les participants ont surtout recommandé l'information, l'éducation et la Communication auprès des populations.

Mots clés : Maladie à coronavirus, Connaissances, Prévention, Commune V du district de Bamako.

SERMENT DE MEDECIN

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de partie politique ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

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

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

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

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

Je le jure !!!