

Connaissances, attitudes et pratiques des kinois sur l'otite moyenne chronique suppurée / République Démocratique du Congo (RDC)**Community knowledge, attitudes and practices on chronic suppurative otitis media in Kinshasa**

Omadjela OA¹, Nyembue TD², Okitolonda WEP³, Situakibanza NH⁴, Matanda NR²

¹. Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, Hôpital Saint Joseph de Kinshasa /Limete et Faculté de Médecine /Université Notre Dame de Tshumbe, RDC.

². Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, RDC.

³. Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, RDC.

⁴. Département de Médecine Tropicale /Département de Médecine Interne, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, RDC.

Auteur correspondant: Dr Omadjela Oluku Auguste. E-mail : omadjaugu@gmail.com

RESUME

Objectifs : Analyser les connaissances, attitudes et pratiques des kinois sur l'otite moyenne chronique suppurée (OMCS) et en identifier les facteurs associés.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale analytique réalisée dans les communautés de Kinshasa du 1^{er} Mars au 30 Avril 2018. Les données sociodémographiques, celles liées à la connaissance de la maladie et aux attitudes ainsi qu'aux pratiques ont été collectées. La régression logistique a été réalisée.

Résultats : Sur 488 participants sélectionnés et interviewés, 261 (53,3%) n'avaient pas d'otorrhée et 227 (46,5%) avaient une otorrhée chronique suppurée. Soixante-six pourcent d'entre eux n'avaient pas accès à l'éducation sanitaire. Les deux groupes ignoraient que l'OMCS peut être causée par une infection des voies respiratoires supérieures ($p = 0,144$) tandis que ceux non malades ignoraient les complications de l'OMCS contrairement au groupe des malades ($p < 0,0005$). Les malades recouraient à la fois au traitement moderne, traditionnel et à l'automédication. Le risque d'ignorance sur les causes et complications a été multiplié par 3 chez les kinois non scolarisés et chez ceux des niveaux primaire et secondaire.

Conclusion : La présente étude montre l'existence d'un réel besoin d'éducation sanitaire sur les pathologies de la sphère oto-rhino-laryngologie, particulièrement les OMCS à Kinshasa.

Mots-clés : Attitudes, Connaissances, kinois, OMCS, pratiques, RDC.

ABSTRACT

Objective: to investigate the community understanding, attitudes and practices of chronic suppurative otitis media (CSOM) and to identify associated factors.

Methods: An analytic cross-sectional study was carried out in communities of the megapole Kinshasa, capital of Democratic Republic of Congo on 488 participants who were interviewed from March 1st to April 30th 2018. Data consisted of socio-demographics, knowledge, attitudes and practices on the disease were collected and analyzed.

Results: Almost 53.3% of participants didn't have otorrhea and 46.5% had chronic otorrhea. Sixty-six percent among them reported not to have access to health education. Both groups ignored that the CSOM could be caused by an upper respiratory tract infection ($p=0,144$) while the group of participant who had no otitis were not aware of CSOM complications compared to those who had otitis ($p<0.0005$). The affected group had recourse at the same time of modern, traditional and self-medication. The risk to ignore causes and complications of the disease was multiplied by 3 for the non-educated participants that those who were educated (primary and secondary level).

Conclusions: This study showed there was a need for health education in communities on ENT morbidities in Kinshasa.

Keywords: Attitudes, Knowledges, Kinshasa inhabitant, CSOM, Practices, DRC.

INTRODUCTION

L'Otite Moyenne Chronique Suppurée (OMCS) est une maladie infectieuse fréquente dans la pratique médicale que dans les communautés à travers le monde (1-3). Son expression clinique frappante est l'écoulement de pus de plus de trois mois à travers une perforation tympanique (4, 5). Plusieurs enquêtes épidémiologiques réalisées dans les pays en développement (PED) rapportent une prévalence élevée ($\geq 4\%$) et associe cette situation au bas statut socio-économique de la population qui explique une consultation tardive des services des soins (6-8), d'une part, et d'autre part, l'ignorance de la population sur les causes, les complications et le traitement de cette maladie peut être considérée comme un facteur péjoratif dans la prise en charge de l'OMCS (9). La présente étude analyse les connaissances, attitudes et pratiques des Kinshois sur les OMCS et en identifie les facteurs associés à l'ignorance sur les causes, les complications et le traitement de l'OMCS en vue d'améliorer sa prise en charge à Kinshasa.

METHODES

Type, population et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale analytique ayant porté sur les connaissances, attitudes et pratiques en rapport avec l'OMCS dans les communautés de Kinshasa dans la période du 1^{er} mars 2018 au 30 avril 2018. La ville de Kinshasa est subdivisée en trois régions apostoliques (KIN-EST, KIN-CENTRE, KIN-OUEST) selon l'Archidiocèse de Kinshasa (10). Un échantillon aléatoire simple de 489 personnes en raison de 163 personnes par région apostolique a été sélectionné suivant les critères ci-dessous : -Avoir répondu à l'invitation des agents communautaires ; -Etre âgé d'au moins 12 ans ; -Habiter la ville de Kinshasa dans l'une des régions apostoliques de l'Archidiocèse de Kinshasa ; -Consentir à participer à l'étude et être à mesure de répondre au questionnaire. Pour les enfants (12 – 19 ans), le consentement du parent ou tuteur était requis.

Procédure de recrutement des participants et de collecte de données

Après une sensibilisation préalable par les agents communautaires dans les communautés ecclésiales vivantes de base (CEVB) des régions apostoliques concernées, les personnes malades et non malades intéressées se sont présentées dans l'une des paroisses choisies dans l'un des pools de la ville de Kinshasa. Une liste de ces personnes a été constituée et un jeton numéroté a été remis à chacun. Le tirage au sort a été effectué pour constituer un échantillon de 163 personnes par pool, soit au total 489 personnes à interviewer. La collecte des données a été réalisée à l'aide

d'interview à partir d'un questionnaire préalablement testé au niveau des agents communautaires du service de réhabilitation à assise communautaire de l'Archidiocèse de Kinshasa.

Les données collectées comprenaient :- les données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude, état civil, religion, profession) ; - les données liées à la connaissance de la maladie (accès à l'information liée à la santé, connaissances sur les causes, les complications et le traitement de l'OMCS) ; - les données liées aux attitudes et pratiques face à la maladie et son traitement (traitement moderne, traitement traditionnel, automédication).

Définitions opérationnelles

A été appelé : Indépendant toute personne exerçant librement sa propre activité, sans lien de subordination. Elève tout garçon ou toute fille qui reçoit un enseignement dans un établissement scolaire.

Etudiant toute personne qui suit les études supérieures. Employé toute personne salariée qui travaille dans un bureau, une administration, un magasin ou chez un particulier sans avoir des responsabilités d'encadrement. Chômeur toute personne sans emploi, sans ressources propres. Ménagère toute femme qui s'occupe de sa maison, en assure le fonctionnement et sans ressources propres.

Analyses statistiques

La saisie des données a été faite sur ordinateur en se servant du logiciel Excel et l'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 16. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de médiane et extrêmes pour une distribution non Gaussienne.

Les variables qualitatives quant à elles ont été exprimées sous forme de fréquence et de pourcentage. La comparaison des distributions des avis des participants malades et non malades a été réalisée à l'aide du test de chi-carré tandis que la contribution des facteurs associés aux connaissances, attitudes et pratiques a été évaluée au moyen de la régression logistique suivant la stratégie de sélection progressive pas à pas (stepwise). La valeur $p < 0,05$ a été considérée comme seuil de signification statistique.

Considérations éthiques

Avant d'entreprendre cette étude, nous avons cherché et avons obtenu l'approbation du comité

d'éthique de l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa. Nous avons obtenu également le consentement de tous les participants ou des responsables légaux des participants âgés de 12 à 19 ans.

RESULTATS

Caractéristiques des participants

Sur 489 participants, 488 (256 hommes et 323 femmes) étaient interviewés. Dans ce groupe 53,3% (261) n'étaient pas malades et 46,5% (227) souffraient d'une OMCS. L'âge médian des participants était de 30 ans avec des extrêmes de 12 à 90 ans. Les autres caractéristiques sont résumées au tableau I.

Accès à l'information sur l'OMCS par les kinois

Les données sur l'accès à l'information sont indiquées au tableau II. Il en ressort que 66,8 % des kinois n'ont pas eu accès à l'éducation sanitaire sur l'OMCS, soit 7 kinois sur 10.

Connaissances des kinois sur les causes et les complications de l'OMCS à Kinshasa

Le tableau III compare les proportions des avis des kinois non malades et malades sur les causes et complications de l'OMCS. Nous observons que les participants non malades et malades ont des avis similaires sur les causes de l'OMCS : les deux groupes savent que l'OMCS est une maladie infectieuse (76% versus 68,5% ; $p > 0,05$), mais ignorent qu'elle peut être causée par une infection des voies respiratoires supérieures (10% versus 8,4% ; $p > 0,05$). En ce qui concerne les complications, comparés aux participants malades, les participants non malades ont une insuffisante connaissance sur les complications de l'OMCS : ils ne connaissent pas que l'OMCS peut causer une méningite (7,3% versus 54,5% ; $p < 0,0005$), une paralysie faciale périphérique (6,9% versus 53,7% ; $p < 0,0005$), un abcès derrière l'oreille (3,4% versus 54,3% ; $p < 0,0005$), des vertiges labyrinthiques (6,9% versus 51,1% ; $p < 0,0005$).

Attitudes, pratiques des kinois face à la maladie et son traitement.

Le tableau IV présente les avis des kinois non malades versus malades sur leurs attitudes et pratiques face au traitement de l'OMCS. Il ressort de cette analyse que les participants non malades ont des avis plus favorables sur le traitement moderne de l'OMCS que les participants malades (80,4% versus 63,3% ; $p < 0,0004$) tandis que les participants malades ont recouru au traitement traditionnel (41,4% versus 8,4% ; $p < 0,0005$), à l'automédication (63,9% versus 19,4% ; $p < 0,0005$) et au traitement moderne (63,3%).

Analyse des facteurs associés à la connaissance des kinois sur les causes, les complications, les attitudes et pratiques sur l'OMCS. L'identification par régression logistique des facteurs associés aux connaissances des kinois sur les causes, les complications, les attitudes et pratiques sur l'OMCS est résumée dans le tableau V. Tous les facteurs sociodémographiques étaient considérés comme des facteurs potentiels associés à l'ignorance des causes, des complications et du traitement de l'OMCS. Le modèle a retenu le niveau d'étude comme le facteur principal : le risque d'ignorer que l'OMCS est une maladie infectieuse, qu'elle peut être causée par une infection des voies respiratoires supérieures, qu'elle peut se compliquer d'un abcès derrière l'oreille ou d'une méningite était respectivement multiplié par 3,2 ; 2,9 ; 2,7 et 2,5 chez les kinois qui n'ont pas été à l'école, chez ceux qui ont fait l'école primaire et chez ceux du niveau secondaire. Pour les attitudes et pratiques, le sexe féminin avait multiplié par 2,7 la disposition à pratiquer la médecine moderne. Les autres facteurs socio-démographiques n'avaient montré aucune influence significative.

DISCUSSION

Les objectifs fixés par la présente étude étaient d'analyser les connaissances, attitudes et pratiques des kinois sur l'OMCS et d'en identifier les facteurs associés à l'ignorance sur les causes, les complications et le traitement de l'OMCS en vue d'améliorer sa prise en charge à Kinshasa. La prise en charge curative de l'OMCS comporte un volet médical et un volet chirurgical (11,12). Néanmoins, l'éducation sanitaire représente un volet majeur dans les activités de prévention et aide la communauté à prendre en charge leur propre santé dans le sens d'une auto responsabilisation pour un changement social et comportemental (13). La présente étude, réalisée sur une population jeune aux caractéristiques variées, nous donne une photographie du niveau de sensibilisation et de connaissances sur l'OMCS ainsi que les attitudes, pratiques et obstacles liés à cette prise en charge chez les kinois malades et non malades. En ce qui concerne le niveau de sensibilisation et des connaissances sur l'OMCS, cette étude a montré en général un faible niveau de sensibilisation communautaire chez les kinois interviewés car 66,8% d'entre-eux soit 7 kinois sur 10 dans la présente étude n'ont pas eu accès à l'information sur l'OMCS. Très peu d'études ont essayé d'analyser l'impact de ce manque de sensibilisation communautaire sur l'OMCS dans une population ne souffrant pas d'OMCS. Cependant, Chandrashekarayya et al (14), en Inde en 2014, et Nshimirimana et al (15), au Rwanda en 2018, ayant traité de ce sujet sur des patients souffrants d'OMCS, ont trouvé dans leurs séries que les

connaissances des patients sur l'OMCS étaient basses. Cette situation était à la base de l'arrivée tardive dans les structures de santé et le développement des complications.

La présente étude a montré également que les participants souffrants d'OMCS et ceux n'en souffrants pas ignoraient que l'OMCS pouvait être causée par une infection des voies respiratoires supérieures tandis que ceux non malades ignoraient les complications de l'OMCS contrairement au groupe des malades. Cette situation s'expliquerait par le manque de sensibilisation de masse sur l'OMCS à Kinshasa. En effet, la performance des kinois malades sur les connaissances des complications de l'OMCS serait due aux conseils individuels reçus pendant la consultation. Cette forme d'éducation sanitaire est liée à la maladie diagnostiquée et constitue la dernière étape d'une prise en charge d'un malade en général qu'une prévention primaire. D'après les résultats de cette étude sur les facteurs associés à la connaissance sur les causes, les complications et traitement de l'OMCS, les interviewés n'ayant pas été à l'école, ceux de l'école primaire et secondaire ont été des groupes moins informés sur les causes, les complications et le traitement de l'OMCS, leur risque d'ignorance étant multiplié par 3. Le renforcement des connaissances sur les causes, les complications et le traitement de l'OMCS devient ainsi un besoin objectif pour ces groupes vulnérables en vue de garantir leur santé. Mazharul Shaheen et al (7) au Bangladesh en 2012 rapportent une prévalence élevée de l'OMCS chez les enfants dont les mères étaient illettrées avec comme cause un manque de connaissance sur l'OMCS. Mukara et al (16) au Rwanda en 2017 montrent que les enfants étaient moins exposés aux infections de l'oreille moyenne si leurs parents ou gardiens étaient plus instruits comparé aux parents moins instruits. Yousseria et al (17) en 2015 relèvent que le programme éducatif est efficace pour la gestion de l'OMCS si la conformité des mères au programme éducatif est haut. Toutes ces études montrent que des programmes d'éducation de masse destinés à instruire les parents, les élèves, les enseignants, les agents de santé primaires sur la gestion de l'OMCS méritent encore d'être élaborés pour la réduction de la maladie. A propos des attitudes et pratiques sur la maladie et son traitement, les résultats de la présente étude ont mis en évidence l'adhésion des kinois non malades au traitement moderne et leur moindre adhésion au traitement traditionnel ainsi qu'à l'automédication alors que les kinois malades recouraient à la fois au traitement moderne, au traitement traditionnel et à l'automédication. Cette situation est confirmée par plusieurs études en RD Congo et ailleurs. Nyembue et al (18) avaient relevé en 2002 que dans le traitement par voie auriculaire des patients

avec OMCS à Kinshasa, la combinaison du traitement traditionnel et du traitement moderne était signalée chez plus de la moitié de la population étudiée. Abbas et al (19) en 2006 dans l'exercice de l'oto-rhino-laryngologie en Afrique subsaharienne expliquent cette situation par le sous-développement et les facteurs culturels. Kalubi et al (20) en 1986 ont rapporté que les malades souffrants d'OMCS, en RD Congo, apprenaient à vivre avec leur maladie, essentiellement faute de traitement préventif, d'encadrement social communautaire et l'état de dénuement de la majorité de la population. Ces résultats suggèrent un encadrement et une sensibilisation communautaire à partir de la base de notre système des soins de santé primaires pour améliorer l'adhésion du kinois malade, d'une part, et, d'autre part, de la communauté entière au traitement de l'OMCS.

CONCLUSION

La présente étude sur les connaissances, attitudes et pratiques sur l'OMCS chez les kinois nous montre qu'il y a encore un réel besoin en sensibilisation communautaire sur l'expression, les causes, les complications et le traitement de l'OMCS dans notre milieu. Le renforcement des connaissances sur les causes, les complications et le traitement de l'OMCS dans les ménages, les écoles et les centres de santé dans nos aires de santé doit devenir un besoin objectif pour garantir la santé des groupes vulnérables.

Conflit d'intérêt : aucun.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements les plus sincères s'adressent à la firme pharmaceutique Labo Bis pour avoir financé cette enquête communautaire et aux agents de Réhabilitation à Assise Communautaire de l'Archidiocèse de Kinshasa pour avoir participé activement à l'enquête dans la communauté.

REFERENCES

1. Melaku A, Lulseged A, Chronic suppurative otitis media in a children's hospital in Addis-Ababa, Ethiopia. *Ethiop Med J.* 1999 oct ; 37 (4) ; 237-46.
2. Pradhananga R. An unusual complication of chronic suppurative otitis media : besold abscess progressing to scapular abscess. In *arch otorhinolaryngol* 2014 oct ; 18 (4) : 412-4.
3. Amar Singh, Sudesh Kumar, A survey of ear, nose and throat disorders in rural India. *India J otolaryngol head neck surg* 2010 juin ; 62 (2) : 121 – 124.

4. WHO, chronic suppurative otitis media : burden of illness and management options. Geneva, 2004.
5. WHO, prevention of hearing impairment from chronic otitis media. Geneva, 1996.
6. Muftah S, Mackenzie I, Faragher B, Bradin B, Prevalence of chronic otitis media (CSOM) and associated hearing impairment among school aged children in Yemen. *Oman Med J.* 2015 sep ; 30 (5) : 358 – 365.
7. Shaheen, M.M. A. Raquib A., S Ahmad S., CSOM and its association with socio-économique factors among rural primary school children of Bangladesh. *India Journal of oto-rhino-laryngology and head-neck surgery* 2012 Mar ; 64 (1) : 36 – 41.
8. Lasisi AO, sulaiman OA, Afolabi OA. Socio-economic status and hearing loss in CSOM in Nigeria. *Ann trop paediatr.* 2007 dec : 27(4) : 291-6.
9. Chadha S. Increasing community awareness of ear and hearing health. *Community ear and Hearing Health Journal*, 2013; 10(13):p1.
10. Archidiocèse de Kinshasa, cohérence et vie sacramentelle. Editions du centre pastoral, 2012-2013.
11. Matanda RN, Muyunga CK, Sabue MJ, Creten W, Van De Heyning P. Chronic suppurative otitis media and related complications at the University Clinic of Kinshasa. *B-ENT (Acta Otorhinolaryngol Belg.)* 2005; 1(2):57-62.
12. ARS B. Claes J. Heyning V. ARS Piret N. Otite moyenne chronique suppurative : traitement médical. *Les cahiers d'ORL* 1994 TXXIX, 6, 195-99.
13. Paddy R, Ayukawa H, Beinhauer H., Newton V, Ratnesar P, Smith, A. Raising Awareness to empower communities to take action. *Community Ear and hearing health journal*, 2013 ; 10(13) : p 4-5.
14. Chandrashekharayya S.H. Kavitha M.M. Prakash H. Prabhu K. Doddmani S.S. Riya M. To study the level of awaness about complications of CSOM patients. *Journal of clinical and diagnostic research.* 2014 : 8(2) : 59-61.
15. Nshimirimana J.P.D, Mukara B.K. Causes of delayed care seeking from CSOM at a Rwanda tertiary hospital, *int J otolaryngol* 2018 ; 2018 : 5386 217.
16. Mukara B.K. Lilfold R.J. Trecci L.D. Waiswa P. Prevalence of middle ear infections and associated risk factors in children under 5 years in Gasabo district of Kigali city, Rwanda. *Int J. Pediatr* 2017 Dec 3 doi : 10 1155/2017/42 80583.
17. Yousseria E.Y., Essam A, Osama M, impact of Educationnal program on the management of CSOM among children. *Int J otolaryngol* 2015 ; 2015 : 62437.
18. Nyembue T.D., Tshiswaka M.J., Sabue M.J., Evaluation thérapeutique de l'otite moyenne chronique suppurée de l'enfant. *Congo médical* 2003 ; 3(10) : 874-878.
19. Abbas A., Tall A., Ndiaye IC, Diouf R., Diop EM, oto-rhino-laryngologie tropicale exercice en Afrique sub-saharienne. Université de la Méditerranée, 2006, X^{ème} congrès SIFORL Toulouse.
20. Kalubi B., Sabue M., Muyunga K. les perspectives pour la recherche en audiologie au zaïre. Communication au 4^e congrès national de la société zaïroise de chirurgie, du 21 au 25 mai 1986, Kinshasa, Zaïre.

Tableau I : Caractéristiques des 488 participants avec ou sans otorrhée chronique

Caractéristiques sociodémographiques	Tous les participants (n=488)		Participants sans OMCS (n=261)		Participants avec OMCS (n=227)	
	n	%	n	%	n	%
Groupe d'âge (année)						
12 – 25	199	40,8	100	38,3	99	43,6
26 – 40	143	29,3	79	30,3	64	28,2
41 – 55	81	16,6	42	16,1	39	17,2
>55	65	13,3	40	15,3	25	11
Niveau d'étude						
N'a pas étudié	63	12,9	30	11,5	33	14,5
Primaire	88	18,0	44	16,9	44	19,4
Secondaire	226	46,3	127	48,7	99	43,6
Supérieur et universitaire	111	22,7	60	22,9	51	22,5
Etat-civil						
Célibataire	247	50,6	136	52,1	111	48,9
Marié(e)	128	26,2	61	23,4	67	29,5
Union libre	58	11,9	28	11,7	30	13,2
Veuf (ve)	37	7,6	24	9,2	73	5,7
Divorcé (e)	18	3,7	12	4,6	21	2,6
Religion						
Autres confessions religieuses	293	60,0	167	64	121	55,5
Catholique	195	40,0	94	36	101	44,5
Profession						
Indépendant	142	29	75	28,7	67	29,5
Elève /étudiant	134	27,5	65	25	69	30,4
Employé	81	16,6	47	18	34	15
Chômeur	72	14,8	47	18	25	11
Ménagère	59	12,1	27	10,3	32	14,1
Sexe						
Masculin	256	52,5	133	51	123	54,2
Féminin	232	47,5	128	49	104	45,8

Tableau II : Avis des kinois sur l'accessibilité à l'information sur l'OMCS à Kinshasa

Activité	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Participation aux activités d'Information, Education et communication (I.E.C.) sur l'OMCS		
Oui	162/488	33,2
Non	326/488	66,8
Source d'information		
Média (radio et télévision)		
Oui	82/162	50,6
Non	80/1	49,4
Parent, famille et amis		
Oui	141/162	87
Non	21/162	13
Eglises et pairs éducateurs		
Oui	74/162	45,7
Non	88/162	54,3
Agent de santé		
Oui	42/162	25,9
Non	120/162	74,1
Panneaux / affiches / dépliants		
Oui	16/162	9,9
Non	146/162	90,1

Tableau III : Comparaison des distributions des avis des kinois non malades versus malades sur les causes et les complications de l'OMCS

Causes et complications	Participants sans OMCS n(261)	Participants Avec OMCS n(227)	p-value
Causes			
OMCS maladies infectieuses			
Connait	190 (76,0)	156 (68,7)	0,323
Connait pas	61 (24,0)	71 (31,3)	
Infections des voies respiratoires supérieures			
Connait	51 (20,4)	33 (14,5)	0,144
Connait pas	199 (79,6)	194 (85,5)	
Malédiction ou mauvais sort			
Connait	225 (90,0)	208 (91,6)	0,642
Connait pas	25 (10,0)	19 (8,4)	
Lait maternel dans les oreilles			
Connait	151 (70,9)	171 (75,3)	0,814
Connait pas	60 (29,1)	56 (24,7)	
Complications			
Méningite			
Connait	17 (7,3)	120 (54,5)	0,0005
Connait pas	215 (92,7)	100 (45,5)	
Paralysie faciale périphérique			
Connait	16 (6,9)	117 (53,7)	0,0005
Connait pas	199 (79,6)	101 (46,3)	
Abcès derrière l'oreille			
Connait	8 (3,4)	119 (54,3)	0,0005
Connait pas	224 (96,6)	100 (45,7)	
Vertiges labyrinthiques			
Connait	18 (6,9)	116 (51,1)	0,0005
Connait pas	243 (93,1)	111 (48,9)	
Surdité			
Connait	199 (76,2)	171 (75,3)	0,814
Connait pas	62 (23,8)	56 (24,7)	

Tableau IV : Comparaison des distributions des avis des kinois non malades versus malades sur les attitudes, pratiques face à la maladie et son traitement

Attitudes et pratiques	Participants sans OMCS n(%)	Participants avec OMCS n(%)	p-value
Traitement moderne			
Oui	189 (80,4)	138 (63,3)	0,0004
Non	46 (19,6)	80 (36,7)	
Traitement traditionnel			
Oui	22 (8,4)	94 (41,4)	
Non	239 (91,6)	133 (58,6)	0,0005
Pratiquer l'automédication			
Oui	45 (19,4)	145 (63,9)	
Non	187 (80,6)	82 (36,1)	0,0005

Tableau V : Facteurs associés aux connaissances des kinois sur les causes, les complications, les attitudes et pratiques sur l'OMCS

Variable /facteurs associés	B	E.S	Wald	P	Exp (B)	IC95%
OMCS est une maladie infectieuse						
Sans niveau et primaire vs autres	1,163	0,368	10,003	0,002	3,2	1,6 -6,6
Constante	-0,631	0,473	1,783	0,182		
OMCS est causée par les infections les voies respiratoires supérieures						
Sans niveau, primaire et secondaire vs supérieur et universitaire	1,084	0,447	5,880	0,015	2,9	1,2 – 7,1
Constante	1,849	0,640	8,536	0,004		
OMCS peut se compliquer d'une méningite						
Sans niveau, primaire et secondaire vs supérieur et universitaire	0,930	0,348	7,124	0,008	2,5	1,3 – 5,0
Constante	-0,323	0,203	2,538	0,111		
OMCS peut se compliquer d'un abcès derrière l'oreille						
Sans niveau, primaire et secondaire vs supérieur et universitaire	0,982	0,299	10,810	0,001	2,7	1,5 -4,8
Constante	0,776	0,419	3,434	0,111		
Traitement moderne						
Féminin vs masculin	0,975	0,359	7,390	0,07	2,7	1,3 -5,4
Ménagère vs autres	-1,336	0,546	5,982	0,014	0,3	0,09 -0,8
Constante	-0,377	0,388	0,946	0,331		
Traitement traditionnel						
Sans niveau, primaire et secondaire vs supérieur et universitaire	-0,914	0,392	5,437	0,026	0,4	0,2 -0,9
Constante	1,248	0,418	8,922	0,003		
Automédication						
Sans niveau, primaire et secondaire vs supérieur et universitaire	-1,442	0,650	4,924	0,026	0,2	0,07 -0,8
Constante	2,464	0,418	8,922	0,003		

Légende : B= coefficient de régression, ES = Erreur Standard, Exp (B) = estimation du rapport de chances (odds ratio) ; IC95% = intervalle de confiance à 95%.