

ETUDE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES FEMMES, HOMMES, FILLES ET GARÇONS EN MATIÈRE DU CORONA VIRUS (COVID- 19) DANS LE DISTRICT DE BAMAKO

Youssouf Coulibaly
ykulubali@gmail.com

Ko Samaké
samake0909ko@yahoo.fr

Amadou Diabaté
amadoudiabat@gmail.com

Tidiane Niaré
Niaret73@gmail.com

Mahamadou Beleme
mahamadoubeleme@gmail.com

RESUME

Le coronavirus est apparu en décembre 2019 (COVID- 19) et a envahi le monde sous forme de pandémie. Le Mali a connu et connaît toujours quelques milliers de cas. C'est une maladie nouvelle et sa survenue a bouleversé les habitudes des populations. Pour apporter une contribution, l'équipe de recherche a décidé de réaliser une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des hommes, des femmes, des filles et des garçons âgés de 13ans et plus en matière du coronavirus dans le district de Bamako.

S'agissant d'une étude essentiellement quantitative, un tirage au sort a été fait pour sélection 03 (trois) sur les 06 (six) communes du district de Bamako pour réaliser la collecte des données. Cette approche méthodologique a permis d'aboutir à des résultats :

Concernant l'accès à l'information des populations sur la COVID- 19, il ressort globalement de l'analyse qu'en moyenne 91% des répondants ont affirmé avoir reçu des informations sur la COVID- 19. Cependant, une certaine disparité existait entre les communes avec 90% dans la commune II, 92% dans la CV et 90,5% dans la CVI.

Par rapport à la connaissance en termes de savoir- faire (citer les contenus des messages reçus, les signes de la COVID-19), il apparait que le niveau de connaissance élevé était à 2% des répondants, le niveau moyen de connaissance à 20% et à 78% de faible niveau.

Pour ce qui concerne le savoir être (Comment se comporter face à la COVID-19) l'on avait 5% de niveau de connaissance élevé, et respectivement 26% et 69 % de niveaux moyens ou faibles.

Les attitudes les bonnes attitudes face à la COVID-19 ont été évaluées à 5%, les moyennes à 19% et les mauvaises à 76% des répondants. Des disparités existent entre les communes.

De la régression logistique, il ressort que les attitudes face à la COVID- 19 influencées par certaines caractéristiques sociodémographiques des répondants, telles que l'âge, le niveau d'éducation, la survenue de cas, dans la famille ou le voisinage. Ainsi, plus les individus sont matures et scolarisés, ils ont de bonnes attitudes face à la COVID- 19.

Sur les pratiques en matière de COVID- 19, il ressort que 5% des répondants déclarent appliquer les gestes barrières de façon régulière, contre 15% de pratiques moyenne et 80% de façon médiocre, voire occasionnelle ou qui ne les appliquent pas du tout.

Les études sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations en matière de maladie et de la santé sont importantes, car les CAP fixent les patients par rapport aux traitements, à la maladie et aux soignants.

Mots clés : Distanciation sociale, Masque COVID-19, Maladie, Connaissances, Attitudes, Pratiques, Pandémie

ABSTRACT

The coronavirus appeared in December 2019 (COVID-19) and has invaded the world in the form of a pandemic. Mali has known and still knows a few thousand cases. It is a new disease and its occurrence has changed people's habits. To make a contribution, the research team decided to carry out a study on the knowledge, attitudes and practices of men, women, girls and boys aged 13 and over regarding the coronavirus in the district of Bamako.

As this is an essentially quantitative study, a random draw was made for selection 03 (three) out of the 06 (six) communes of the district of Bamako to carry out the data collection. This methodological approach made it possible to achieve results:

Regarding the population's access to information on COVID-19, the overall analysis shows that on average 91% of respondents affirmed having received information on COVID-19. However, a certain disparity existed between the municipalities with 90% in municipality II, 92% in the CV and 90.5% in the CVI.

Regarding knowledge in terms of know-how (quote the contents of messages received, signs of COVID-19), it appears that the high level of knowledge was at 2% of respondents, the average level of knowledge at 20% and 78% low level.

With regard to knowing how to be (How to behave in the face of COVID-19) we had 5% of high level of knowledge, and respectively 26% and 69% of medium or low levels.

Attitudes Good attitudes towards COVID-19 were rated at 5%, averages at 19% and bad at 76% of respondents. There are disparities between the municipalities.

From the logistic regression, it emerges that attitudes towards COVID-19 influenced by certain socio-demographic characteristics of the respondents, such as age, level of education, occurrence of cases, in family or neighborhood. Thus, the more mature and educated individuals are, they have good attitudes towards COVID-19.

Regarding COVID-19 practices, it emerges that 5% of respondents state that they apply barrier gestures on a regular basis, against 15% of average practices and 80% in a mediocre way, even occasionally or who do not apply them at all.

Studies of people's knowledge, attitudes and practices about disease and health are important because CAPs fix patients in relation to treatment, disease and caregivers.

Keywords: Social distancing, COVID-19 mask, Disease, Knowledge, Attitudes, Practices, Pandemic

INTRODUCTION

1. Le contexte de la maladie :

Les maladies et les épidémies ne sont pas le fait du hasard. Elles sont liées à un contexte écologique où les conditions leurs sont favorables. Alors, on est en présence d'une situation de déséquilibre à un moment donné où le germe de la maladie peut se transmettre à l'hôte (Y. Coulibaly, 2013 :2).

Le virus SARs-CoV-2 est un nouveau virus causant la maladie COVID-19. Le coronavirus, apparu en décembre 2019 (COVID-19) ne fait pas exception à cette règle. Il fait partie des coronavirus qui appartiennent à une large famille de virus en forme de couronne, dont le SARs-CoV ou coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère, était à l'origine de l'épidémie de la maladie de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), apparu en Espagne (2002-2003).

Selon les connaissances actuelles sur cette maladie, quelle que soit l'origine exacte du virus, la transmission est **interhumaine**, de personne à personne (...). Le moment entre l'infection et la déclaration des premiers symptômes est appelé la période d'incubation. À ce jour, cette période d'incubation de la COVID-19 qui varie en fonction de l'état général de la personne infectée est estimée entre 1 et 14 jours avec une moyenne de 5 jours.

Il ressort de l'analyse du centre des maladies pour le contrôle et la prévention, qu'il est difficile de confirmer avec certitude que les personnes en période d'incubation sont capables de transmettre le virus. Pour ce centre, certaines études ont révélé une transmission possible pendant les jours précédant l'apparition des symptômes DCD (Centers for disease, control and prevention: 2020 :5).

Selon la même source, lorsqu'une personne infectée en infecte une autre, le temps moyen entre l'apparition des symptômes de la première personne et de la deuxième personne serait estimé entre 4,4 et 7,5 jours (intervalle de série). Aussi, nous ne savons pas si les personnes infectées qui n'ont pas de symptôme sont plus ou moins contagieuses que les personnes infectées qui ont des symptômes. Cependant, une personne qui a des symptômes comme la toux, aura plus de chance de transmettre le virus par la propulsion de gouttelettes en comparaison à une personne infectée qui ne tousse pas (Centers for disease, control and prevention: 6).

Les symptômes de la COVID-19 sont, dans la majorité des cas, de la fièvre, une toux sèche, de la fatigue, des maux de tête et des douleurs musculaires. Une personne infectée peut avoir un ou plusieurs de ces symptômes. Dans certains cas (plus rares), on peut être essoufflé, avoir le nez bouché ou qui coule, des maux de gorge ou une diarrhée.

Il faut noter que la manifestation d'un de ces symptômes (fièvre, toux sèches, fatigue...) ne veut pas nécessairement dire que la personne a contracté le virus. Par ailleurs, certaines personnes sont infectées par le virus, mais n'ont aucun symptôme de la maladie. De même, à ce stade des recherches, il n'est pas sûr que les personnes infectées n'ayant aucun symptôme de la maladie ne puissent contaminer d'autres personnes.

La Chine a été le premier foyer de la COVID-19 où les premiers cas ont été enregistrés en novembre 2019 dans la ville de Wuhan (la capitale de la province du Hubei). Quelques mois après, la maladie s'est propagée de par le monde à travers les voyageurs¹ porteurs du virus.

Le continent africain va connaître son premier cas en février 2020 en Egypte. Des points chauds sont apparus en Afrique du Sud, en Afrique du Nord, et en Afrique de l'Ouest notamment en raison d'une dissémination plus rapide causée par une forte densité de population urbaine.

¹ <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses> (consulté le 6 avril, 2020)

Le Mali a déclaré son premier cas le 25 mars 2020 quand des cas avaient été déclarés auparavant dans plusieurs pays limitrophes. Au 20 novembre 2020, la situation cumulée donnait 4169² cas positifs de COVID-19 parmi lesquels 3003 sont guéris, 91 décès et 52 dans la communauté.

Par ailleurs, l'on ne connaît pas la proportion exacte de ces personnes pour COVID-19 au Mali. Mais, en Chine et en Europe, par exemple, elle a été estimée à environ 60% des personnes infectées. Dans la majorité de ces cas, il n'y a pas de symptôme grave et aucun traitement n'est nécessaire. Le corps se défend tout seul contre la maladie grâce au système immunitaire. Ainsi, dans ces cas les personnes infectées guérissent toutes seules et n'ont pas besoin de traitement. Pour les cas les plus sévères (qui représentent une minorité de personnes infectées), une hospitalisation avec assistance respiratoire est souvent nécessaire. Concernant la guérison, aucun médicament n'a été formellement recommandé pour la COVID-19. Plusieurs essais cliniques étaient en cours, certains ont abouti. A ce jour, nous savons qu'une personne peut être infectée par le virus deux fois de suite. Plusieurs scientifiques ont déclaré qu'une deuxième infection au virus était probable et qu'un patient ayant été infecté pouvait être testé positif jusqu'à 20 jours après sa guérison (Zhang S. 2020 : 2).

En revanche, certaines personnes auraient plus de risque de développer des symptômes graves (problèmes respiratoires importants par exemple) et nécessiteraient une prise en charge et des soins particuliers (oxygène, réanimation par exemple). Les principales personnes à risque seraient : les personnes âgées, les personnes en surpoids important, les femmes enceintes, les personnes avec des maladies chroniques, et les personnes avec un système immunitaire plus faible.

Le virus est apparu au Mali en Mars 2020. Les mentalités n'étaient favorables à l'adoption des mesures de protection et de prévention de la COVID-19. Plusieurs facteurs favorisaient cette situation.

Sur quelles connaissances les populations du district de Bamako s'appuient pour adopter ou non des attitudes et pratiques en vue de s'approprier ou non de cette maladie ?

2. Les différents aspects du problème

Le coronavirus est représenté de diverses manières selon le point de vue des différents acteurs ou groupes. A cet effet, il ne s'agit ni du vrai ou du faux, mais du concevable. Les différents aspects du problème portent sur l'analyse des différents acteurs en présence.

- Sur le plan social
- Croyance et attitude face au coronavirus

Il y a plusieurs catégories de personnes : certaines personnes ne croient pas à l'existence du coronavirus, d'autres y croient, mais le prennent à la légère car elles pensent qu'y être habituées. Une minorité y croit fermement et respectent les conseils et mesures barrières. Ces trois catégories de personnes sont représentées dans les affirmations suivantes : pour ce dernier, « *Nous, nous sommes habitués aux rhumes et à ses différentes épidémies. Donc, le coronavirus et ses exigences ne nous apprennent rien en ce qui concerne les mesures de préventions. En cas de rhume, les gens se lavent régulièrement les mains, le nez à l'eau et au savon ; évitent les accolades, embrassades et de se serrer les mains pour ne pas contaminer l'autre. Le coronavirus ne nous apprend pas autres choses. Nous pensons que c'est une pandémie mondiale, mais même pas une épidémie au Mali. On n'a donc pas à s'alarmer et à déranger nos activités et nos relations sociales.*³ »

Celui-ci s'exprime ainsi : « *Je ne crois pas au coronavirus, c'est une maladie politique inventée tout comme Ebola pour faire peur aux populations. Le coronavirus est le même que le rhume dont nous souffrons, ils ont les mêmes signes, donc nous y sommes déjà habitués*⁴. ».

² Communiqué n°263 du 20 novembre 2020 du Ministère de la Santé et du Développement Social sur le suivi des actions de prévention et de riposte face à la maladie à Coronavirus.

³ ECAPC, enquête 2, EIH, Bko, Avril 2020

⁴ ECAPC, enquête1, EIH

A cette troisième personne d'ajouter : « *Pour moi, le coronavirus ne constitue pas un problème de santé. Il est comme le rhume qu'on attrape tous les jours et après une semaine l'on est guéri. Je cherche plutôt du travail.*⁵ »

Les tenants de ces trois affirmations tentent vers une certaine banalisation de la maladie et adoptent peu ou pas les mesures barrières contre la COVID-19.

« *Je sais que je peux attraper le coronavirus au bureau, dans la rue, au lieu de culte ou prière, même à la maison. Mais, je dois respecter la distanciation sociale, porter le masque, éviter de serrer la main des autres, éviter les embrassades, éviter les lieux de rassemblement (mariage, prière collective, funérailles, cérémonie de nomination des enfants, etc. Pour moi, chacun doit être responsable pour éviter la transmission du coronavirus. C'est une réalité et nous devons avoir peur de cette maladie qui fait des ravages dans le monde et même chez nous au Mali.*⁶ » .

Il s'agit ici d'une quatrième catégorie minoritaire qui croit au coronavirus et accepte de suivre les conseils sanitaires.

- Mesures pratiques individuelles et collectives de prévention au niveau communautaire
- Le masque

Le port du masque, qui est tout simplement pris pour une mesure de protection, est interprété par les populations sous l'angle du rapport à l'autre. Ainsi, le visage qui permet la reconnaissance et la lecture de l'humeur sur le visage des personnes se trouve en grande partie couvert par le masque. Ensuite, le masque est vu comme une certaine barrière aux autres et traduit un certain dédain. Enfin, le port du masque est vu par certaines personnes comme des cas positifs susceptibles de transmettre la maladie. Il faut donc porter un masque pour se protéger et éviter de contaminer d'autres personnes saines. Dans tous ces cas, le masque crée une certaine distance dans la communauté, dans la circulation et les lieux publics.

- La distanciation sociale

Pour réduire ou freiner la transmission de la COVID-19, il est recommandé aux populations d'abandonner certaines habitudes au profit de certaines mesures de distanciation sociale telles que le respect d'une certaine distance entre les individus, l'évitement des attroupements lors des mariages, funérailles, prières collectives, etc. Certaines personnes ont du mal à abandonner leurs habitudes et à développer de nouveaux réflexes face au coronavirus.

L'objectif général de l'étude est de comprendre les connaissances, attitudes et pratiques de la population du district de Bamako sur la maladie du coronavirus enclenchée en décembre 2019.

3. Objectifs spécifiques

- Décrire et analyser les connaissances, attitudes et pratiques de la population du district de Bamako sur la maladie du coronavirus ;
- Analyser les caractéristiques des personnes de faibles connaissances et d'attitudes dans la population du district de Bamako ;
- Décrire les facteurs déterminant l'appropriation du coronavirus par les populations du district de Bamako.

⁵ ECAPC, enquête3, EIF, Bko, Avril 2020

⁶ ECAPC, enquête4, EIF, Bko, Avril 2020.

MATÉRIELS ET MÉTHODES DE LA RECHERCHE

1. Les méthodes de l'étude :

L'étude a utilisé essentiellement une méthode quantitative. Mais, des données secondaires ont été collectées. Le questionnaire a été utilisé et a permis de collecter de prime abord des données quantitatives. Ces types d'informations permettent en effet, sur les bases de données factuelles chiffrées, de consolider l'argumentation fondée sur les explications qualitatives. Les données quantitatives ont été analysées au moyen des logiciels Excel et SPSS.

2. Les unités d'analyse

Sur le plan des délimitations géographiques et sociologiques, l'enquête a couvert trois (03) communes du district de Bamako. Il s'agit des communes II, V et VI. Ces communes ont été choisies selon une technique à probabilité égale où chaque commune du district de Bamako a la chance d'être sélectionnée. La même technique a été utilisée pour choisir dans chaque commune, trois quartiers.

3. La collecte des données :

Pour cette phase, nous avons recruté des enquêteurs qui ont d'abord suivi une formation de 2 jours sur le contexte de la maladie à Coronavirus ainsi que sur les mesures barrières qu'ils étaient tenus de respecter strictement pendant l'enquête. Ils ont aussi été briefés sur les mesures à prendre en cas de rencontre de cas suspect lors des opérations de collecte de données sur le terrain. Tous les enquêteurs portaient des masques de protection et étaient munis de boîtes à gel hydro alcoolique. A chaque occasion, il leur a été recommandé de se laver les mains au savon. Toutes les personnes abordées ont reçu des messages de sensibilisation sur les mesures de prévention de la maladie à coronavirus et le comportement à adopter à l'apparition des symptômes apparentés à ceux de la COVID-19.

4. Quelques aspects éthiques et déontologiques

A participation à l'enquête était exclusivement liée à l'acquisition du consentement éclairé de l'enquêté. Les questions ont été élaborées de telle sorte qu'elles puissent intéresser les répondants sans les heurter mais en visant à collecter un contenu vrai et significatif sur les aspects abordés.

5. Quelques limites de l'étude

La présente étude a concerné trois quartiers de trois communes du District de Bamako et n'a pas couvert les zones périphériques comme Kalaban Coro et Kati où plusieurs cas de COVID-19 ont été diagnostiqués. Une documentation insuffisante sur le sujet à étudier n'a pas permis d'acquérir de données de bases sur la COVID-19 au Mali.

Un autre aspect important a été la réticence de certaines personnes qui se manifeste à travers le refus, la négligence, le mépris lors de la collecte des données face l'équipe de recherche.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE :

Dans cette rubrique, il s'agit de la présentation et l'analyse des résultats selon les thématiques et sous-thématiques de l'étude.

1. Connaissance des répondants sur la COVID-19 :

La connaissance est analysée sous trois aspects, la connaissance informative, la connaissance en tant que savoir-faire et enfin la connaissance en tant que savoir être (le comportement à tenir). Il est nécessaire de souligner que la combinaison de ces trois aspects est importante pour aboutir à une conclusion sur le niveau de connaissance des populations au sujet de l'objet ou du sujet étudié. Le degré de connaissance est évalué sur la base du souvenir des messages entendus et des comportements à tenir en cas de COVID-19.

Concernant la connaissance informative, il ressort de l'analyse des données que 91% des répondants ont affirmé avoir reçu des informations sur la maladie à corona virus, dont 94% des hommes, 91% des femmes, 89% des filles et 90% des garçons. Ainsi, l'on conclut qu'en moyenne 91% des répondants avaient accès à l'information sur la COVID-19.

Par rapport à l'âge, il ressort de l'analyse des données que plus de 60% des répondants qui ont reçu des messages sur la COVID-19 avaient 50 ans et plus. En plus, il apparaît dans les données que 90% des répondants possédaient au moins une radio et ou un poste de télévision. Ce qui indique que l'utilisation des nouvelles technologies de communication et de l'information facilite l'accès à l'information.

Une analyse par rapport au niveau d'instruction montre respectivement 29% des répondants de niveau supérieur, 26% de niveau secondaire, 23% de niveau fondamental et 22% non alphabétisés. Ces données montrent que les populations ont eu non accès à l'information sur la COVID-19 et que le niveau d'instruction y a contribué.

L'analyse par commune montre que c'est dans la commune V que les répondants ont plus accès à l'information avec 95% des répondants, suivi de la commune VI 91%. La Commune II enregistre la faible proportion 87% des répondants.

Par rapport à la connaissance en termes de savoir-faire (citer les contenus des messages reçus, les signes de la COVID-19), il apparaît que le niveau de connaissance élevé était à 2% des répondants, le niveau moyen de connaissance à 20% et à 78% de faible niveau. Selon ces données, au sujet du statut matrimonial, il ressort de l'analyse que parmi ceux qui ont une connaissance élevée ou moyenne 70% des répondants qui étaient impliqués dans une relation.

Pour ce que concerne le niveau d'instruction, l'analyse montre que 35% des répondants de niveau supérieur, 23% de niveau secondaire, 22% de niveau fondamental et 20 % non alphabétisés.

En plus, l'analyse du critère d'âge permet de faire remarquer que ceux qui ont un niveau de savoir-faire élevé et moyen avaient en majorité 50 ans et plus.

Une analyse par sexe en matière de savoir-faire, permet de ressortir respectivement 33% et 25% des femmes et filles de niveau élevé, et 22% et 20% des hommes et garçons de niveau de savoir-faire élevé.

Par rapport à l'analyse par commune, il ressort que 36% des répondants de la CV avaient un niveau élevé de savoir-faire, contre 32% pour les CII et CVI.

Pour ce qui concerne le savoir-être (Comment se comporter face à la COVID-19) l'on avait 5% de niveau de connaissance élevée, et respectivement 26% et 69 % de niveaux moyens ou faibles.

L'analyse du statut matrimonial révèle que parmi ceux qui ont une connaissance élevée ou moyenne en matière ce comportement à tenir en cas de COVID-19 étaient 70% des répondants impliqués dans une relation.

Par rapport au niveau d'instruction, il ressort des données 34% des répondants de niveau supérieur, 27% de niveau secondaire, 22% de niveau fondamental et 17 % non alphabétisés.

En plus, l'analyse du critère d'âge permet de faire remarquer que ceux qui ont un niveau de savoir-faire élevé et moyen avaient en majorité 50 ans et plus.

L'analyse par sexe en matière de savoir-faire permet de ressortir respectivement 30% des femmes, 27%, des filles, 24% des hommes et 19% garçons de niveau de savoir-faire élevé.

Par rapport à l'analyse par commune, il ressort que 35% des répondants de la CV avaient un niveau élevé de savoir-faire, contre 33% pour les CII et 32% en CVI.

D'une manière générale, la régression logistique montre que le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, le statut matrimonial et le lieu de résidence influent le niveau de connaissance des individus sur la COVID-19. Ainsi, il ressort de l'analyse que les hommes avaient un niveau un peu plus élevé que les femmes, de même les adultes par rapport aux jeunes et au moins jeunes. Concernant l'instruction, il apparaît que le niveau d'instruction favorise la connaissance sur la COVID-19. Quant au statut matrimonial, il ressort de l'analyse que se qui étaient impliqués dans une relation avaient plus de connaissance.

2. Attitudes des répondants face à la COVID-19

Pour appréhender les perceptions et attitudes des hommes, des femmes, des filles et des garçons face à la COVID-19, une série des questions leurs avaient été posées, sur la base desquelles le degré de d'attitude est évalué.

Concernant, les attitudes face à la COVID-19 les bonnes attitudes étaient évaluées à 5%, les moyennes à 19% et les mauvaises à 76% des répondants. Des disparités existent entre les différentes catégories sociales et les communes touchées. Il ressort de l'analyse des bonnes et moyennes attitude 31% des femmes, 27% des hommes, 24% des filles et 18% des garçons. En outre, ces données montrent au sujet du statut matrimonial que parmi des répondants qui avaient une bonne ou attitude acceptable qui étaient impliqués dans une relation, soit 69,90% des répondants.

Sur la perception de la COVID, il apparaît d'une part dans les résultats que 5% des répondants estimaient que le corona virus est une maladie dangereuse contre 2% des répondants qui la perçoivent comme une maladie humiliante et pour 1% c'est une maladie handicapante. Pour ces catégories de répondants, il est important, sinon nécessaire de respecter les consignes des autorités sanitaires, notamment les gestes barrières (port du masque de protection, lavage des mains au savons ou avec le gel hydro alcoolique, etc.) et les comportements à éviter. D'autres parts, il ressort que 92% des répondants ont estimé que la COVID-19 est comme toute autre maladie, notamment la grippe ou le rhume endémique.

Des attitudes par rapport à l'âge, il ressort de l'analyse des données que 60% des répondants avec de bonnes ou moyennes attitudes avaient 50 ans et plus.

Concernant le niveau d'instruction par rapport aux attitudes bonnes et moyennes des répondants, l'analyse indique qu'il y avait 33% des répondants de niveau supérieur, 25% de niveau secondaire, 22% de niveau fondamental et 20 % non alphabétisés.

L'analyse par rapport aux attitudes bonnes et moyennes selon les communes indique 45% des répondants pour la CV, 33% pour la VI et 22% pour la CII.

De la régression logistique, il ressort que les attitudes face à la COVID- 19 influencées par certaines caractéristiques sociodémographiques des répondants, telles que l'âge, le niveau d'éducation, le lieu de résidence, le statut matrimonial.

3. Pratiques en matière de COVID-19 dans le district de Bamako

Pour appréhender les pratiques des hommes, des femmes, des filles et des garçons face à la COVID-19, une série de questions leurs avaient été posées, sur la base de l'application des gestes barrières, (port du masque, distanciation sociale, tousser dans le creux du coude, la protection, l'utilisation de mouchoir à usage unique, signalement et référencement des cas de COVID-19, etc.) et l'évitement des gestes non indiqués (se serrer les mains, les embrassades, les accolades, etc.). Il ressort des résultats de cette étude que 100% des répondants non pas vu, entendu parler ou rencontré un cas de COVID- 19. (NB : Ce qui peut influencer sur les CAP, notamment les pratiques).

Concernant les pratiques des populations en matière de COVID- 19, l'analyse révèle que 5% des répondants ont déclaré appliquer les gestes barrières de façon régulière, contre 15% de pratiques moyenne et 80% de façon occasionnelle.

Sur les bonnes et acceptables pratiques des populations face à la COVID-19, il ressort des résultats 7,50% de bonnes pratiques, 19,50% de pratiques acceptables et 73% de mauvaises pratiques. Il ressort de l'analyse des bonnes et moyennes pratiques 30% des femmes, 26% des hommes, 23% des filles et 21% des garçons.

Concernant le statut matrimonial, il ressort de l'analyse des répondants de bonnes ou acceptables pratiques que 71% des répondants étaient impliqués dans une relation. De même, par rapport à l'âge, il ressort de l'analyse des données que 71% des répondants de bonnes ou acceptables pratiques avaient 50 ans et plus.

Concernant le niveau d'instruction des répondants de bonnes ou pratiques acceptables, l'analyse montre qu'il y avait 35% des répondants de niveau supérieur, 25% de niveau secondaire, 20% de niveau fondamental et 20 % non alphabétisés.

L'analyse par rapport aux bonnes et acceptables pratiques selon les communes indique 37,50% des répondants pour la CVI, 31, 70% pour la V et 30, 80% pour la CII.

A la lumière de la régression logistique, il ressort que les pratiques face à la COVID- 19 étaient influencées par certaines caractéristiques sociodémographiques des répondants, telles que l'âge, le niveau d'éducation, le statut matrimonial, le lieu de résidence.

4. Analyse de quelques facteurs d'influence sur les CAP en matière de COVID-19

Il apparaît dans l'analyse que certaines caractéristiques sociodémographiques influent sur le niveau de connaissances, les attitudes et pratiques des populations. Alors, il importe d'examiner, entre autres le niveau d'instruction, l'âge, l'état matrimonial, le sexe.

4.1. Influence des caractéristiques sociodémographiques des enquêtés sur le niveau de connaissance de la COVID-19

L'analyse des données laisse apparaître que le degré de connaissance des répondants sur la COVID-19 est influé par le niveau d'instruction, l'âge et le sexe. Ainsi, il ressort que la commune de résidence n'a pas d'influence quel que soit le degré de connaissance. Ainsi, il ressort de l'analyse que les personnes avec un niveau d'instruction faible ou sans niveau d'instruction ont 0.70 fois moins de chance d'avoir une connaissance faible, 0.78 fois moins de chance d'avoir une connaissance moyenne et 0.80 fois moins de chance d'avoir un niveau élevé de connaissance que des personnes sans aucune connaissance mais avec un niveau d'instruction supérieur. Selon les données, cette chance s'améliore légèrement lorsqu'il s'agit des personnes de niveau d'instruction fondamental avec 0.60 fois moins de chance d'avoir un niveau de connaissance faible et 0.65 fois moins de chance d'avoir une connaissance moyenne sur la COVID-19 que son congénère ayant un niveau d'instruction supérieur.

Concernant le sexe, les personnes de sexe féminin ont 0.50 fois plus de chance que leurs catégories d'âge de sexe masculin de passer de sans connaissance à une connaissance moyenne.

Quant à l'âge, il ressort de l'analyse des données que les personnes de 35 ans à 49 ans et de 50 ans et plus ont respectivement 0.48 et 0.40 fois plus de chance que les jeunes de 15 à 18 ans et ceux de 19 à 29 ans de passer d'aucune connaissance à un niveau de connaissance moyenne sur la COVID-19.

4.2. Influence des caractéristiques sociodémographiques des enquêtés sur les attitudes et perceptions en matière de COVID-19

Les données de la présente étude indiquent que les attitudes des individus face à la COVID-19 sont aussi influées par le niveau d'instruction, le sexe, l'âge et le statut matrimonial. Ainsi, concernant l'âge il apparaît des résultats que les jeunes ont 0,80% plus de chance que les adultes de passer de mauvaises attitudes à des attitudes acceptables et 0,70% moins de chance d'avoir des bonnes attitudes.

Par ailleurs, il apparaît que les célibataires ont moins de chance (0,80%) que les mariées d'adopter des bonnes attitudes face à la COVID-19. Une analyse sur le genre permet de faire remarquer que les personnes de sexe féminin ont 0.60 fois plus de chance que les personnes de sexe masculin de passer de mauvaise attitude à une attitude moyenne.

Concernant le niveau d'instruction, il ressort que celui-ci a une influence sur les attitudes des personnes ayant un de niveau d'instruction. Ainsi, l'analyse laisse apparaître une différence de 0,70fois et 0,75fois de de chance entre respectivement les personnes sans instruction et celle de niveau primaire d'avoir une attitude faible. Aussi, il ressort qu'une personne de niveau secondaire à 0.50 fois moins de chance d'avoir une attitude moyenne sur la COVID-19 que son congénère ayant un niveau d'instruction supérieur.

4.3. Influence des caractéristiques sociodémographiques des enquêtés sur les pratiques en matière de COVID-19

Il ressort de l'analyse que les pratiques de préventions contre la COVID-19 sont légèrement liées aux variables comme le sexe, l'âge, le statut matrimonial etc. Ainsi, il apparaît que les filles et les femmes ont 0,5fois moins de chance d'être victime de la COVID-19 que les hommes et les garçons avec (0,70fois).

Concernant l'âge des répondants, il ressort de l'analyse que la pratique en matière de la COVID-19 est en faveur des plus âgés (0,50fois) que les jeunes et adultes (0.70 fois). En effet, la probabilité de survenance de la COVID-19 diminue avec l'âge. Il ressort que, les répondants de 13 à 18 ans, de 19 à 28 ans, de 29 à 49 ans et de 50 ans et plus, ont respectivement 5%, 3.47%, 2.40% et 1,30% de chance d'être victimes de la COVID-19.

Par rapport au statut matrimonial, il apparaît que les célibataires, les veuf/ves et les abandonné(s) ont respectivement 0,8, 0,73 et 0,75 fois moins de chance d'être victimes de la COVID-19 que les personnes engagées dans une relations.

A la lumière de l'analyse des connaissances et attitudes, il est important de souligner qu'elles influent partiellement sur les pratiques de préventions et la survenance de la COVID-19. Ainsi, les personnes ayant une faible connaissance ont 47% moins de chance d'être victimes de la COVID-19 que leurs congénères ayant de bonnes connaissances. Aussi, les analyses montrent que les individus ayant des attitudes acceptables ont 4.52 fois plus de chance d'être victimes de la COVID-19 que ceux ayant des bonnes attitudes.

5. Profil sociodémographique des répondants par rapport aux faibles connaissances, aux attitudes et aux pratiques en matière de COVID-19

Il ressort des résultats que les individus ayant des connaissances faibles sur la COVID-19 sont majoritairement des jeunes filles de 13 à 18 ans et de 19 à 49ans, souvent mariées, sans niveau d'instruction et vivant le plus souvent dans les quartiers défavorisés. Ils ont des attitudes évaluées mauvaises et ou moyennes face à la COVID-19. Pour ce qui est de la pratique des mesures et protection et de préventions contre la COVID-19, il apparaît des résultats qu'il s'agit de ces mêmes catégories de personnes.

DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Elle s'articule autour des grandes lignes des thématiques abordées dans l'étude, notamment les CAP en matière de la COVID-19. Ainsi, il est ressorti des résultats que la connaissance de la COVID-19 était liée à l'accès à l'information par 91% des répondants. Il est à signaler que la COVID-19 a fait l'objet de plusieurs campagnes de sensibilisation et d'information au Mali à travers les médias sous toutes leurs formes. En conséquence, ceci devrait refléter sur les connaissances des répondants en termes de savoir-faire et savoir être en matière de COVID-19. Cependant, force est de reconnaître que ce n'est pas le cas avec le niveau de connaissance élevé à 2% des répondants, respectivement 20% et à 78% le niveau moyen de connaissance à de faible niveau pour la capacité à retenir l'information véhiculée. C'est aussi le cas avec 5% de niveau de connaissance élevée, et respectivement 26% et 69 % de niveaux moyen et faible en termes de connaissance

comme savoir-être. Il s'agit ici de la connaissance des comportements à tenir en cas de COVID-19. Au regard de ces informations, on peut faire remarquer que les populations ont eu accès à des informations, mais elles ont du mal à les retenir et à les intérioriser. Cela s'explique par la multitude d'information, l'incohérence des messages et leurs sources et par le peu d'intérêt des répondants à la COVID-19.

Concernant, les attitudes face à la COVID-19 les bonnes attitudes étaient évaluées à 5%, les moyennes à 19% et les mauvaises à 76% des répondants. Ces données sont en relation avec les niveaux de connaissance des répondants. Car, plus les répondants ont des connaissances élevées en matière de COVID-19 plus ils doivent avoir d'attitudes plus favorables pour la lutte contre cette maladie et en conséquence plus de pratiques de prévention contre la COVID-19. Malheureusement, ce n'est pas le cas, la COVID-19 est moins perçue comme une maladie dangereuse, humiliante, handicapante qu'une maladie comme toute autre maladie ordinaire au sein de la population. Ainsi, elle est tantôt assimilée au rhume tantôt à la grippe. Ces attitudes sont observables beaucoup plus chez certaines catégories de personnes, notamment les jeunes et les célibataires ou personnes ne vivant pas en couple. Cela s'explique par le fait que ces catégories de personnes ont le plus souvent moins de responsabilité, alors que la gestion de la maladie est, avant tout et à la fois, une question de responsabilité individuelle et collective. En plus, selon les connaissances actuelles sur la COVID-19, il est avéré qu'il concerne la plus part des cas et des décès concernent les personnes avancées en âge, notamment des personnes de 65ans et plus et malades de maladies chroniques.

Sur les pratiques en matière de COVID-19, il ressort que 5% des répondants déclarent appliquer les gestes barrières de façon régulière, contre 15% de pratiques moyennes et 80% de façon médiocre. En logique avec les connaissances et attitudes, cela s'explique par le fait que les CAP orientent les comportements des patients par rapport aux traitements, à la maladie et aux soignants. Il ressort également des résultats que les pratiques bien qu'en baisse, elles restent toujours fréquentes dans nos communautés.

D'autres données sur les cas montrent que les services de recours, les politiques publiques de gestion et d'assistance ne sont pas à hauteur de souhait pour convaincre les populations à y adhérer.

CONCLUSION

Cette étude permet de comprendre le niveau de connaissance des populations qui sous-tend leurs attitudes et pratiques selon les catégories sociodémographiques en cas de nouvelle maladie. Ainsi, il ressort des résultats de cette étude que les populations avaient largement reçu des informations sur la COVID-19, mais elles avaient du mal à retenir les informations reçues et à les appliquer. Il ressort de l'analyse des connaissances un niveau moyen de 23% en général. Ce taux est important, mais pas assez dans ce contexte de pandémie mondiale.

Par rapport aux attitudes des populations face à la COVID-19, nous avons relevé que plus les individus sont matures, scolarisés ou se trouvent dans une relation de couple, plus ils ont de bonnes attitudes. D'une manière générale, l'étude révèle que les attitudes des répondants face à la COVID-19 étaient évaluées bonnes à 5%, moyennes à 19% et mauvaises à 76%.

Sur les pratiques en matière de COVID-19, il ressort que 5% des répondants déclarent appliquer les gestes barrières de façon régulière, contre 15% de pratiques moyenne et 80% de façon médiocre.

La survenance de la COVID-19 au cours de la vie des enquêtés était relativement nulle. Il convient de signaler que la COVID-19 n'a pas encore atteint le niveau d'une épidémie au Mali. Ce qui a aussi beaucoup influé sur les attitudes et les pratiques des populations.

La présente étude constitue une contribution à la recherche sur les CAP en matière de nouvelle maladie face à laquelle les populations tentent tant bien que mal d'avoir des connaissances et d'adopter des attitudes pour des pratiques favorables à leur protection contre cette pandémie mondiale.

Enfin, l'étude a permis de connaître les facteurs influant les connaissances, les attitudes et les pratiques, les canaux et les moyens de communications les plus efficaces, ainsi que les mentalités non favorables et les facteurs environnementaux et institutionnels comme contraintes en matière de communication et de lutte contre la COVID-19.

Malgré, cela des questions demeurent sur cette maladie à cause de non maîtrise de la maladie et ses modes de transmission, de contagion, l'absence de traitement, ses conséquences, la guérison, le nombre de fois qu'une personne peut l'attraper, etc.

BIBLIOGRAPHIE

- Centers for Disease Control and Prevention, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), 2020, avril 2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.html>
- Coulibaly Youssof, Construction et appropriation sociale de la méningite dans le district de Bamako de 1930 à 2011, ISFRA de Bamako, 74P, 2013
- Zhang S, Diao M, Yu W, Pei L, Lin Z, Chen D. Estimation of the reproductive number of novel coronavirus (COVID-19) and the probable outbreak size on the Diamond Princess cruise ship: A data-driven analysis. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis*. 22 février 2020
- **Communique n°263 du 20 novembre 2020 du Ministère de la Santé et du Développement Social sur le suivi des actions de prévention et de riposte face à la maladie à Coronavirus.**
- <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses> (consulté le 6 Avril, 2020)