



CONNAISSANCES, PERCEPTIONS, ATTITUDES ET PRATIQUES DES  
POPULATIONS FACE A LA PANDEMIE DE LA MALADIE A COVID-19  
EN REPUBLIQUE DU CONGO



Jérémie MOUYOKANI  
Andréa MAYAMBOU  
Janvier 2021

---









d'améliorer les connaissances des populations sur la maladie à coronavirus et favoriser l'acquisition des comportements susceptibles de limiter la propagation du virus au Congo. C'est cette commission qui est à l'initiative de la réalisation du sondage sur les connaissances, perceptions, attitudes et pratiques des populations en République du Congo, objet du présent rapport.

### **3.1. Plan national de communication de la préparation et de la riposte à la pandémie de coronavirus**

Le plan national de communication de la préparation et de la riposte à la pandémie de coronavirus a été élaboré à la suite de la mise en place du plan national de préparation et de riposte puis révisé en juillet 2020, pour couvrir la période d'août à décembre 2020<sup>1</sup>. Il définit les différentes interventions à mettre en œuvre dans le cadre de la poursuite de la riposte à la COVID-19 afin de maîtriser la pandémie en ralentissant la transmission du virus et en réduisant la létalité de cette maladie.

De façon générale, ce plan de communication vise à promouvoir les comportements favorables à l'interruption de la propagation de la COVID-19 au sein de la communauté sur toute l'étendue du territoire national et à assurer la prévention des risques d'importation de la maladie dans le pays.

Plus spécifiquement il s'agit de renforcer la formation des formateurs des 12 cellules départementales sur la COVID-19 et de faire la communication de proximité dans les 535 aires de santé des 52 districts sanitaires du pays. Pour atteindre ces objectifs, trois stratégies sont préconisées par le plan de communication. Il s'agit de : (i) la protection des individus et des autres, les individus devant se protéger et protéger les autres en adoptant des comportements appropriés ; (ii) l'habilitation des communautés afin qu'elles puissent veiller à ce que les services et l'aide soient planifiés et adaptés sur la base de leurs commentaires et des contextes locaux et (iii) la participation de tous les membres des communautés à risque ou touchées par la maladie afin de prévenir l'infection et la propagation du virus. Le plan précise que l'opérationnalisation de ces orientations stratégiques repose sur le plaidoyer, la communication pour le changement de comportement, la communication pour le changement social et la mobilisation sociale.

C'est ainsi que les activités de ce plan de communication ont été structurées principalement autour de :

- la conception, la duplication et la distribution des supports de communication ;
- la diffusion des messages de sensibilisation par des crieurs communautaires ;
- l'organisation des émissions dans les médias : tribunes radios et télévisées, points de presse et diffusion de diverses émissions sur les chaînes de télévisions et de radios tant nationales que locales, publiques que privées ;
- la sensibilisation des différentes parties prenantes et de la communauté ;
- la diffusion de l'information à travers les réseaux sociaux : WhatsApp, Facebook, Twitter, YouTube ainsi que sur le site internet du ministère en charge de la santé ;

---

<sup>1</sup> Plan national de communication de la préparation et de la riposte à la pandémie de coronavirus, Aout – Décembre 2020. Coordination nationale de gestion de la pandémie. Brazzaville, 2020.

- la diffusion d'insertions dans les organes de presse écrite et de presse en ligne ;
- la duplication des autocollants portant la mention « Restez Chez Vous » en français, Lingala et Kituba ;
- la duplication et la diffusion des affiches de sensibilisation sur le COVID-19 en français, Lingala et Kituba sous plusieurs formats ;
- l'organisation des sessions de briefing et / ou de formation des acteurs de terrain ;
- et l'organisation des sessions de focus groupes.

Les activités de ce plan de communication devaient être mises en œuvre dans l'ensemble des départements du pays, avec un focus particulier sur les départements de Brazzaville et de Pointe-Noire qui constituent les principaux foyers de contamination. Ainsi donc, l'exécution du plan de communication devrait permettre d'observer l'adoption des mesures de protection individuelle par les populations, telles que le port adéquat du masque et le respect des mesures de distanciation physique pour ne citer que ces deux résultats. C'est à ce titre que les messages de sensibilisation ont notamment été focalisés sur : (i) le lavage fréquent des mains avec l'eau courante et du savon, ou leur nettoyage avec des solutions hydro alcooliques, (ii) l'adoption de nouvelles pratiques telles que tousser dans le creux du coude ou dans un mouchoir à usage unique et le jeter dans une poubelle ou encore d'éviter de se saluer à la main ou de s'embrasser et (iii) le port adéquat du masque dans les milieux publics.

### **3.2. Autres mesures prises par le Gouvernement**

Outre les interventions réalisées dans le cadre de la communication, le Gouvernement a pris progressivement un train de mesures destinées à endiguer la propagation du virus, dans le pays. Elles comprennent notamment :

- l'organisation, avec le soutien de ses partenaires techniques et financiers de la surveillance épidémiologique, la détection précoce et la prise en charge des cas ainsi que la prévention et le contrôle de l'infection dans l'ensemble des départements ;
- la fermeture des écoles, lieux de cultes, bars et restaurants ;
- l'interdiction des rassemblements de plus de 50 personnes ;
- la limitation du nombre de passagers dans les véhicules de transport en commun ;
- la fermeture des frontières terrestres, maritimes, fluviales et aériennes ;
- l'instauration de l'état d'urgence sanitaire ;
- l'instauration d'un couvre-feu ;
- et le confinement général de toute la population, établi initialement du 31 mars au 30 avril puis prolongée au 15 mai 2020.

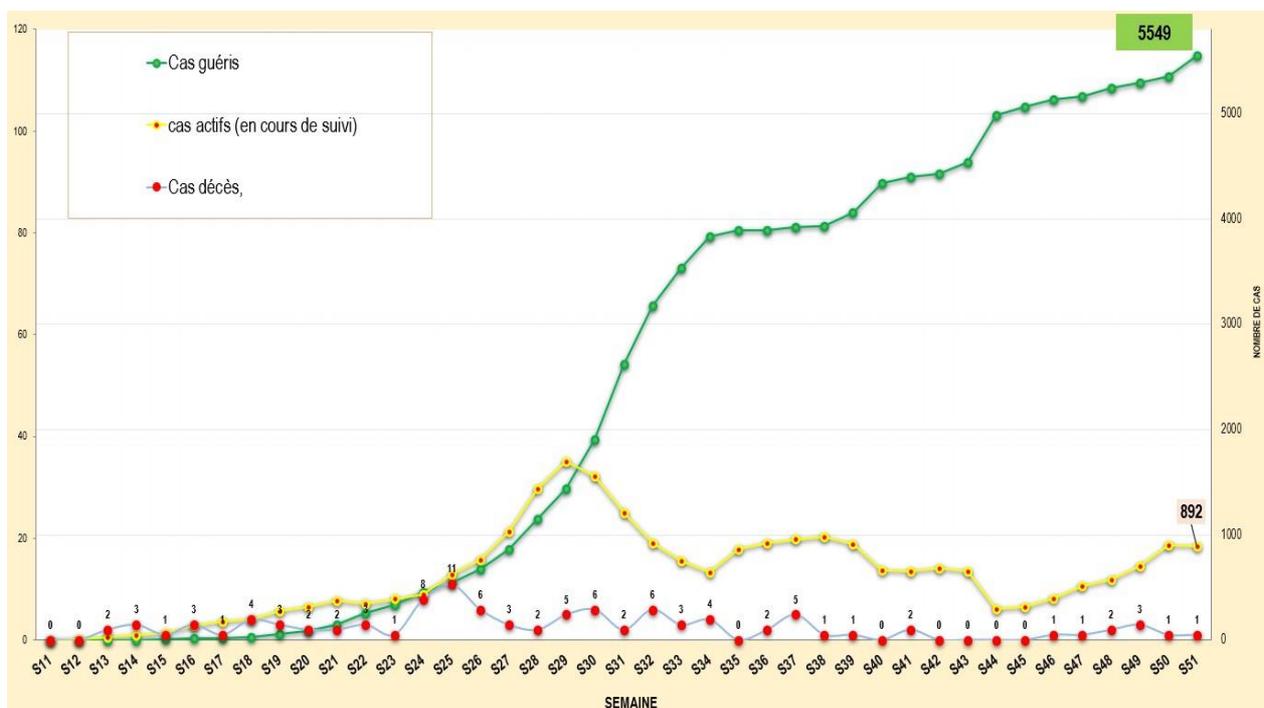
### **3.3. Évolution de la pandémie de COVID-19 en République du Congo**

Depuis le 15 mars 2020, date de la déclaration du premier cas de COVID-19 au Congo, la pandémie s'est propagée au point d'atteindre 6 552 cas confirmés au 18 décembre 2020 répartis dans les douze (12) départements que compte le pays. Selon le rapport de situation

du 19 décembre 2020 (SITREP)<sup>2</sup>, au total 5 549 cas ont été traités et guéris et 105 décès ont été enregistrés, soit un taux de létalité de 1,54 %. Les départements les plus touchés sont ceux de Brazzaville et Pointe-Noire avec respectivement 64,5 et 27,2 % des cas enregistrés. La pandémie touche plus les hommes que les femmes ; les tranches d'âge les plus affectées sont celles comprises entre 30 et 49 ans.

Au cours de la période du 13 au 18 décembre 2020, 2 797 personnes ont été testées à Brazzaville et Pointe Noire. De ces tests 201 résultats se sont révélés positifs, soit en moyenne 33 cas par jour. Le taux de positivité est de 7,2 % contre 6,9% de la semaine précédente. L'observation de l'évolution de l'épidémie dans le pays au cours de cette période montre une augmentation croissante des cas à compter de la 44<sup>ème</sup> semaine ce qui correspond au début de novembre 2020. Le rapport de situation note que le relâchement général observé dans le respect des mesures barrières par la population peut expliquer ce taux de positivité en nette augmentation. Le graphique n°1 présente l'évolution de l'épidémie dans le pays, au 19 décembre 2020.

**Graphique n°1:** Évolution de l'épidémie dans le pays, au 19 décembre 2020.



Source : SITREP n° 116 du 19 décembre 2020

<sup>2</sup> SITREP n°116 du 19 décembre 2020. Ministère de la santé, de la population, de la promotion de la femme et de l'intégration de la femme au développement.

## 2. Objectifs et résultats attendus de l'enquête

---

### 4.1. But et objectifs de l'enquête

Selon ses termes de référence, la réalisation du sondage téléphonique sur les connaissances, perceptions, attitudes et pratiques des populations face à la COVID-19 en République du Congo a pour but de guider la commission en charge de la communication au sein du comité technique de lutte contre la COVID-19, dans la mise en place d'une stratégie efficace de communication sur la maladie à coronavirus.

De façon spécifique, il s'agit :

- de mesurer le niveau de connaissance de la maladie à COVID-19 ;
- d'apprécier les perceptions, les attitudes et les pratiques des populations face à la maladie ;
- d'analyser les opinions des enquêtés sur l'offre de communication sur les risques, en réponse à la COVID-19, les différentes stratégies et approches de communication face à la maladie à Coronavirus (digitales, médiatiques, interpersonnelles, événementielles, iconographiques, réseaux sociaux) et sur les ressources médiatiques mobilisées contre la COVID-19 pour actualiser le plan de communication et élaborer une stratégie efficace adaptée aux réalités socioculturelles des populations.

### 4.2. Résultats attendus

Le principal résultat attendu du sondage est un rapport d'enquête dont le contenu devra (i) être focalisé sur les connaissances, les perceptions, les attitudes et les pratiques des populations face à la maladie à coronavirus et (ii) renseigner sur les indicateurs suivants :

- pourcentage des personnes qui connaissent au moins trois signes de la COVID-19 ;
- pourcentage des personnes qui connaissent les mesures barrières contre le coronavirus ;
- pourcentage des personnes qui pratiquent les mesures barrières ;
- pourcentage des abonnés des sociétés de téléphonie mobile (MTN, AIRTEL) qui ont reçu au moins 3 alertes (de mars à juillet 2020) ;
- pourcentage des personnes qui sont prêtes à faire le test ;
- pourcentage des personnes qui croient que la maladie existe ;
- pourcentage des personnes qui pensent avoir reçu les informations fiables sur la maladie ;
- pourcentage des personnes qui ont déjà entendu parler du Covid-19.

Par ailleurs, une base de données quantitatives et qualitatives sur les connaissances, les perceptions, les pratiques et les attitudes des populations face à la COVID-19 sera mise à disposition au terme de l'enquête.

### 3. Démarche méthodologique

#### 5.1. Population cible et échantillonnage

La population cible visée par cette enquête est constituée des sujets âgés d'au moins 14 ans vivant dans l'ensemble des 12 départements que compte le pays. Le sondage devant être réalisé par appels téléphoniques, les listes des abonnés des compagnies de téléphonie mobile (MTN et Airtel) ont été utilisées comme base de sondage. Un échantillon représentatif de cette population a été prélevé.

La détermination de la taille de l'échantillon du sondage a été basée sur la prévalence du port adéquat du masque observée à Brazzaville en mai 2020<sup>3</sup>. La formule décrite dans l'encadré ci-contre a été utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon en se basant sur la prévalence du port adéquat du masque observé à Brazzaville en mai 2020, soit 40 %; sachant que la taille de l'échantillon des sujets à enquêter dépend du niveau de cet indicateur et du degré de précision admis ou erreur de sondage jugée acceptable. L'erreur standard de 5 % a été retenue afin de déterminer un échantillon minimal valide. L'enquête pouvant comporter des non-

$$N = [D_{\text{eff}} * Z^2 * p * (1 - p)] / c^2$$

- **N** est la taille de l'échantillon à sélectionner ;
- **Z** est la valeur correspondant à un niveau de confiance donné (1,96 pour un niveau de confiance de 95%, valeur généralement utilisée) ;
- **p** est la valeur présumée de l'indicateur de référence ;
- **c** représente la valeur de l'erreur standard ;
- **D<sub>eff</sub>** est l'effet de grappe

réponses, il a été jugé pertinent d'anticiper l'existence de ces dernières et procéder à un redressement correspondant de la taille N. En appliquant cette formule, selon les différentes hypothèses faites sur la précision désirée C, la taille minimale de l'échantillon à enquêter est de 406 sujets. Par ailleurs, en tenant compte du niveau des non-réponses estimé à 10% et en appliquant les conditions ci-dessus, le nombre final de sujets à enquêter est ainsi de 1127, pour avoir une précision à 0,03. Cet effectif a été arrondi à 1200 sujets pour des raisons de commodité.

La distribution de cet échantillon de 1200 sujets par département a été faite par quotas déterminés par la proportion que représente la population de chaque département dans la population du pays. Les projections faites par l'Institut national de la statistique sur la base des données du dernier recensement général de la population ont été utilisées à cet effet. Elles estiment la population congolaise à 5 336 074 habitants en 2019.

En ce qui concerne la méthode d'échantillonnage et comme précédemment indiqué, les listes des abonnés des opérateurs de téléphonie mobile, réparties par département, ont constitué la base de sondage. Les sujets à interviewer ont été prélevés de ces listes selon

<sup>3</sup> Enquête observationnelle réalisée du 26 au 30 mai 2020 sur le port obligatoire du masque dans le département de Brazzaville, deux semaines après sa mise en application stricte par le gouvernement. Rapport, DSSSA Brazzaville, Mai 2020

un pas de sondage déterminé en divisant le nombre des abonnés par la portion de l'échantillon correspondant au département.

Les prélèvements ont été effectués indistinctement, d'un opérateur à un autre, en fonction de la disponibilité des listes des abonnés répartis par départements. Au terme de ce processus, 1289 entretiens aboutis ont été réalisés par les téléopérateurs sur un échantillon global de 1200 entretiens initialement prévus. Soit un taux de réalisation de 107,4 %. La distribution des sujets de l'échantillon par département figure en annexe (annexe n°1).

## **5.2. Outil de collecte des données et questions de recherche**

Les entretiens ont été conduits par les téléopérateurs d'un centre d'appel, sur la base d'un questionnaire d'enquête structuré en huit (8) sections. Ce questionnaire a été conçu et dûment validé conformément aux termes de référence des travaux. Les entretiens devant être réalisés par appels téléphoniques pour une durée de 10 à 15 minutes par entretien, les questions fermées ou à choix multiples ont été privilégiées. Les questions abordées dans le questionnaire ont porté sur :

- la connaissance des signes d'alerte, de suspicion ou de gravité de la COVID-19 ;
- la connaissance des mesures barrières contre la maladie à COVID-19 ;
- la pratique et le respect des mesures barrières ;
- l'exposition aux interventions de communication mises en œuvre dans le cadre de la riposte contre la maladie, y compris la réception des alertes diffusées par les opérateurs de téléphonie mobile ;
- les perceptions de la maladie ;
- les motivations du respect de l'adhésion ou non aux mesures barrières ;
- l'expérience éventuelle de la maladie ;
- et le cas échéant, les recours utilisés pour soi-même ou pour des tiers.

Des questions complémentaires destinées à renseigner les caractéristiques individuelles des répondants ont été insérées dans le questionnaire. Elles comprennent principalement l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le secteur d'activité professionnelle et le statut de l'emploi. Le questionnaire de l'enquête figure en annexe du rapport (annexe n°3).

## **5.3. Déroulement des opérations**

Le sondage a été réalisé en plusieurs étapes dont les principales sont résumées comme suit :

- développement et validation de la méthodologie des travaux, y compris le support de collecte des données ;
- mise en place des arrangements avec le centre d'appel et les opérateurs de téléphonie mobile ;
- développement du questionnaire en version électronique et configuration des tablettes ;
- formation des opérateurs du centre d'appel et de leurs superviseurs sur les objectifs de l'enquête, le support de collecte des données et l'utilisation des tablettes ;
-

- pré-enquête : test du questionnaire et utilisation des tablettes sur un nombre limité de sujets ;
- collecte des données par les téléopérateurs pendant 14 jours ouvrables, dans la période du 02 au 18 décembre 2020 ;
- puis traitement, analyse des données et rédaction du rapport.

#### 5.4. Traitement et analyse des données

Cette étape est dédiée à l'apurement de la base des données et à la production des tableaux statistiques destinés à l'analyse. Les bases de données quantitatives issues de CS Pro ont été exportées vers le programme SPSS en vue de la tabulation et l'analyse des résultats. Les tests usuels de comparaison des moyennes et des proportions ont été utilisés pour les différentes analyses, y compris les tests de dépendance au seuil de 0,05. Par ailleurs un score de connaissance globale de la maladie a été construit pour une meilleure appréciation de la connaissance de la maladie par les répondants.

#### 5.5. Considérations éthiques

La méthodologie et l'organisation des entretiens téléphoniques de ce sondage se sont conformées aux principes éthiques relatifs au respect des personnes enquêtées et de leur consentement. C'est ainsi que les dispositions éthiques suivantes ont été prises afin d'assurer l'anonymat, la sécurité et l'intégrité des personnes à interroger. Il s'agit notamment de :

- s'assurer du respect de l'autonomie et de l'autodétermination des participants ;
- tenir compte de la volonté des participants dans le choix du moment de la discussion ;
- n'inclure le sujet à interviewer qu'après avoir obtenu son consentement préalable basé sur une connaissance claire des objectifs du sondage ;
- fournir des explications claires sur les buts et objectifs visés par l'enquête, le temps que prend l'entretien et sur l'usage des données collectées ;
- et bien informer les répondants que cette enquête n'implique aucune obligation, en termes de gratification ou de rémunération financière versée à la fin de l'entretien.

En raison de ces obligations d'ordre éthique et de la disponibilité des personnes ciblées dans l'échantillon de l'enquête, en moyenne seuls 1 à 2 appels sur 3 ont réalisé des entretiens aboutis.

#### 5.6. Portée et limites de l'étude

Le sondage téléphonique sur les connaissances, perceptions, attitudes et pratiques des populations face à la COVID-19 en République du Congo est une enquête effectuée auprès d'un échantillon tiré des listes des abonnés des sociétés de téléphonie mobile. Et ce, dans l'ensemble des départements du pays, tant dans les zones urbaines qu'en milieu rural.

Il s'est agi de collecter quasi exclusivement des données quantitatives, à même de fournir les informations souhaitées pour répondre efficacement aux différentes questions relatives aux connaissances, perceptions, attitudes et pratiques en lien avec la pandémie et éventuellement suscitées par la mise en œuvre de la stratégie de communication du plan national de préparation et de riposte contre la pandémie à COVID-19.

Dès lors, il importe de souligner que très peu de données qualitatives ont été collectées, l'enquête ayant été réalisée via un centre d'appel. En effet cette modalité de collecte des données ne pouvait pas permettre de réaliser des entretiens individuels approfondis sous forme de récits de pratiques ou d'histoires de vie conduits auprès des personnes réputées être détentrices ou dépositaires d'une gamme d'informations ou de connaissances en matière de prévention ou de prise en charge de la maladie à COVID-19. Les données qualitatives collectées ont été limitées à demander aux répondants de fournir des réponses complémentaires aux modalités qui leur ont été suggérées par les questions à choix multiples. L'enquête n'a pas permis non plus de réaliser des entretiens dirigés sous forme de focus groupes ou encore procéder à des observations directes auprès des personnes ou des groupes de populations spécifiques. De ce fait, les données issues de ce sondage ne permettent pas de procéder à des analyses de contenus portant sur les motivations et autres déterminants des comportements renseignés par les sujets enquêtés.

Enfin, il importe de noter que l'échantillon de cette enquête n'est pas représentatif de la population congolaise en termes de sex ratio. C'est un fait connu, les enquêtes par téléphone peuvent conduire à une surreprésentation des hommes (Larmarange et al, 2016)<sup>4</sup>, Cette limite est également observée dans cette l'étude.

---

<sup>4</sup> Faisabilité et représentativité d'une enquête téléphonique avec échantillonnage aléatoire de lignes mobiles en Côte d'Ivoire ; in *Population* 2016/1 (Vol71), pages 121-134.

## 4. Résultats de l'étude

### 6.1. Population enquêtée : profil général et représentativité

Au total 1289 répondants ont été interrogés tous par appels téléphoniques. Cet effectif est constitué de 72,2 % d'hommes et 27,8 % de femmes soit un sex ratio de 2,6. En dépit de la surreprésentation des hommes dans cet échantillon, l'effectif des répondants de sexe féminin s'est avéré suffisant pour révéler des différences liées au genre.

La répartition des répondants en fonction de leurs localités de résidence (annexe n°3) indique que 65,9 % des personnes interrogées vivent en milieu urbain contre 34,1 % en milieu rural. Cette répartition s'aligne sur celle de la population générale du Congo, où près de 67 % des personnes habitent dans des zones urbaines<sup>5</sup>. Mais ceci avec un léger écart de 1,1 point.

Les principales caractéristiques individuelles des répondants sont résumées comme suit :

- la tranche d'âge la plus représentée est celle des sujets de 25 à 29 ans avec 24,4 % et plus de la moitié (57,7 %) des répondants sont âgés de 14 à 34 ans ;
- 50,5 % des répondants sont célibataires, soit 49,9 % des hommes et 52 % des femmes et 47,1 % vivent en union, soit 48,1 % des hommes et 44,4 % des femmes. Les divorcés et les veufs sont très peu nombreux, ils ne représentent respectivement que 1,7 % et 0,7 % de l'effectif ;
- plus de 90 % des répondants ont un niveau d'instruction compris entre le collège et l'enseignement supérieur équivalent à Bac+3. On note que la majorité d'entre eux ont atteint le niveau du lycée (38,7 %). Les inégalités habituellement observées en fonction du genre apparaissent également ici : les fréquences des répondants dont le niveau d'instruction est supérieur ou égal à la licence sont plus importantes chez les hommes que chez les femmes : 41,9 % contre 34,9 % ;
- 21,4 % des personnes interrogées exercent leurs activités professionnelles dans le domaine du commerce, 19,0 % dans celui de la prestation des services, 9,1 % dans les administrations publiques, 5,8 % dans l'agriculture, 4,9 % dans les bâtiments et travaux publics, 4,1 % dans les transports, 2,2 % dans l'élevage et 18,2 % dans divers autres domaines non spécifiés. Notons que parmi les enquêtés qui ont indiqué divers autres domaines figurent notamment des élèves et des étudiants. Et 11,8 % des répondants n'exercent dans aucun domaine d'activité professionnelle ;
- 61,1 % des répondants exercent leurs activités professionnelles dans le secteur formel (public : 34,1 % ; privé : 27,0 %) et 38,9 % dans le secteur informel ;
- 45 % de femmes exercent leurs activités dans le secteur informel ;

Tranches d'âge	Fréquences	
	(n)	(%)
14-19 ans	54	4,2
20-24ans	131	10,2
25-34ans	559	43,4
35-49ans	466	36,2
50-64ans	68	5,3
65 et plus	11	0,9
<b>Total</b>	<b>1289</b>	<b>100,0</b>

<sup>5</sup>Congo, Population Data <https://www.populationdata.net/pays/congo/>

- du point de vue de leurs catégories socioprofessionnelles, 34,4 % des répondants sont des auto-employeurs, suivis des employés et ouvriers qualifiés (12,5 %), des cadres moyens et agents de maîtrise (12,2 %), des employeurs (5,9 %) et des cadres supérieurs qui comptent pour 5,4 % des répondants. On note que les catégories non spécifiées concernent 18,5 % des répondants ;
- enfin, les répondants sont essentiellement des chrétiens (82,7 %). Une faible proportion d'entre eux est musulmane (6,1 %) ; les animistes comptent environ 1,1 % des répondants alors que ceux qui ont d'autres religions représentent 5,3 % d'entre eux. Et 4,8 % des personnes enquêtées n'ont pas de religion.

De l'ensemble de ces caractéristiques individuelles seules cinq (5) se sont avérées liées, à divers égards aux connaissances, attitudes et pratiques des répondants face à la maladie à COVID-19. Il s'agit du sexe, de l'âge, du milieu de résidence, du niveau d'instruction et du secteur d'activité professionnelle.

## 6.2. Connaissances sur la maladie à COVID-19

### 4.2.1. Information générale sur la maladie à COVID-19

Quasiment tous les répondants ont entendu parler de la pandémie du coronavirus (99,1%). Seuls 0,9 % disent ne pas en être au courant. La répartition par sexe indique exactement les mêmes proportions. De même, aucune différence majeure n'apparaît en considérant les niveaux d'instruction ou le milieu de résidence des intéressés. Des résultats similaires sont rapportés par deux études du même type, réalisées respectivement au Cameroun et à Kinshasa<sup>6</sup> (RDC). Selon celle du Cameroun<sup>7</sup>, 97,0 % des ménages ont entendu parler du COVID-19 tandis que celle de Kinshasa indique que 99,7 % des personnes enquêtées ont entendu parler de la maladie à COVID-19.

Pour 96,8 % des personnes enquêtées, le coronavirus est une maladie. Aucune différence significative n'apparaît en considérant le sexe : 96,6 % chez les hommes contre 97,5 % chez les femmes.

### 4.2.2. Connaissance des symptômes de la maladie à COVID-19

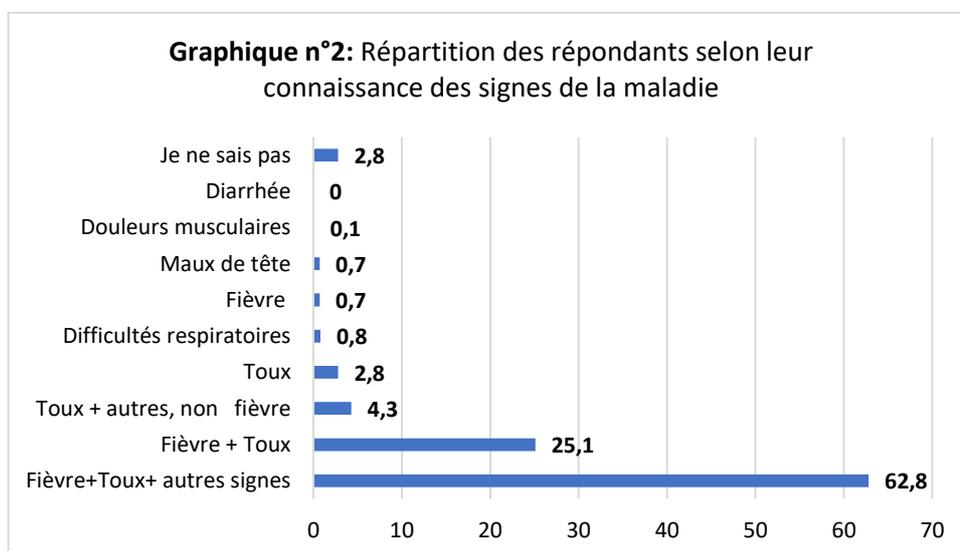
La toux, la fièvre, les maux de tête, l'essoufflement et les difficultés respiratoires sont les manifestations de la maladie citées par les répondants. Il ressort de cette étude que :

- 62,8 % des répondants connaissent au moins trois manifestations de la maladie (fièvre, toux et autres) et 25,1 % connaissent la fièvre et la toux. Ce qui indique que 87,9 % des répondants connaissent la fièvre et la toux, comme manifestations de la maladie. Ces résultats sont similaires à ceux observés à Kinshasa (fièvre : 86,2 % ; toux : 85,7 %) ;
- du point de vue du genre, 68,4 % des femmes connaissent au moins trois signes de la maladie, alors que le pourcentage est de 60,3 % chez les hommes. Cette différence est significative, ( $p < 0,05$ ) ;
- la connaissance d'au moins trois manifestations de la maladie est également déterminée par le niveau d'instruction. Les proportions des répondants qui citent au

<sup>6</sup> Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des habitants de Kinshasa sur les mesures préventives contre le COVID-19. École de santé publique de Kinshasa. Juillet 2020.

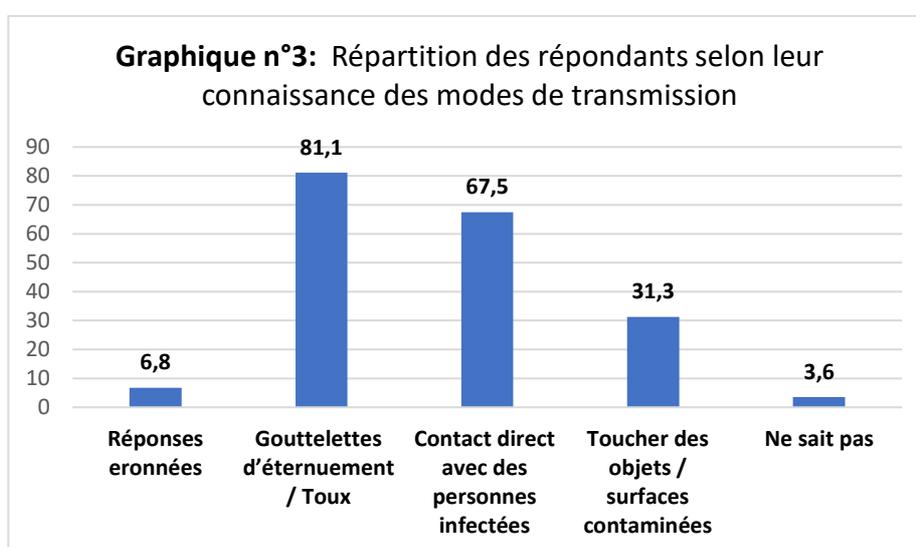
<sup>7</sup> Enquête connaissances, attitudes et pratiques sur le corona virus dans les départements du Mayo Sana et du Mayo Tsanaga, Région de l'extrême Nord Cameroun : Rapport. RodaKorset, Croix Rouge Camerounaise, IFRC, Juillet 2020.

- moins trois signes de la maladie passent de 40 % chez les moins instruits (sans niveau et primaire) à 68,7 % chez ceux dont le niveau est supérieur ou égal à la licence, ( $p < 0,05$ );
- et 70,7 % des répondants qui exercent dans le secteur informel, ont une meilleure connaissance des signes de la maladie contrairement à ceux du secteur formel, ( $p < 0,05$ ).

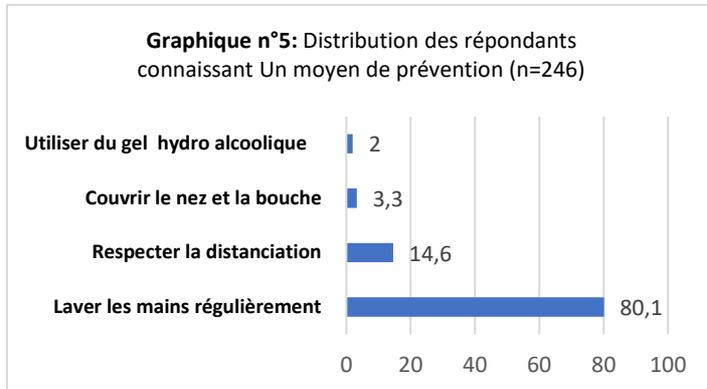


#### 4.2.3. Connaissance des modes de transmission de la maladie à COVID-19

Les modes de transmission recherchés au cours des appels téléphoniques sont le contact avec des gouttelettes émises lors d'un éternuement ou d'une quinte de toux, le contact direct avec des personnes infectées et le fait de toucher des objets ou des surfaces contaminées. Il ressort que 81,1 % des répondants citent les gouttelettes émises lors d'une quinte de toux ou d'un éternuement ; 67,5 %, les contacts directs avec les personnes infectées et 31,3 % citent le fait de toucher des objets ou des surfaces contaminées. On note que 3,6 % des répondants avouent ne pas les connaître et 6,8 % donnent des réponses totalement erronées. Ce qui porte à 10,4 % l'effectif de ceux qui ne les connaissent pas.

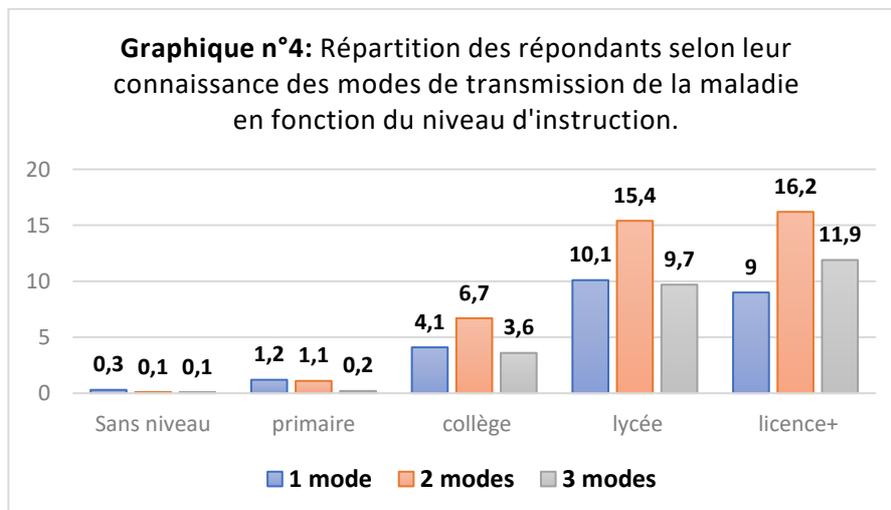


A ce propos, il importe de noter que sur une quinzaine d'affiches produites par la Commission communication qui ont été passées en revue, aucune ne traite de la contamination par des objets ou des surfaces souillées. Il est donc très probable que ce message de prévention n'ait été que très peu véhiculé. De façon plus globale, on note que seuls 24,5 % des répondants connaissent les trois modes de transmission de la maladie.



La répartition par sexe ne révèle aucune différence significative entre les hommes et les femmes (25,7 % contre 24,9 %). Par contre, le secteur d'activité montre que les répondants du secteur informel (40,0%) ont une meilleure connaissance de ces modes de transmission par rapport à ceux du secteur formel : 16,1 %, ( $p < 0,05$ ).

En outre, il ressort que le nombre de modes de transmission cités croît avec le niveau d'instruction des répondants. En effet, le pourcentage de ceux qui citent trois modes de transmission augmente progressivement de 0,1 % chez les sujets sans instruction à 11,9 % pour ceux dont le niveau d'instruction est au moins égal à la licence d'enseignement supérieur.



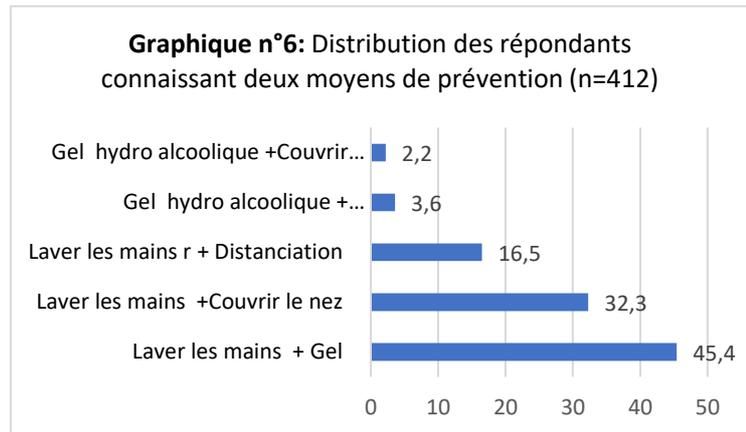
#### 4.2.4. Connaissance des moyens de prévention de la maladie à COVID-19

De la connaissance des moyens de prévention de la maladie à COVID-19, il ressort que 92,8 % des répondants citent au moins un moyen de prévention. Par souci de clarté, ils ont été classés en cinq groupes selon leur niveau de connaissance des modes de transmission de la maladie.

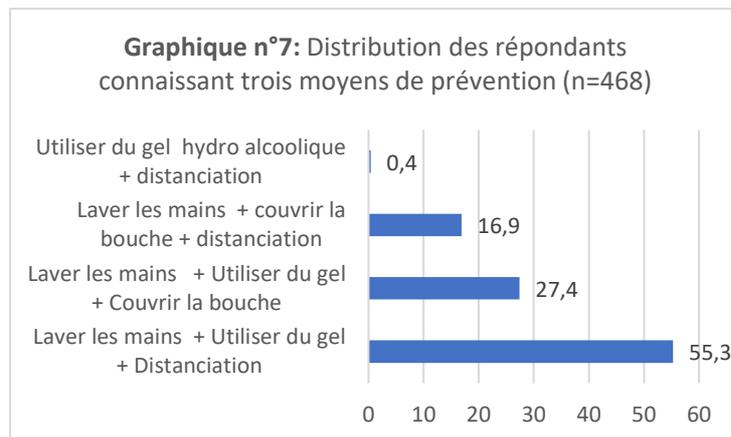
Le premier concerne les répondants qui ne connaissent qu'un seul mode de transmission. Ils représentent 19,1% de l'effectif. Se laver les mains régulièrement avec du savon et de l'eau est le principal moyen de prévention connu, cité par 80,1 %. Puis viennent ensuite le respect de la distanciation physique, se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on tousse ou

qu'on éternue et utiliser du gel hydro alcoolique pour se nettoyer les mains citées respectivement par 14,6%, 3,3 % et 2,0 % des répondants.

Le second lot est celui des répondants qui connaissent deux moyens de prévention. Ils représentent 32,2 % de l'effectif. Dans ce lot, 93,5 % des répondants associent se laver les mains régulièrement avec du savon et de l'eau soit avec le respect de la distanciation physique (45,4 %), se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on tousse ou qu'on éternue (32,3 %) ou soit utiliser les solutions hydro alcooliques (15,8 %).



Les répondants qui connaissent trois moyens de prévention constituent le troisième lot. Ils représentent 36,3 % de l'effectif. Ici on note que 55,3 % des répondants associent se laver régulièrement les mains avec l'utilisation du gel et le respect de la distanciation et 27,4 % associent les deux premiers moyens au port du masque.



Et le dernier lot est représenté par 4,2 % des sujets enquêtés qui citent des combinaisons qui mêlent aux moyens de prévention des pratiques qui ne le sont nullement

telles que dormir sous la moustiquaire ou ne boire que de l'eau traitée.

En définitive, se laver régulièrement les mains avec de l'eau et du savon est le moyen de prévention le plus connu cité par 86,4 % des répondants, suivi par le respect de la distanciation physique lequel est connu par 52,8 % d'entre eux. Les moins connus sont l'utilisation des gels et solutions hydro alcooliques et se couvrir le nez, moyens de prévention mentionnés respectivement par 44,1 et 29,9 % des répondants.

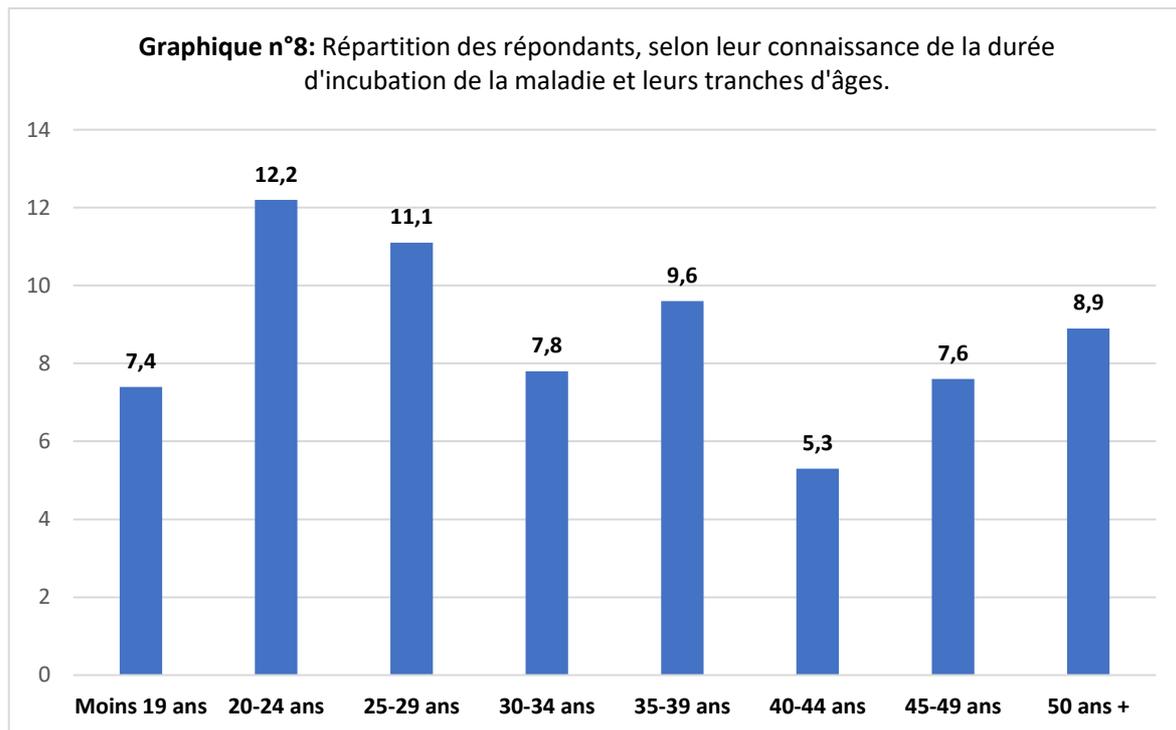
#### 4.2.5. Connaissance de la durée d'incubation de la maladie à coronavirus

S'agissant de la période d'incubation, les répondants ont été invités à indiquer la période d'incubation, parmi les cinq (5) modalités suivantes : (i) même jour ; (ii) 1 jour ; (iii) 2 à 3 jours ; (iv) 4 à 7 jours et (v) 8 à 10 jours. Le temps d'incubation moyen de COVID-19 étant estimé à 5,1 jours<sup>8</sup>, seule la modalité de 4 à 7 jours a été considérée comme réponse correcte.

<sup>8</sup> Source : Protocole de recherche sur la transmission dans la famille de l'infection à COVID-19. OMS, Mars 2020

Il ressort qu'à peine 9,1 % des répondants connaissent la durée de la période d'incubation de la maladie. Leur répartition par sexe indique 11,7 % chez les femmes et 8,1 % chez les hommes ( $p < 0,05$ ), alors que le milieu de résidence ne laisse apparaître aucune différence significative : 9,4 % des répondants qui vivent en milieu urbain contre 8,4 % en milieu rural. De même, ni le niveau d'instruction ni le secteur d'activité des répondants ne semblent être liés à leur connaissance de la durée d'incubation de la maladie.

La répartition des répondants par classes d'âges montre que la durée d'incubation de la maladie est plus connue chez les sujets de 20 à 29 ans. Et la fréquence la plus faible concerne les répondants de 40 à 44 ans.

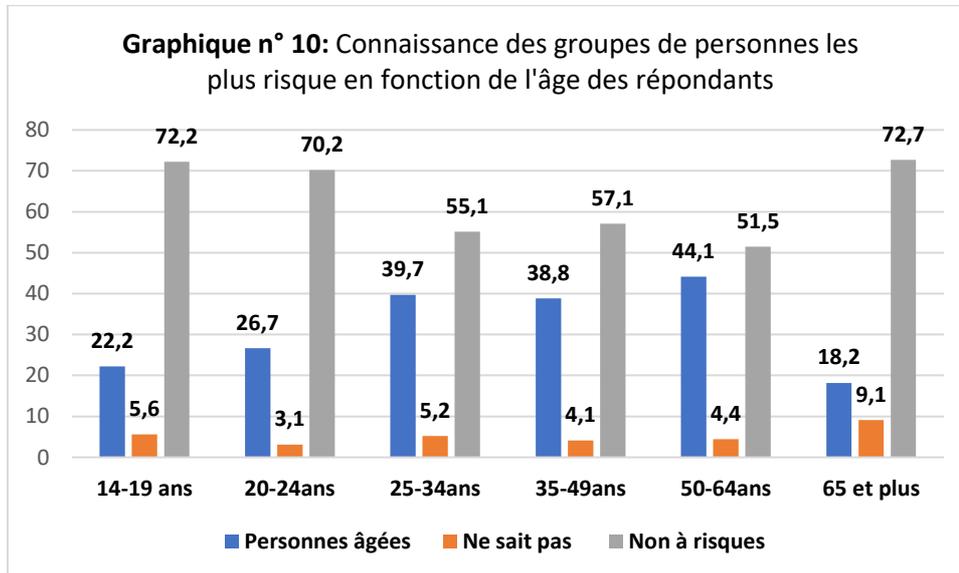


#### 4.2.6. Connaissance des personnes les plus à risque de la maladie

Au total 37,4 % des enquêtés citent les personnes âgées comme étant les sujets les plus à risque d'être sévèrement affectés par la maladie à COVID-19 ; 4,6 % des répondants n'en n'ont pas connaissance. Tous les autres, soit 58 % des répondants, citent des groupes de population qui n'encourent aucun risque particulier, tels que les enfants de moins d'un an, les adolescents ou encore les femmes enceintes. En outre, il ressort que 40,8 % des répondants qui résident en milieu urbain citent les personnes âgées comme étant le groupe de population le plus à risque, contre 26,8 % pour ceux du milieu rural. De même, ces derniers sont plus nombreux à citer des groupes de population qui n'encourent aucun risque particulier : 67,8 % contre 54,8 % en milieu urbain. En définitive, les groupes de population les plus à risque sont mieux connus en milieu urbain qu'en milieu rural.

La prise en compte du niveau d'instruction montre que les pourcentages des répondants qui disent ne pas connaître les groupes de population les plus à risque baissent avec le niveau d'instruction. Elles passent de 8,0 % au niveau primaire à 3,3% au niveau licence et plus. Hormis cette observation aucune corrélation n'émerge.

Par contre la distribution par classes d'âges montre que les sujets de moins de 25 ans et ceux de 65 ans et plus citent majoritairement des groupes qui n'encourent pas de risques particuliers face au COVID-19. Ce qui indique que les répondants appartenant à ces groupes d'âges ont la moins bonne connaissance des personnes les plus à risque de la maladie.



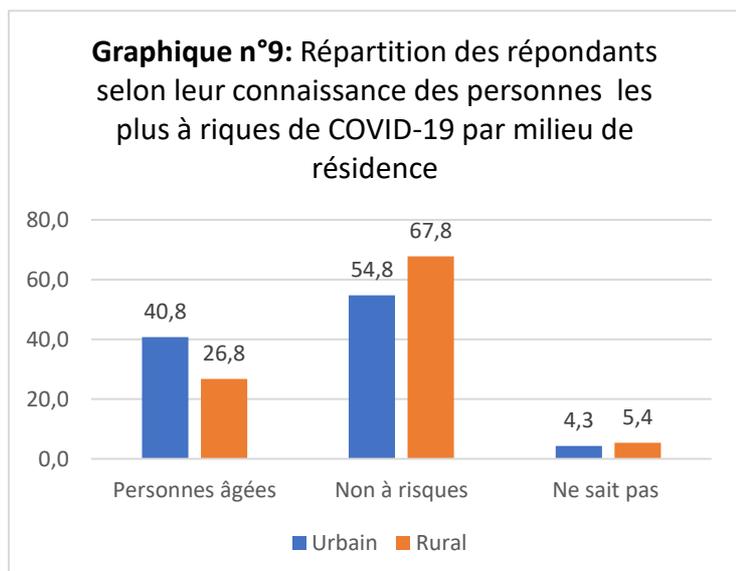
#### 4.2.7. Score de connaissance globale de la maladie à COVID-19 par les répondants

##### 6.2.7.1. Connaissance globale de la maladie à COVID-19 par les répondants

De la connaissance de la maladie à COVID-19 on note que 99,1 % des répondants ont entendu parler de la maladie ; 75,5 % ne connaissent pas ses trois principaux modes de transmission ; 94,8 % ne connaissent pas tous les quatre (4) moyens de prévention ; 89,9 % ne connaissent pas la durée d'incubation de la maladie et 62,6 % ne connaissent pas les personnes les plus à risque de la maladie. Dès lors, plutôt que de se limiter à ces éléments de connaissance pris séparément, il a été jugé intéressant de construire un score de connaissance globale de la maladie à partir de ces critères. Le principe de ce score consiste à attribuer un (1) point à chaque réponse correcte, la somme des points attribués aux réponses correctes attendues étant égale à 13.

L'appréciation de ce score de connaissance globale de la maladie a été faite à partir d'une échelle à trois positions établies comme suit :

- 0 – 4 points (30 %) : mauvaise connaissance de la maladie ;
- 5 – 8 points (60 %) : connaissance moyenne de la maladie ;



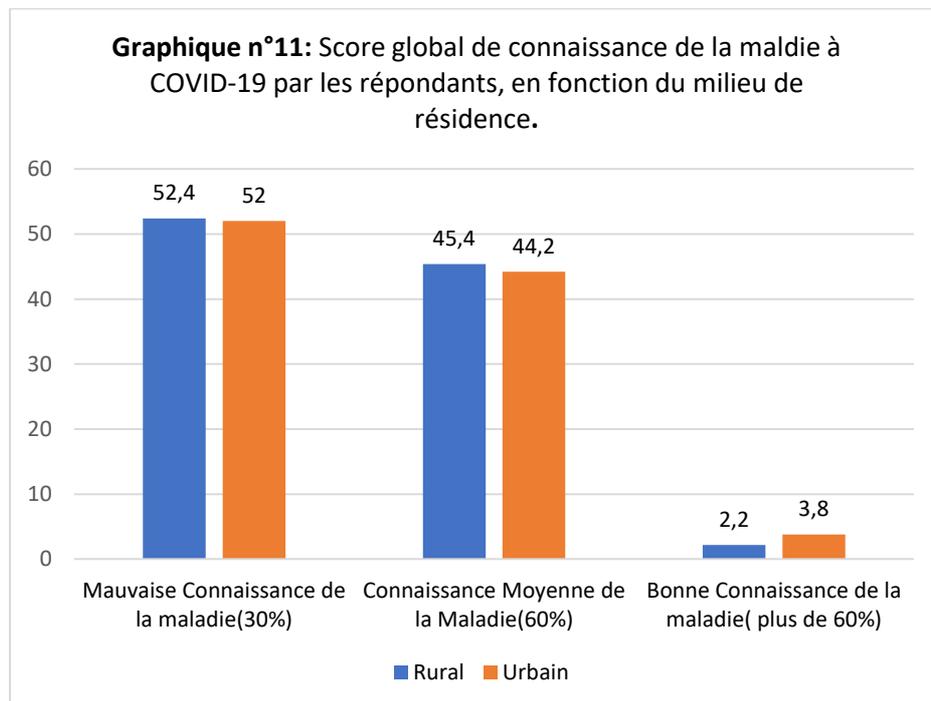
- 9 points et plus (plus de 60%): bonne connaissance de la maladie.
- La note méthodologique relative à la construction du score figure en annexe (annexe n°5).

De manière générale les résultats montrent que 52,1 % des répondants ont une mauvaise connaissance de la maladie (score égal à 30 %); 44,5 % ont une connaissance moyenne (score égal à 60 %) et seuls 3,4 % des répondants ont une bonne connaissance de la maladie (score supérieur à 60 %).

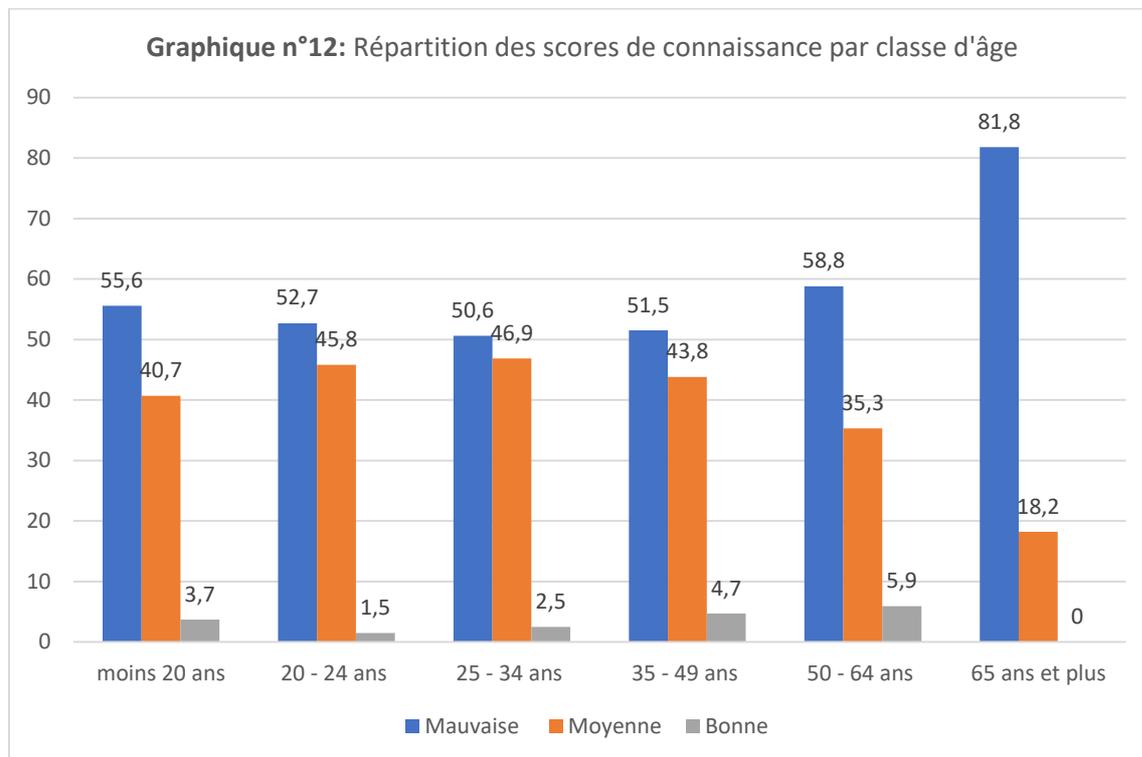
#### 6.2.7.2. Connaissance globale de la maladie à COVID-19 en fonction du sexe, du milieu de résidence et de l'âge des répondants

Des différences apparaissent dans la distribution des scores de connaissance globale de la maladie en fonction du sexe. En effet, les scores de mauvaise connaissance sont davantage le fait des femmes (57,3 %) par rapport aux hommes (50,1 %). Un écart de 7 points distingue les deux groupes. De même, les scores de connaissance moyenne sont observés majoritairement auprès des hommes avec 46,3 % contre 39,9 % chez les femmes. Quoique les hommes affichent de meilleurs scores de connaissance globale de la maladie, ces différences ne sont pas significatives, ( $p > 0,05$ ).

Le niveau d'instruction et le milieu de résidence des répondants ne semblent pas influencer ce score. Et s'agissant du milieu de résidence, les scores de connaissance globale de la maladie sont similaires dans les deux zones urbaine et rurale, comme l'indique le graphique n°11.



Quelle que soit la tranche d'âge considérée, 50,6 à 81,8 % des répondants qui la constituent ont une connaissance globale de la maladie jugée mauvaise. Les sujets de 65 ans et plus ayant le pourcentage le plus important (81,8 %). Ils sont suivis des sujets âgés de 50 à 64 ans et de ceux de 14 à 19 ans avec respectivement 58,8 % et 55,6 % des cas. Le graphique n°9 montre une augmentation progressive du pourcentage des répondants qui ont une mauvaise connaissance globale de la maladie à partir de 35 ans.

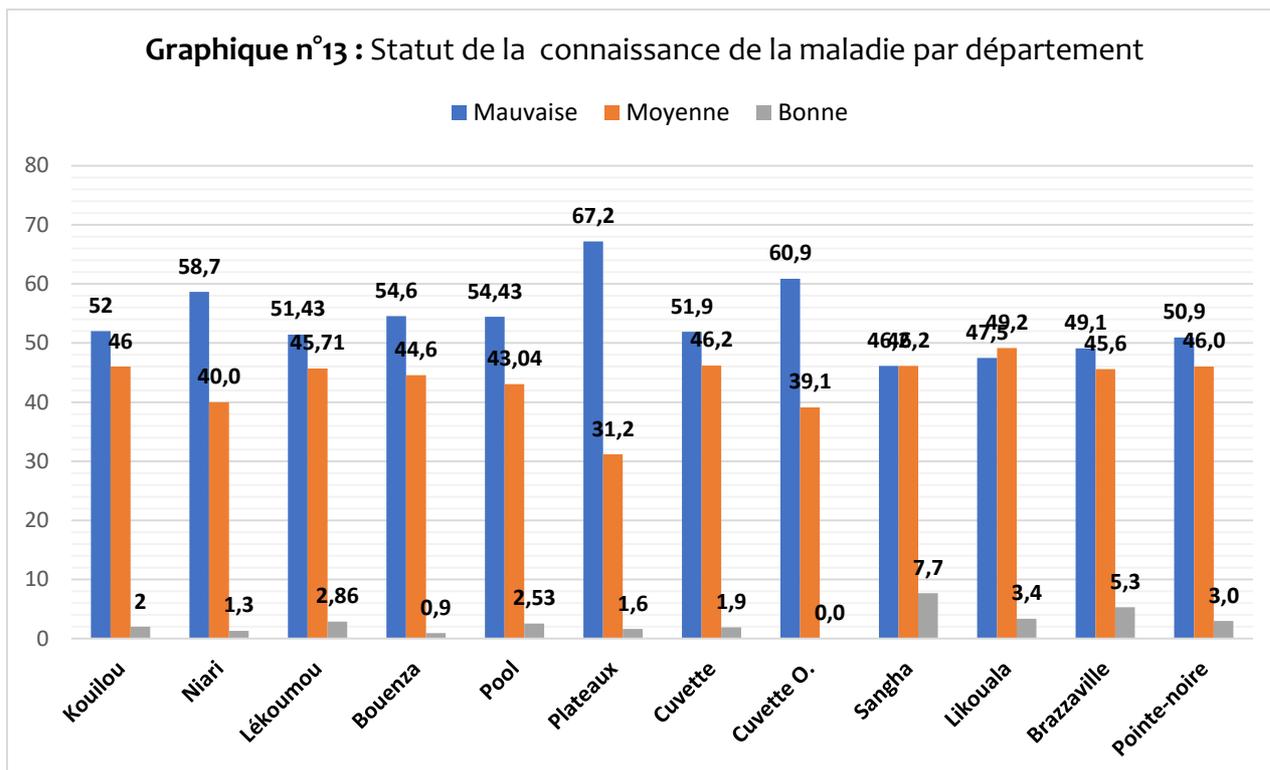


### 6.2.7.3. Statut des départements par rapport à la connaissance globale de la maladie à COVID-19 par les répondants

Le statut de chaque département fixé par les scores de connaissance globale de la maladie complète cette analyse et révèle d'importantes différences.

En effet, 7,7 % des répondants du département de la Sangha ont une connaissance globale de la maladie jugée bonne. Ils sont suivis par ceux des départements de Brazzaville et de la Likouala avec respectivement 5,3 et 3,4 % des sujets. Partout ailleurs, moins de 3 % des répondants ont un niveau de connaissance globale de la maladie jugé bon. La situation la plus critique étant celle des départements de la Cuvette Ouest et de la Bouenza dont les proportions ne dépassent guère 1 % des répondants : 0,0% dans la Cuvette Ouest et 0,9 % dans la Bouenza.

S'agissant du score de mauvaise connaissance globale de la maladie, les Plateaux viennent en tête des départements avec 67,9 % des répondants, suivis par la Cuvette Ouest et le Niari avec respectivement 60,9 % et 58,7 % des personnes enquêtées. On note que le pourcentage des scores de mauvaise connaissance le plus faible est observée dans le département de la Sangha (46,1%). Enfin, il importe de souligner que dans 9 départements sur 12, plus de 50 % des répondants ont une connaissance de la maladie jugée mauvaise.



La prise en compte de tous ces traits de la connaissance de la maladie à COVID-19 permettent entre autres d'identifier les insuffisances de la stratégie de communication de la riposte à la pandémie. Le peu d'attention accordée à la durée d'incubation de la maladie, au contact des objets souillés ou à la perception des risques illustre les insuffisances relatives aux messages. Hormis ces insuffisances, la mise en évidence des spécificités associées aux caractéristiques individuelles notamment le sexe, l'âge, les niveaux d'instruction et le secteur d'activité devrait orienter vers des stratégies opérationnelles mieux ciblées. C'est le cas notamment de la mise en route des stratégies de communication interpersonnelle. A titre d'illustration les acteurs des unités économiques du secteur informel peuvent bénéficier d'approches très ciblées en raison de leurs spécificités. Enfin, le score de connaissance globale de la maladie offre l'opportunité de mesurer l'ampleur des efforts à consentir afin d'améliorer la connaissance de la maladie à travers le pays. Et espérer en définitive, observer les changements de comportements attendus.

#### **4.2.8. Besoins de connaissances sur la maladie à coronavirus exprimés par les répondants**

Les besoins en connaissances supplémentaires exprimés par les répondants concernent en premier lieu le traitement de la maladie (46,2 %). Puis sont cités les moyens de prévention de la maladie (26,2 %) et les manifestations de la maladie (12,7 %). Viennent ensuite la connaissance des acteurs de la réponse et les modes de transmission qui ont été cités respectivement par 5,4 et 4,0 % des enquêtés.

Ces besoins en information complémentaire sont identiques entre les hommes et les femmes, exception faite de l'information sur la prévention de la maladie. En effet, ici une légère prédominance est observée en faveur des hommes : 27,7 % contre 24,9 % chez les femmes.

Quoique cette hiérarchie reste la même, des différences nettes apparaissent en considérant le milieu de résidence des répondants. Les informations relatives au traitement viennent en tête des préoccupations avec respectivement 58,6 % des répondants en milieu rural et 39,7 % en milieu urbain. Elles sont suivies par les informations sur les moyens de prévention : 32,3 % en milieu urbain contre 16,6 % en milieu rural. Puis viennent les informations sur les symptômes de la maladie : 14,8 % en milieu urbain contre 8,6 % en milieu rural, ( $p < 0,05$ ).

On observe aussi que les besoins en informations complémentaires sur la prévention de la maladie sont davantage exprimés par les adolescents de 14 à 19 ans (42,6%). Par contre les informations complémentaires relatives au traitement sont davantage la préoccupation des sujets plus âgés, notamment ceux de la tranche de 50 à 64 ans (57,4 %).

La répartition des répondants selon leur niveau d'instruction montre la même hiérarchie. En effet, quel que soit leur niveau d'instruction, les répondants placent les besoins en informations sur les traitements, les moyens de prévention et les manifestations de la maladie en tête des priorités sur les informations complémentaires en rapport avec la maladie. La quête des informations sur le traitement de la maladie vient au premier rang : 49,1 % chez les répondants du niveau d'enseignement supérieur et 40,4 % chez ceux du niveau collège.

Quel que soit le secteur d'activité, les besoins en informations complémentaires concernent par ordre d'importance : les traitements, les moyens de prévention et les symptômes de la maladie. Et de réelles différences apparaissent : la quête des informations complémentaires sur les traitements est plus forte auprès des répondants exerçant dans le secteur informel (55,2 %) comparativement à ceux du secteur formel (40,4 %). Par contre, celle qui concerne les moyens de prévention est plus importante chez les répondants du secteur formel (33,0 %) contrairement à ceux du secteur informel (17,3 % ;  $p < 0,05$ ).

En définitive, ces besoins en informations complémentaires identifiés tels quels devraient aider les acteurs de la réponse à mieux cibler les messages sur les traitements, les moyens de prévention et les symptômes de la maladie, en fonction des centres d'intérêt des groupes de population visés. Et ce d'autant plus que la stratégie de communication a été particulièrement focalisée sur la prévention de la maladie, notamment la promotion des gestes barrières.

### **6.3. Contenus et sources des connaissances sur la maladie à COVID-19**

#### **6.3.1. Contenus des messages et informations reçus**

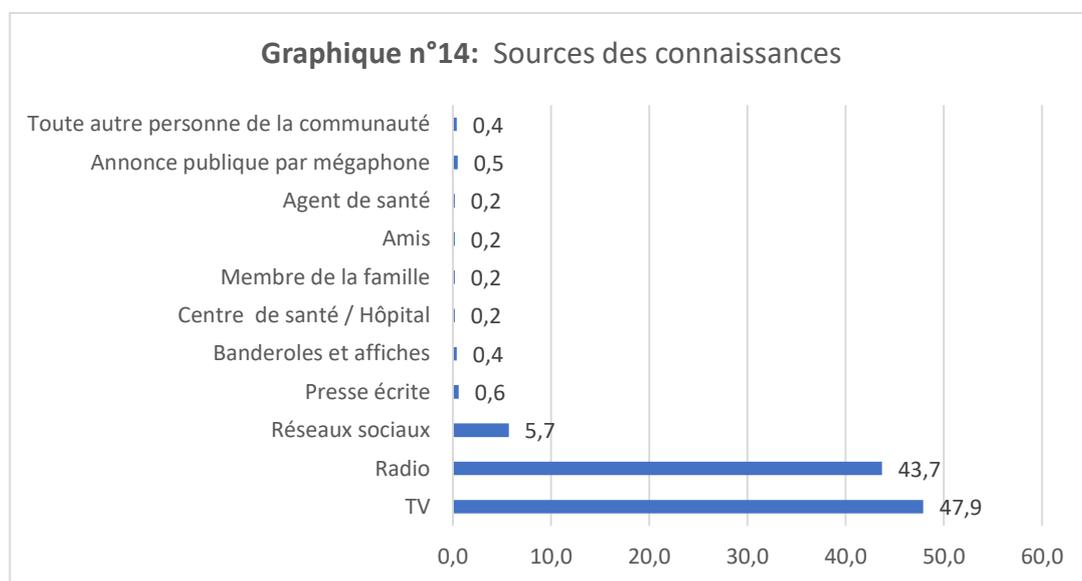
Interrogés sur les contenus des messages reçus la dernière fois qu'ils ont entendu parler de la maladie à Coronavirus, 48,8 % des enquêtés ont cité des messages et des informations de prévention ; 11,8 % des messages sur les symptômes la maladie, 6,8 % sur ses modes de transmission et 2,8 % sur ce qu'ils sont invités à faire en cas de suspicion de la maladie. On note également que les messages et informations combinant à la fois les symptômes et les modes de transmission de la maladie ont été cités par 11,7 % des répondants. De même 11,0 % des répondants citent des messages dont les contenus combinent les moyens de prévention avec les symptômes et/ou encore des manifestations de la maladie. Ce qui fait que les moyens de prévention constituent le socle des messages reçus par les répondants.

Ces observations semblent être conformes à l'orientation donnée à la stratégie de communication de la riposte à la pandémie. Une stratégie focalisée essentiellement sur la promotion des mesures barrières et la prévention de la maladie.

Au regard de cette orientation, le fait d'observer que moins de la moitié des répondants aient cité des messages de prévention, fait constater que les interventions de communication réalisées n'ont eu qu'un effet limité sur la connaissance de la maladie. Ce qui contraste avec les performances accomplies en termes de sensibilisation (99,1 % des répondants ont entendu parler de la maladie).

### 6.3.2. Principales sources des connaissances sur la maladie à COVID-19

La télévision et la radio sont les principales sources d'information citées respectivement par 47,9 % et 43,7 % des répondants. Viennent ensuite et de très loin, les réseaux sociaux avec 5,7 % des répondants.



La répartition par sexe montre une légère primauté de la télévision chez les femmes (58,9%) par rapport aux hommes (55,3 %) mais cette différence n'est pas significative. En ce qui concerne la radio et les réseaux sociaux les fréquences sont quasi identiques.

La distribution des sources en fonction du milieu de résidence des répondants présente des différences nettes sur les trois principales sources. Quel que soit le milieu de résidence, la télévision constitue la principale source, avec toutefois une prédominance du milieu urbain (58,8 %) sur le milieu rural (51,6 %), soit un écart d'environ 7,2 points. Par ailleurs, il s'avère que la radio est plus utilisée en milieu rural (20,9 %) qu'en milieu urbain (8,7 %) et les réseaux sociaux sont davantage utilisés en milieu urbain : 24,6 %, par rapport au milieu rural : 18,2 % ; ( $p < 0,05$ ).

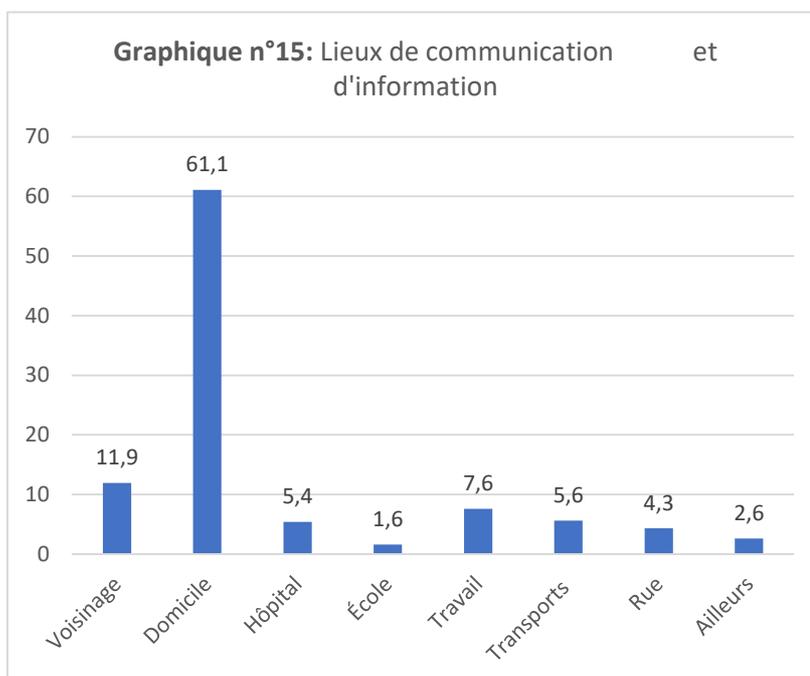
Des différences nettes apparaissent aussi en fonction des classes d'âges des répondants, en dépit de la prééminence de la télévision. En effet l'utilisation de la radio concerne 13,0% des moins de 20 ans alors qu'elle intéresse 27,0 % des sujets de 55 ans et plus. Et les réseaux sociaux n'intéressent que 10,8 % des répondants de plus de 55 ans alors qu'ils sont majoritairement utilisés par les moins de 35 ans : 28,3 % chez les 30 – 34 ans, 26,7 % chez ceux de 25 à 29 ans et 22,2 % chez les moins de 20 ans, ( $p < 0,05$ ).

La faible place qu'occupent la presse écrite et les annonces publiques mérite de s'y attarder. Moins de 3 % des répondants les citent, quel que soit le critère de distinction utilisé. Enfin, la primauté de la télévision, la place de plus en plus importante qu'occupent les réseaux sociaux, notamment dans les segments de populations les plus jeunes et la préférence de la radio par les plus âgés devraient inciter à réajuster la stratégie de communication en conséquence.

### 6.3.3. Lieux de communication et d'information.

Les lieux où les répondants ont entendu parler de la maladie sont principalement le domicile (61,1%), le voisinage (11,9%), le milieu professionnel (7,6%) et les formations sanitaires (5,4%).

Quel que soit le milieu de résidence, le domicile familial reste le lieu de communication privilégié, particulièrement en zone rurale. En effet pour 71,0 % des répondants issus de ce milieu, les communications ont été opérées au domicile, contre 57,8 % en zone urbaine.



Fort de ce constat, le domicile familial, le ménage devrait occuper une place de choix dans la stratégie de communication, dont la composante interpersonnelle mériterait d'être développée.

Au-delà du domicile, les lieux de communication privilégiés en milieu urbain sont le voisinage (14,2 %) suivi du travail. Par contre, la rue vient au second rang en milieu rural, suivie du travail. On note également que les transports en commun sont des lieux de communication non négligeables. Ils sont cités dans des proportions similaires aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Enfin, les établissements scolaires sont très peu cités, aussi bien en milieu urbain (1,9 %) qu'en milieu rural (0,9 %).

La répartition des lieux de communication en fonction du sexe montre des résultats similaires en ce qui concerne le domicile (61,3 % chez les hommes ; 60,3 % chez les femmes) et le voisinage (12,0 % chez les hommes ; 11,7 % chez les femmes). Par contre les centres de santé sont davantage cités par les femmes (8,9 %) contrairement aux hommes (4,0 %). A l'opposé, le lieu de travail l'est bien plus par les hommes (8,1 %) que par les femmes (6,4 %). Toutes ces différences sont significatives, ( $p < 0,05$ ).

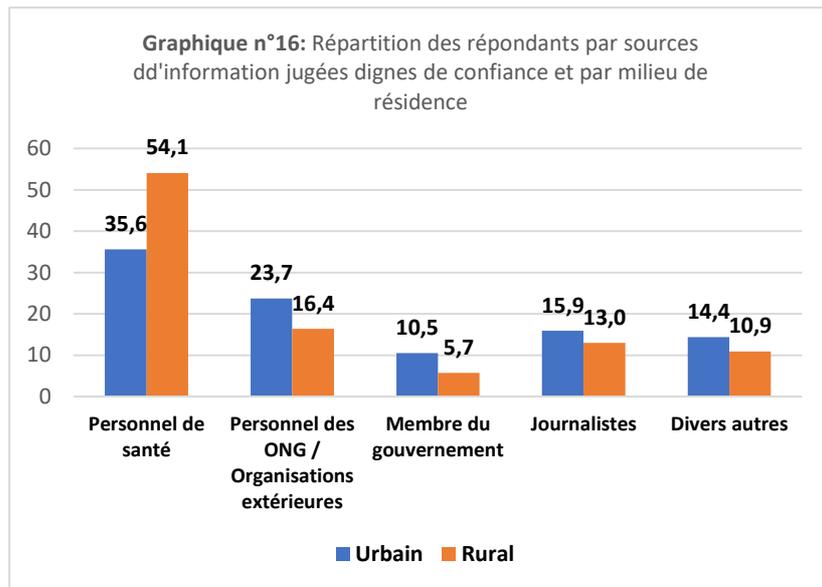
C'est également le cas en considérant le secteur d'activité. Le lieu de travail est cité par 66,2 % des répondants du secteur formel et 53,0 % du secteur informel. Par contre chez ces derniers le voisinage et les centres de santé constituent des lieux de communication

respectivement pour 18,1 % et 7,4 % d'entre eux alors que seuls 8,0 % et 4,1% de leurs homologues du secteur formel les citent, ( $p < 0,05$ ).

#### 6.3.4. Sources d'information jugées dignes de confiance

Les sources d'information jugées dignes de confiance par les répondants sont respectivement par ordre d'importance : le personnel de santé (41,9 %), le personnel des ONG et des organisations extérieures (21,2 %), les journalistes (14,9 %) et les membres du Gouvernement (8,8%).

La crédibilité accordée aux sources d'information n'est pas affectée par le sexe. En effet, aucune différence significative n'est observée entre les sexes : 43,3 % des femmes jugent les personnels de santé crédibles, contre 41,1 % des hommes ; 22,1 % des femmes contre 20,8 % des hommes pour ce qui est des ONG et 14,0 % des femmes contre 15,3 % des hommes jugent les journalistes dignes de confiance.



Par contre des différences nettes apparaissent en fonction du milieu de résidence. En effet chez les sujets enquêtés, 54,1 % des résidents du milieu rural accordent leur crédibilité aux personnels de santé contrairement aux résidents urbains qui eux ne sont que 35,6 % ; ( $p < 0,05$ ).

Quel que soit l'âge du répondant, les personnels de santé constituent la première source d'information jugée digne de confiance, avec des fréquences qui varient de 39,7 % chez les sujets de 20 à 29 ans à 61,5 % chez ceux de 60 ans et plus. Les personnels des ONG et des organisations internationales viennent en second lieu. Les fréquences de ceux qui les jugent crédibles varient 7,4% chez les moins de 20 ans à 26,4 % des répondants dont l'âge est compris entre 50 et 59 ans. On note également que 13 à 17 % des répondants font confiance aux journalistes. Les sujets de 60 ans et plus et ceux de moins 20 ans les placent en second après les personnels de santé avec respectivement 15,4 et 13 % des répondants.

La distribution des sources d'information jugées dignes de confiance, en fonction du niveau d'instruction des répondants montre que les personnels de santé constituent la première source d'information jugée digne de confiance, quel que soit le niveau d'instruction du répondant. Les fréquences observées varient de 39,4 % chez les répondants du niveau enseignement supérieur (licence et plus) à 48,9% chez ceux du niveau collègue.

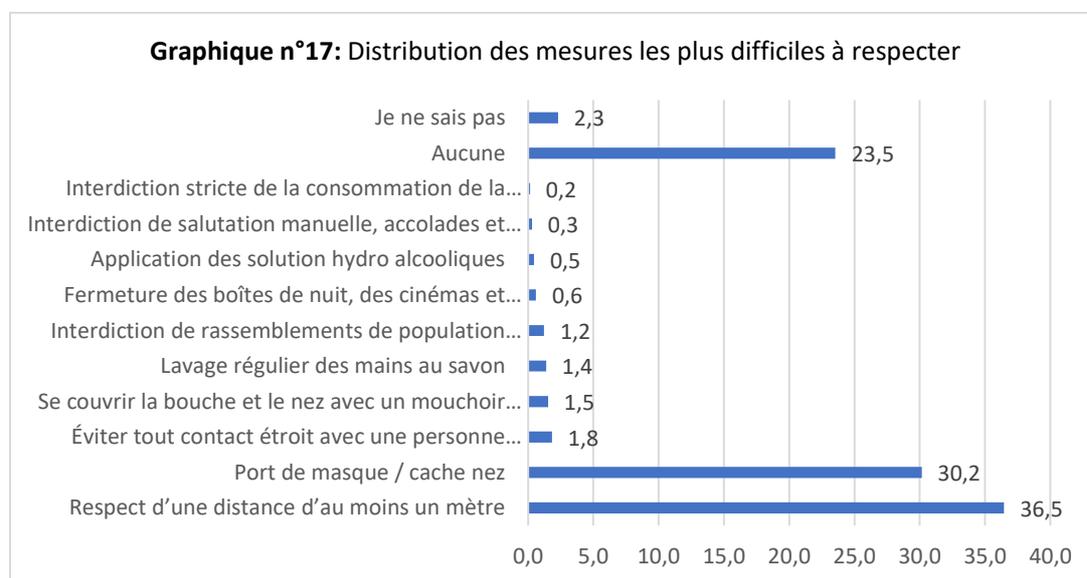
Les personnels des ONG et des organisations internationales viennent en second lieu. Ils sont cités majoritairement par les répondants qui ont atteint le niveau du lycée (24,6 %) ainsi que ceux du niveau enseignement supérieur (22,5%). Viennent ensuite les journalistes qui sont jugés dignes de confiance par 18,7 % des répondants du niveau collège et 14 % de ceux qui appartiennent à tous les autres niveaux d’instruction.

Même si l’ordre de priorité est respecté, la répartition par secteur d’activité montre que les répondants exerçant dans le secteur formel privilégient les personnels des centres de santé (44,1 %) par rapport à ceux du secteur informel (38,4 %). De même, au second rang ils citent majoritairement les personnels des ONG (27,9 %) par rapport à ceux du secteur formel (16,9 %). En raison de cette crédibilité, les personnels de santé et de façon générale les formations sanitaires, devraient jouer un rôle majeur dans la communication sur la riposte à la pandémie.

## 6.4. Perception des gestes barrières, du risque de contamination et des malades du COVID-19

### 6.4.1. Perception de la difficulté à respecter les mesures barrières recommandées

Pour les personnes interrogées, en tête des mesures barrières les plus difficiles à respecter se trouvent respectivement le respect d’une distance d’au moins un mètre (36,5 %) et le port du masque de protection (30,2 %). Toutefois 23,5 % d’entre eux considèrent qu’aucune mesure n’est difficile à respecter.



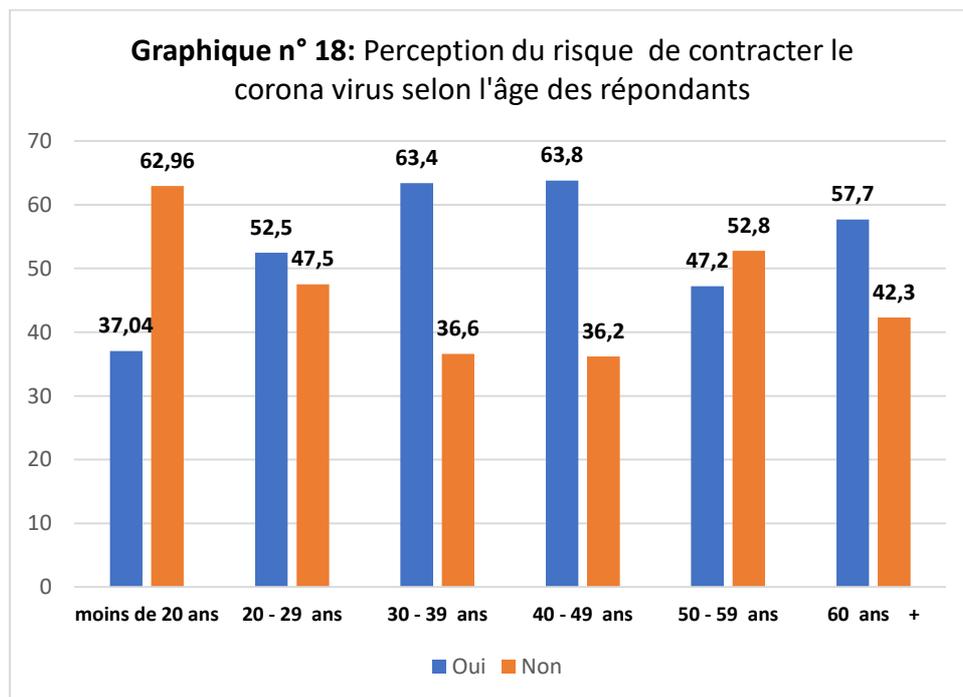
Aucune caractéristique individuelle ne semble être associée à cette perception.

#### 6.4.2. Perception du risque personnel de contamination par le COVID-19

Les résultats montrent que 57,8 % des répondants se considèrent comme des personnes à risque de contracter la maladie à coronavirus. Ce qui laisse comprendre qu'un pourcentage important (48,2 %) de personnes interrogées ne se sentent pas concernées par la contamination. L'enquête camerounaise<sup>9</sup> renseigne quant à elle, 45 % des répondants qui se considèrent à risque de contracter le virus et 38 % qui ne le pensent pas.

La répartition par sexe ne montre aucune différence entre les répondants : 58,0 % des hommes et 57,3 % des femmes se considèrent comme des personnes à risque de contracter la maladie à coronavirus. Il en est de même du milieu de résidence et du secteur d'activité. En effet 58,8 % des résidents urbains et 55,9 % des ruraux se considèrent comme à risque. En considérant leur secteur d'activité, 59,2 % des répondants du secteur formel et 55,0 % du secteur informel se considèrent à risque. Mais ces différences ne sont pas majeures.

Par contre des différences nettes apparaissent en fonction des groupes d'âges. Il ressort que 62,9 % des répondants de moins de 20 ans ne se considèrent pas à risque de contracter le coronavirus. Cette proportion baisse en fonction de l'âge pour atteindre 36,2 % chez les sujets âgés de 40 à 49 ans. On note également que 42,3 % des enquêtés âgés de 60 ans et plus ne se sentent pas à risque de contracter la maladie ; ( $p < 0,05$ ). Le graphique n° 14 présente ces résultats.



La perception du risque s'est avérée intéressante à investiguer à la lumière du niveau d'instruction des répondants. En effet il ressort que :

- plus de 76,3 % des répondants qui ne se considèrent pas comme des personnes à risque de contracter le coronavirus ont un niveau d'instruction compris entre le lycée et l'enseignement supérieur ;

<sup>9</sup> Op cité..

- de même, plus de 75,0 % des sujets qui pensent que les enfants ne peuvent pas répandre le coronavirus appartiennent à ces niveaux d’instruction ;
- et il en est également ainsi pour 76,1 % des enquêtés qui pensent que la maladie à COVID-19 est réservée aux personnes âgées.

Ces observations montrent qu’en dépit de leur niveau d’instruction au moins égal à l’enseignement secondaire 2<sup>ème</sup> degré (lycée), plus de 75 % des répondants ont une perception erronée de la maladie à COVID-19. Le tableau n°1 présente la répartition des répondants en fonction de leur perception du risque de contamination et de leur niveau d’instruction.

**Tableau n°1 :** Répartition des répondants en fonction de leur perception du risque de contamination et de leur niveau d’instruction.

Niveau d’instruction	Vous considérez - vous comme une personne à risque de contracter le coronavirus		Les enfants peuvent répandre le coronavirus		La COVID-19 est réservée aux personnes âgées	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Sans & Primaire	3,4	4,6	3,4	4,8	3,8	3,9
Niveau collège	16,2	19,1	16,0	20,2	20,1	16,5
Niveau lycée	39,9	37,1	39,5	37,2	43,1	37,2
Licence +	40,5	39,2	41,1	37,8	33,0	42,4
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La répartition des répondants par groupes d’âges montre que les répondants qui ne se considèrent pas comme des personnes à risque de contracter le coronavirus, ceux qui ne pensent pas que les enfants peuvent répandre le coronavirus ou qui pensent que la maladie à COVID-19 est réservée aux personnes âgées appartiennent à plus de 86 % aux classes d’âges comprises entre 20 et 49 ans. Il s’agit des classes d’âges dont plus de 50 % des sujets ont une connaissance globale de la maladie jugée mauvaise. Il s’agit également du segment de population qui contient la tranche d’âges la plus affectée par la maladie au Congo<sup>10</sup>. Cette donnée semble fournir un éclairage aux négligences observées dans le port du masque ou le respect des mesures de distanciation physique. Le tableau n°2 présente la répartition des répondants en fonction de leur perception du risque de contamination et de leurs groupes d’âges.

<sup>10</sup> SITREP n°116, op cité

**Tableau n°2 : Perception du risque de contamination et âge des répondants**

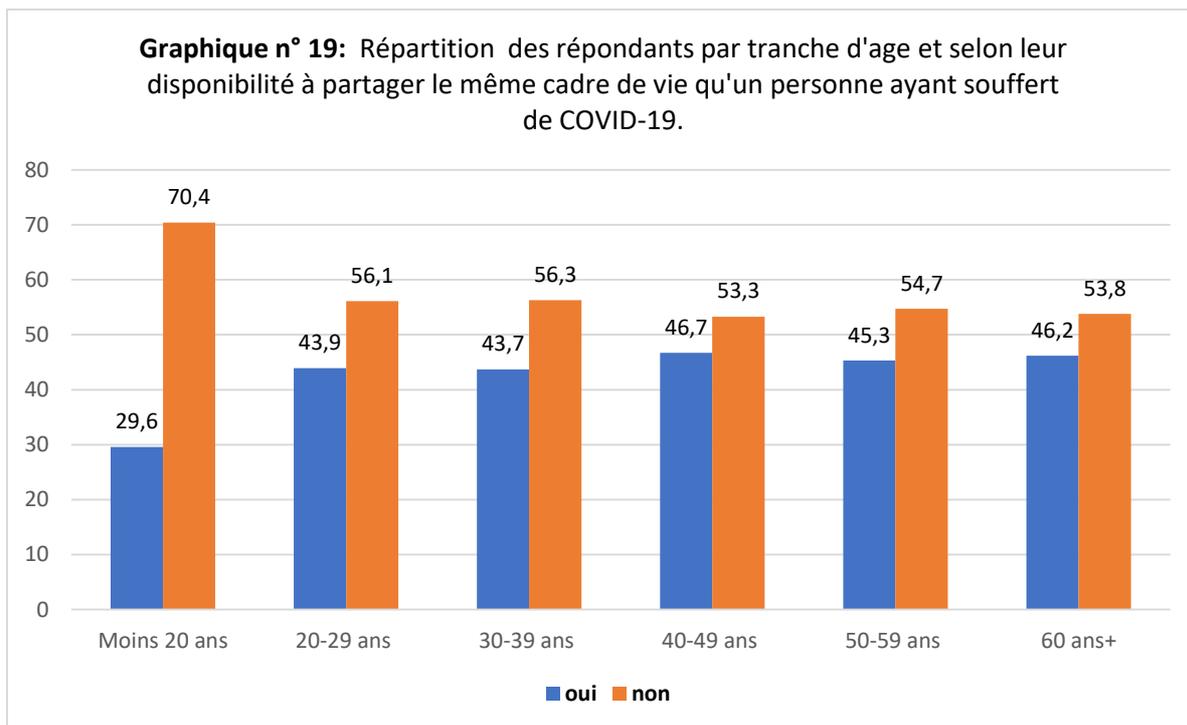
Tranche d'âge	Vous considérez-vous comme une personne à risque de contracter le coronavirus		Pensez-vous que les enfants peuvent répandre le coronavirus		Pensez-vous que la COVID-19 est réservée aux personnes âgées	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
14-19 ans	2,7	6,3	2,8	6,8	5	3,9
20-24ans	7,9	13,2	8,5	13,2	12,4	9,4
25-34ans	43,5	43,2	43,1	43,8	36,6	45,8
35-49ans	40,5	30,1	39,3	30,4	38,3	35,4
50-64ans	4,4	6,4	5,5	4,8	6,5	4,8
65 et plus	0,9	0,7	0,8	0,9	1,2	0,7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## 6.5. Attitudes de la population

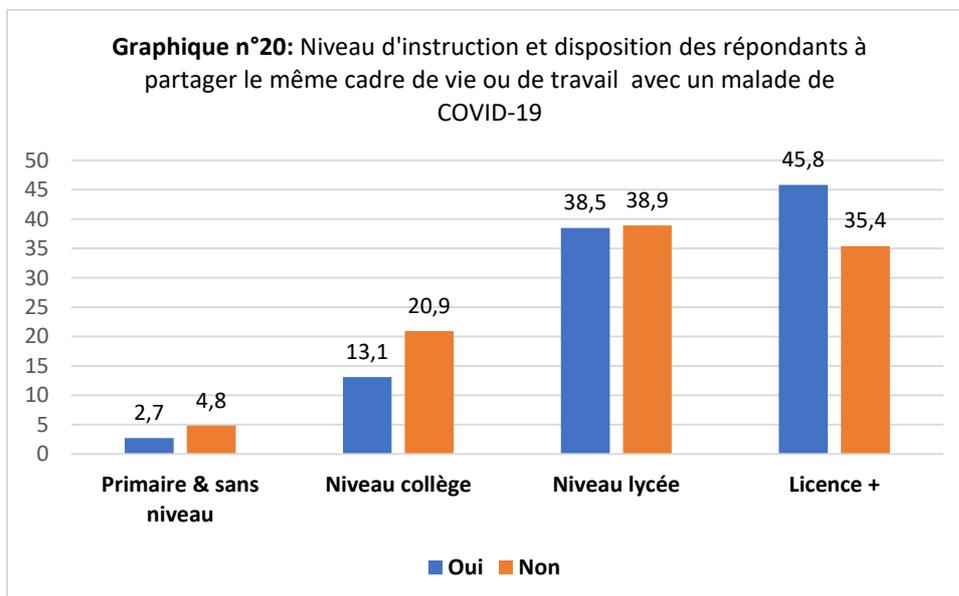
### 6.5.1. Risque de stigmatisation des malades ou anciens malades de COVID-19

Ce risque a été exploré en demandant aux enquêtés, s'ils étaient prêts à partager le même cadre de vie ou de travail avec une personne souffrant ou ayant déjà souffert du COVID-19. Les résultats indiquent que 56,1 % ne sont pas prêts à cela. La répartition par sexe montre que 60,9 % des femmes ne sont pas prêtes à partager ce même cadre, contre 54,2 % des hommes ; ( $p < 0,05$ ). De même, les répondants qui résident en milieu urbain sont plus enclins à partager ce cadre (47,0 %) contrairement à leurs homologues du milieu rural (38,0 %). Ces différences sont également significatives ; ( $p < 0,05$ ).

En considérant l'âge, les répondants de la classe d'âge des moins de 20 ans se distinguent avec 70,4 % d'entre eux qui sont réticents à partager le même cadre de vie ou de travail avec une personne souffrant ou ayant déjà souffert du COVID-19. Le graphique n° 15 présente la situation.



En tenant compte du niveau d'instruction des répondants, il ressort que le refus de partager le même cadre de vie ou de travail avec une personne souffrant ou ayant déjà souffert du COVID-19 est plus fréquent chez les répondants dont le niveau d'instruction est inférieur à la licence d'enseignement supérieur. Par contre 45,8 % des répondants qui y sont favorables ont un niveau d'instruction au moins égal à la licence.



### 6.5.2. Disposition à prendre des mesures pour empêcher la propagation du nouveau coronavirus dans la localité

Il ressort des résultats de l'enquête que 92 % des enquêtés estiment important de prendre des mesures qui ont vocation d'empêcher la propagation de la maladie à COVID-19 dans leurs localités ou leurs communautés. En lien avec cette attitude positive, les intéressés ont pris diverses mesures soit pour eux-mêmes, soit pour leurs proches.

Elles concernent principalement le lavage régulier des mains avec du savon (76,0 %) ; l'utilisation du gel hydro alcoolique (7,3 %) ainsi que la pratique de se couvrir la bouche et le nez en toussant ou en éternuant (3,6 %).

## **6.6. Pratiques de la population en cas de suspicion de COVID-19**

### **6.6.1. Recours utilisés en cas de fièvre et de toux**

En cas de maladie, de fièvre ou de toux, deux recours émergent, cités par les répondants. Il s'agit du recours à une formation sanitaire dans 43,4 % des cas et de l'automédication à domicile dans 37,7 % des cas. Notons que 6,2 % disent préférer rester à la maison et 4,9 % pensent ne rien faire, suivre le train quotidien de leur vie en attendant que la grippe passe après un certain temps.

Quoique les centres de santé et hôpitaux constituent le principal recours, ils sont utilisés par 46,0 % des hommes contre 36,6 % des femmes. Et l'automédication est davantage le recours des femmes 39,9 % contre 36,8 % des hommes ; ( $p < 0,05$ ).

En considérant le milieu de résidence, le recours au centre de santé ou à l'hôpital est davantage observé en milieu urbain (45,0 %) par rapport au milieu rural (40,2 %). Parallèlement, les répondants qui résident dans les zones rurales sont davantage portés vers l'automédication à domicile (44,8 %) par rapport à leurs homologues du milieu urbain (34,0 % ;  $p < 0,05$ ).

Il en est de même du secteur d'activité d'où il ressort que 47,8 % des répondants exerçant dans le secteur formel recourent habituellement au centre de santé ou à l'hôpital lorsqu'ils se sentent mal avec de la fièvre ou de la toux contre 36,5 % de leurs homologues du secteur informel. Et ces derniers pratiquent davantage l'automédication (40,6%) contrairement à ceux du secteur formel (35,8 %). Toutes ces différences sont significatives ; ( $p < 0,05$ ).

### **6.6.2. Recours envisagés en cas de présentation de symptômes de la maladie à coronavirus par un tiers familial**

En cas d'apparition de symptômes de la maladie à coronavirus auprès d'un tiers familial, 49,2 % des répondants envisagent recourir à une formation sanitaire, tandis que 39,9 % d'entre eux vont appeler le numéro vert 34 34. D'autres recours sont cités, mais dans une moindre mesure. Il s'agit de l'automédication (2,4 %), la consultation d'un agent de santé dans le quartier (2,2 %), de la recherche d'un conseil auprès d'un parent plus expérimenté ou encore mettre le sujet suspect en isolement en attendant que ça passe (1,9 %).

En comparant les attitudes des répondants selon qu'il s'agit d'eux-mêmes ou de leurs proches, des évolutions apparaissent :

- lorsque la suspicion concerne un tiers familial, la tendance à recourir à l'hôpital s'avère légèrement plus importante : 49,2 % contrairement à soi-même : 43,2 % ;
- 37,7 % des répondants recourent à l'automédication quand il s'agit d'eux-mêmes ; en cas de suspicion auprès d'un tiers familial, ils ne sont plus que 1,1 % ;
- et l'appel au numéro vert est envisagé par 39,9 % des répondants quand il s'agit d'un tiers familial, et seulement par 2,0 % pour eux-mêmes.

Toutefois, ce commentaire mérite d'être nuancé par la différence induite par la formulation des deux questions, à savoir : "Que faites-vous habituellement si vous vous sentez malade avec de la fièvre et de la toux" et "Comment réagiriez-vous si un membre de votre famille présente des symptômes de corona virus". A la différence de la première, la deuxième question fait clairement référence à la maladie à COVID-19. Face à la faible connaissance de la maladie rapportée par les résultats de ce sondage, il est fort probable que la référence à la toux et la fièvre n'ait pas systématiquement évoqué l'éventualité d'une contamination au COVID-19.

Toutefois, la répartition des répondants par sexe montre que les hommes ont tendance à recourir davantage au centre de santé ou à l'hôpital (50,3 %) contrairement aux femmes (46,4 %). Par contre, les femmes sont plus portées à appeler le 34 34 (43,0 %) par rapport aux hommes (38,7 %). Il en est de même du milieu de résidence. Quoique les résidents du milieu rural aient tendance à recourir davantage au centre de santé (52,3 %) comparativement à ceux du milieu urbain, (47,6 %) cette différence n'est pas importante. Par contre, le secteur d'activité distingue les répondants : 56,0 % de ceux qui exercent dans le secteur formel recourent au centre de santé ou à l'hôpital contre 38,4 % chez ceux du secteur informel. Et chez ces derniers 52,6 % font appel au numéro vert contrairement aux répondants du secteur formel qui ne sont que 31,8 % à y recourir, ( $p < 0,05$ ).

Quel que soit leurs niveaux d'instruction, il ressort qu'aller à l'hôpital demeure le principal recours des personnes enquêtées. Toutefois, un écart de 12 points sépare les répondants dont le niveau d'instruction est au moins égal à la licence de ceux dont l'instruction a été limitée au primaire. Les fréquences observées sont respectivement de 42,3 % et 30,0 %.

### **6.6.3. Pratiques des répondants en matière de salutations et amabilités.**

Il ressort que 60,1 % des répondants saluent verbalement et 24,6 % le font avec leurs coudes. Ces deux modalités sont suivies de loin par les pratiques qui consistent soit à faire un geste de la main (8,5 %), à serrer la main (1,8 %) ou encore à s'incliner (1,4 %). Des différences apparaissent avec le genre. Les femmes saluent majoritairement verbalement (65,5 %) par rapport aux hommes (57,9 %). Par contre les hommes utilisent plus leurs coudes, (26,5 %) que les femmes (19,5 %). Saluer par un simple geste de la main est une pratique commune aux hommes et aux femmes dans des fréquences similaires (8,3 et 9,2 %).

Les salutations verbales sont davantage pratiquées en milieu rural (64,1 %) par rapport aux villes (58,1 %) ; par contre saluer par le coude est plus fréquent en milieu urbain (25,7%) par rapport au milieu rural (22,5 %). Et faire un simple geste de la main pour saluer est davantage pratiqué en milieu urbain (10,0 %) qu'en milieu rural (5,7 %). Les différences ainsi observées sont significatives ; ( $p < 0,05$ ).

De même, les salutations verbales sont davantage pratiquées par les répondants qui exercent dans le secteur informel : 68,9 % contrairement à ceux du secteur formel (54,5 %) qui par ailleurs sont plus nombreux à utiliser leurs coudes pour saluer (26,0 %) que ceux du secteur informel (22,3 %). Le geste de la main distingue particulièrement les répondants du secteur formel : 11,9 % l'utilisent alors que cette pratique ne concerne que 3,2 % des répondants du secteur informel ; ( $p < 0,05$ ).

En considérant le niveau d'instruction, les observations suivantes apparaissent :

- quel que soit le niveau d'instruction, les salutations verbales sont pratiquées par plus de la moitié des répondants. Les fréquences observées varient de 54% des sujets de niveau primaire à 62,2% chez ceux qui ont atteint le collège ;
- saluer avec le coude est une pratique qui semble être plus fréquente en fonction du niveau d'instruction : elle passe de 18 % chez les sujets du niveau primaire à 25,8 % chez ceux de l'enseignement supérieur ;
- et serrer la main est une pratique dont font usage 6 % des répondants dont le niveau d'instruction n'a pas dépassé l'école primaire alors qu'elle ne concerne que 1 % des sujets instruits au niveau supérieur.

Enfin d'autres méthodes de salutations sont évoquées par quelques répondants. Il s'agit des salutations par les pieds, les poings ou encore la main au cœur. D'autres par contre ont perdu l'habitude des salutations. Cette pratique a été rapportée par les résultats de la dernière enquête faite à Brazzaville sur les ménages <sup>11</sup>: 59,3 % des personnes interrogées avaient arrêté de se donner la poignée de mains depuis octobre 2020.

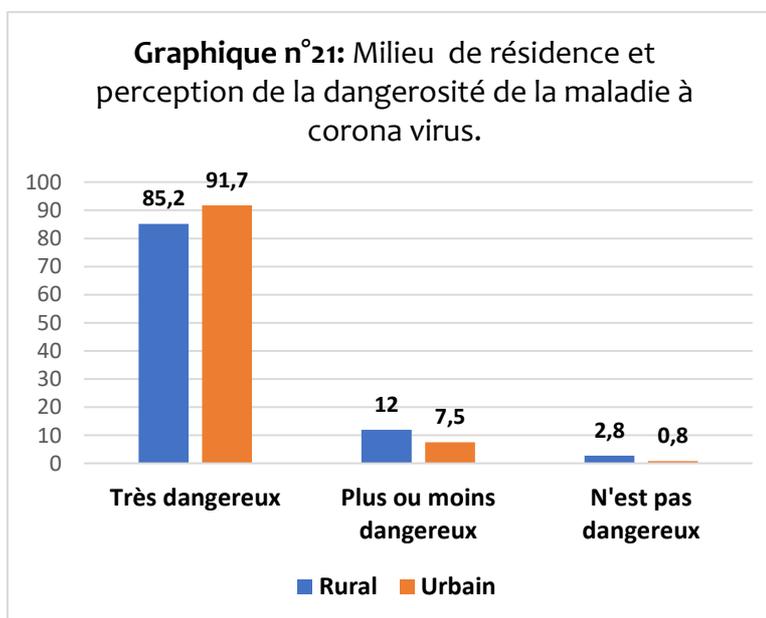
## 6.7.Opinions et croyances relatives à la maladie à COVID-19

### 6.7.1.Dangerosité de la maladie à COVID-19

En général, pour 98,1 % des répondants, la maladie à COVID-19 est dangereuse. S'agissant de la perception de sa dangerosité, la maladie à COVID-19 est jugée très dangereuse par 90,1 % ; plus ou moins dangereuse pour 8,6 % et pas du tout dangereuse pour 1,3 % des enquêtés.

La répartition par sexe montre que 93,3 % des femmes considèrent la maladie très dangereuse, par rapport aux hommes : 88,8 %, et ces derniers minimisent cette dangerosité plus que les femmes ne le font : 9,3 % pour les hommes et 6,7 % pour les femmes ; ( $p < 0,05$ ).

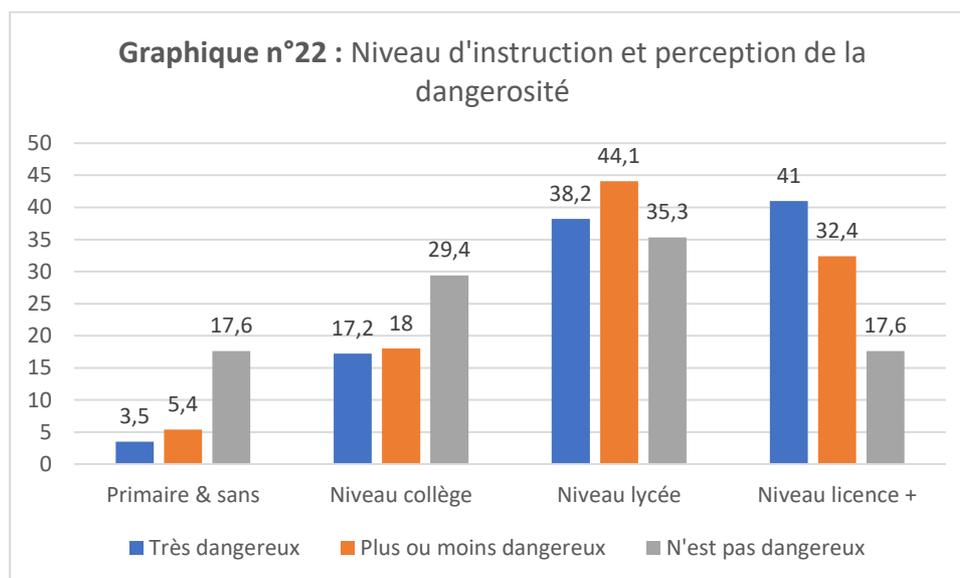
Par ailleurs des différences apparaissent en considérant le milieu de résidence : 91,7 % des répondants urbains considèrent la maladie très dangereuse contre 85,2 % de ceux qui vivent en milieu rural. Et ces derniers sont plus fréquents à minimiser cette dangerosité : 2,8 % contre 0,8 % en milieu urbain ; ( $p < 0,05$ ).



<sup>11</sup>Enquête sur les effets socio-économiques du coronavirus au Congo (EESC), Rapport d'analyse des données ; INS/Octobre 2020

En considérant le secteur d'activité, il ressort que 93,8 % des enquêtés exerçant dans le secteur informel considèrent la maladie très dangereuse contre 87,7 % de ceux qui exercent dans le secteur formel. Et ces derniers sont davantage enclins à minimiser cette dangerosité, contrairement à ceux du secteur informel : 11,2 % contre 4,6 % ; ( $p < 0,05$ ).

La prise en compte du niveau d'instruction montre que la perception de la dangerosité de la maladie (très ou plus ou moins dangereuse) augmente parallèlement au niveau d'instruction. C'est ainsi que la fréquence des répondants qui considèrent la maladie comme très dangereuse passe de 3,5 % chez les moins instruits à 41 % chez ceux dont le niveau d'instruction relève de l'enseignement supérieur, ainsi que le montre le graphique n°22.



### 6.7.2. Sources d'inquiétudes en rapport avec la maladie à COVID-19

Cette perception de la dangerosité de la maladie est source d'inquiétudes pour l'ensemble des répondants à des degrés divers certes. Pour l'essentiel, les sources d'inquiétudes évoquées sont résumées comme suit :

- 31,8 % des répondants sont inquiets qu'une personne proche contracte cette maladie et décède éventuellement de ses suites ;
- 22,7 % s'inquiètent qu'eux-mêmes tombent malades ;
- 15,6 % redoutent la fermeture de leurs affaires, la réduction des opportunités pour leurs activités économiques et la perte de leurs emplois ;
- 6,2 % s'inquiètent de la fermeture des écoles ;
- 4,9 % redoutent le prolongement de la durée du couvre-feu avec ses implications sur leurs activités ;
- 2,2 % évoquent des inquiétudes liées au port des masques de protection, leurs coûts et leur disponibilité ;
- 1,2 % s'inquiètent du risque de voir les centres de santé et les hôpitaux surchargés ;
- et 15,6 % des répondants évoquent l'accès réduit aux denrées alimentaires, les risques de violences civiles, l'anxiété personnelle et diverses autres sources d'inquiétudes.

## 6.8. Opinions et croyances relatives aux mesures de prévention et aux traitements de la maladie

### 6.8.1. Principales rumeurs, croyances et autres préoccupations, en cours dans la communauté

Au cours du sondage, les personnes enquêtées ont été invitées à indiquer quelles étaient les principales rumeurs, croyances, préoccupations et questions qu'ils entendaient dans leurs localités ou communautés, parmi les propositions suivantes : (i) le corona ne tue pas les africains ; (ii) le corona est une manipulation donc un mensonge ; (iii) le corona est réel, (iv) le corona a été créé ; (v) le nombre de cas cumulé n'est pas vrai.

A ce propos, 26,3 % des répondants rapportent avoir entendu que *“la maladie à corona virus est réelle”* alors qu'une portion quasi similaire soit 25,6 % des répondants rapportent des propos selon lesquels *“le corona est une manipulation donc un mensonge”*. *“Le corona ne tue pas les africains”* a été rapporté par 19,0 % des sujets enquêtés ; 10,8 % d'entre eux citent le message selon lequel *“le corona a été créé”* et 3,8 % des répondants rapportent des messages qui disent que *“le nombre des cas cumulés diffusés par les services officiels n'est pas vrai”*.

En considérant le secteur d'activité des répondants, il ressort que 37,6 % des enquêtés rapportent la circulation du message selon lequel *“le corona est une manipulation donc un mensonge”* contre 17,9 % de ceux du secteur formel. De même, *“le corona est réel”* est rapporté par 31,5 % des répondants du secteur formel contre 18,1 % de leurs homologues du secteur informel. Cette différence peut être liée à l'utilisation des réseaux sociaux dans ce groupe de population. Par ailleurs, 28,5 % des répondants résidant en milieu urbain rapportent la circulation du message selon lequel *“le corona est une manipulation donc un mensonge”* ; ceci ne concerne que 20,0 % des sujets résidant en milieu rural. Hormis ces différences, toutes les autres fréquences qui permettraient de distinguer les répondants en fonction du sexe, de l'âge, du milieu de résidence ou du niveau d'instruction sont quasi similaires.

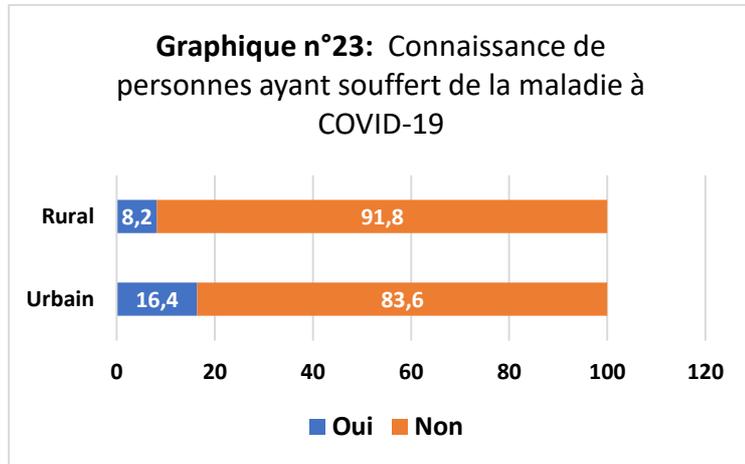
Dans tous les cas, ces résultats donnent une idée de l'ampleur des messages toxiques qui circulent dans les communautés et qui peuvent limiter l'efficacité et les effets de la campagne de communication.

### 6.8.2. Respect des gestes barrières dans la communauté

Selon les résultats de ce sondage 59,5 % des répondants disent que les gestes barrières sont respectés dans leurs communautés, contre 40,5 % qui disent le contraire. La répartition par sexe indique que 61,7 % des femmes affirment le respect des gestes barrières, contre 58,6 % des hommes. Mais cette différence n'est pas importante. Et aucune différence n'est observée, selon que les répondants résident en milieu rural, en milieu urbain ou encore en fonction de leurs groupes d'âges. Par contre la répartition des répondants par secteurs d'activités montre que 66,3 % de ceux qui exercent dans le secteur informel indiquent que ces gestes sont respectés, alors que cette affirmation est faite par 48,8 % des répondants du secteur formel. Cette différence est significative ; ( $p < 0,05$ ).

### 6.8.3. Connaissance de personnes ayant souffert de la maladie à COVID-19

Seuls 13,6 % des répondants affirment connaître une ou plusieurs personnes qui ont souffert de la maladie à COVID-19 dans leur environnement. Tous les autres n'en n'ont jamais connu dans leur milieu. Des proportions similaires sont observées entre les hommes et les femmes, sans différence notable. Par contre, la répartition des répondants en fonction de leur milieu de résidence révèle des différences significatives. Le nombre des répondants qui ont connaissance de personnes qui ont souffert de la maladie à corona virus dans leur environnement passe du simple (8,2 %) en milieu rural au double (16,4 %) en milieu urbain.



Quoi qu'il en soit, le fait que très peu de personnes aient eu connaissance de malades de COVID-19 dans leur environnement est un important facteur limitant de la communication sur les risques de la maladie. Il fait également le lit des messages toxiques qui circulent dans les communautés. Cette situation est d'autant plus préjudiciable que les témoignages de malades guéris de la maladie n'ont pas été promus par la communication mise en place.

### 6.8.4. Croyances sur la guérison de la maladie

S'agissant du sujet, 84,8 % des répondants pensent que les gens guérissent de la maladie à coronavirus. Et pour 15,2 %, ils en meurent. Leur répartition par sexe indique une fréquence plus importante chez les hommes (85,5 %) par rapport aux femmes (82,1%) mais cette différence n'est pas significative ( $p > 0,05$ ). Il en est de même de leur distribution par zone de résidence : 84,0 % vivent en milieu urbain contre 86,4 % en milieu rural.

### 6.8.5. Existence de traitements traditionnels dans la communauté

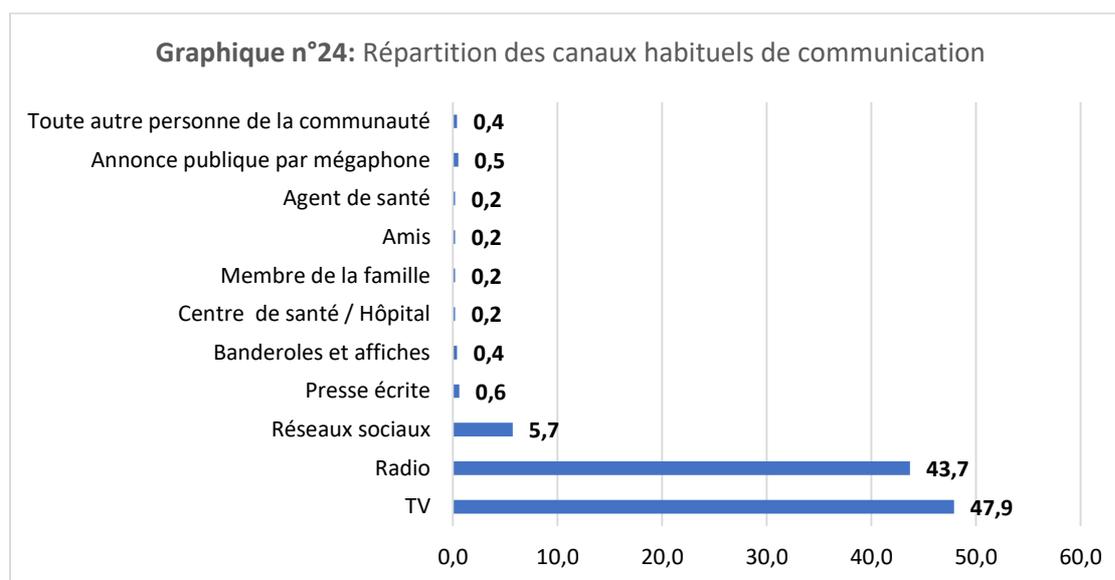
Seuls 10,2 % des personnes enquêtées disent qu'il existe dans leurs localités ou dans le pays un traitement traditionnel efficace contre la maladie à corona virus. Les médications citées à ce propos comprennent essentiellement des infusions, des tisanes faites à base d'ail, de gingembre, de citron ou encore de feuilles de citronnelle, de corossolier et diverses plantes qui sont réputées posséder des vertus médicinales. Il s'agit également de bains de vapeur (appelés "tshioko") faits à base de diverses herbes et feuilles jugées elles aussi pourvues de vertus médicinales.

## 6.9. Canaux de communication utilisés

### 6.9.1. Canaux de communication habituellement utilisés pour recevoir les informations

La télévision est le principal canal de communication cité par les répondants (47,9 %) suivie par la radio (43,7 %) et les réseaux sociaux (5,7 %). L'évaluation des connaissances, attitudes

et pratiques des habitants de Kinshasa sur les mesures préventives contre le COVID-19<sup>12</sup> rapporte également et selon le même ordre d'importance, que la télévision, la radio et les réseaux sociaux sont les principales sources des connaissances sur la maladie à COVID-19. Elles sont citées respectivement par 88,4 %, 53,7 % et 25,6 % des personnes enquêtées. Toutefois, un fait majeur attire l'attention : la presse écrite, les banderoles et les annonces publiques sont supplantés par les réseaux sociaux. Chacun de ces canaux a été cité par moins de 1 % des répondants. Et ce, alors que la production et la diffusion des affiches a été au cœur de la stratégie de communication de la riposte à la pandémie.



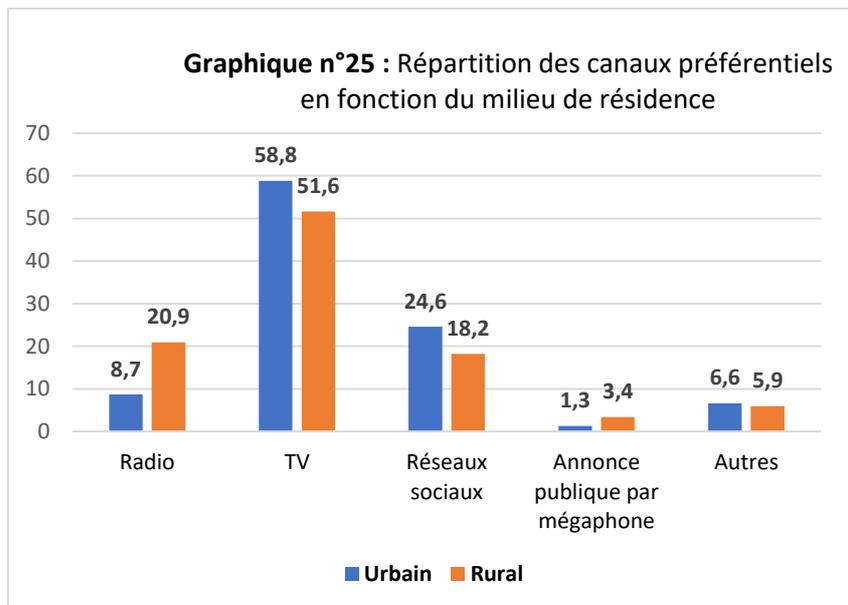
### 6.9.2. Canaux de communication préférés pour recevoir des informations sur la maladie à coronavirus

Les principaux canaux de communication préférés par les répondants sont par ordre d'importance, la télévision (56,3 %), les réseaux sociaux (22,4 %) et la radio (12,9 %). Ces trois canaux totalisent 91,6 % des préférences. Viennent bien loin derrière la presse écrite, les annonces publiques citées respectivement par 2,2 % et 2,0 % des répondants. C'est autant dire que pour les personnes enquêtées, exception faite de la télévision, des réseaux sociaux et de la radio, l'importance de tous les autres canaux est quasiment marginale.

La télévision demeure le principal canal préféré quel que soit le sexe. Quoiqu'une plus importante propension est observée auprès des femmes (58,9 %) par rapport aux hommes (55,3 %), cette différence n'est pas importante. Les fréquences des préférences de la radio et des réseaux sociaux sont similaires à celles de l'ensemble des répondants. Par contre, la répartition des répondants en fonction du milieu de résidence révèle de réelles différences. En effet, tout en conservant son premier rang, la télévision est majoritairement préférée en milieu urbain (58,8 %) par rapport au milieu rural (51,6 %). La radio vient au second rang des préférences en milieu rural (20,9 %) contrairement au milieu urbain (8,7 %) où la radio est supplantée par réseaux sociaux (24,6 %). Toutes ces différences sont significatives, ( $p < 0,05$ ).

<sup>12</sup> Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des habitants de Kinshasa, op cité

Par ailleurs, les répondants exerçant leur activité professionnelle dans le secteur informel préfèrent majoritairement la télévision (61,0 %) par rapport à ceux du secteur formel (53,4 %), alors que 25,8 % de ces derniers placent les réseaux sociaux au second rang de leurs préférences contre 17,1 % des répondants du secteur informel. Ces différences sont significatives ; ( $p < 0,05$ ).

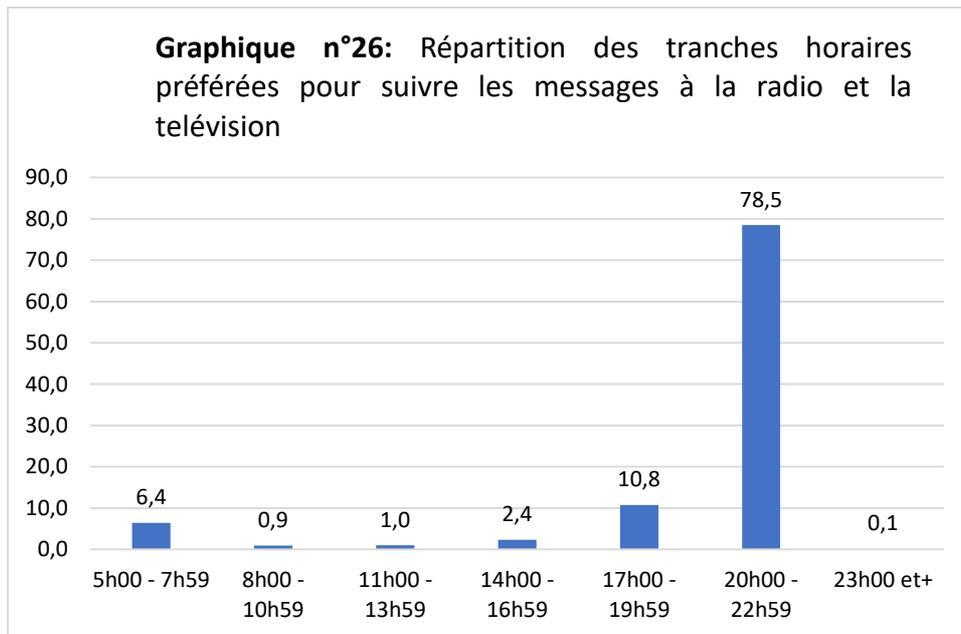


En considérant le niveau d’instruction des répondants, quoi que la télévision demeure le canal de préférence quel que soit le niveau d’instruction, des nuances apparaissent : (i) la radio vient au second rang des préférences après la télévision pour les répondants des niveaux primaire et collège avec respectivement 24,0 et 23,6 % des répondants ; (ii) les réseaux sociaux viennent en second lieu pour les répondants dont le niveau d’instruction est au moins égal au lycée. Les proportions observées varient de 22,4 % au niveau lycée et à 28 % des répondants du niveau licence et plus.

L’examen des préférences relatives aux canaux de communication à la lumière des groupes d’âges des répondants confirme la primauté accordée à la télévision par les sujets de moins de 65 ans. Par contre, chez les répondants âgés de 65 ans et plus, 54,5 % préfèrent la radio. A l’opposé chez les sujets de 14 à 49 ans, les réseaux sociaux viennent au second rang des préférences. Notons que l’attrait de la radio comme canal de communication croît en fonction de l’âge à partir de 35 ans. En effet les proportions observées passent de 17,2 % chez les 35-49 ans à 17,6 % puis 54,6 % respectivement chez les sujets de 50 à 60 ans et 65 ans et plus.

### 6.9.3. Préférences des répondants sur les heures d’écoute

Les heures d’écoute préférées par les répondants pour recevoir les messages diffusés par la radio ou la télévision se situent dans la tranche horaire de 20 à 22 heures. Elle est indiquée par 78,5 % des répondants. Après cette tranche vient celle de 17 à 19 heures en fin d’après-midi et celle de 5 à 8 heures en début de matinée avec respectivement 10,8 et 6,4 % des préférences.



#### 6.9.4. Langues de diffusion des messages

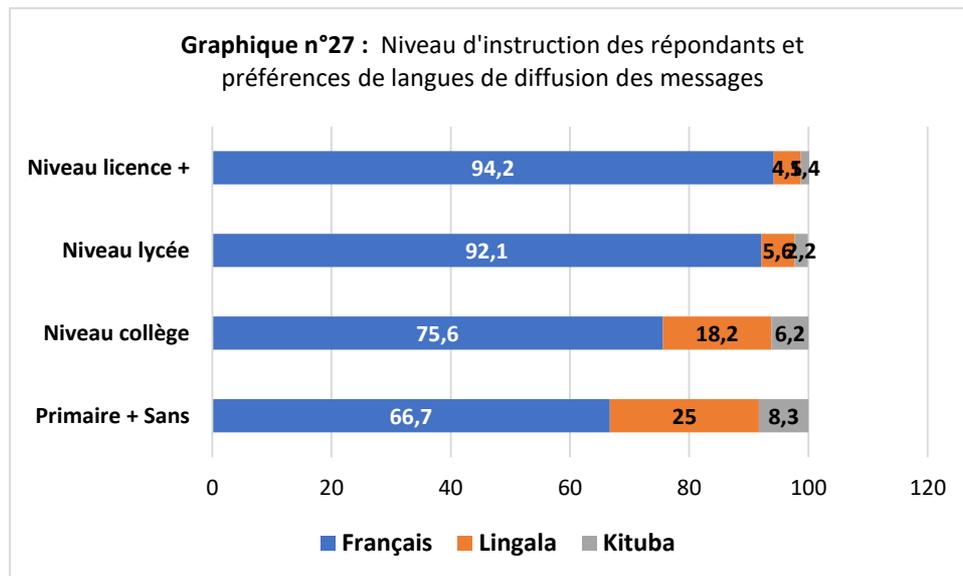
Les messages reçus par les répondants ont été en majeure partie diffusés en français (92,9 %). Les autres langues sont le Lingala et le Kituba cités respectivement par 4,8 % et 2,2 % des répondants.

Les langues préférées obéissent à la même hiérarchie, mais avec une moindre importance accordée à la langue française. Elle a été effectivement citée par 88,7 % des répondants, le Lingala est préféré par 8,1 % et 2,8 % d'entre eux préfèrent le Kituba. En d'autres termes, un écart de 4,2 points est observé entre ceux qui préfèrent le français et ceux qui ont effectivement "consommés" les messages en français. Cet écart semble indiquer une surexposition au français. De même un écart de 3,3 points est observé entre ceux qui auraient préféré le Lingala et ceux qui y ont été effectivement exposés.

La répartition des répondants par sexe indique que 91,0 % des hommes préfèrent le français, contre 82,7 % des femmes et 10,6 % de ces dernières préfèrent le lingala ; ( $p < 0,05$ ). Il en est également ainsi du milieu de résidence. Il ressort que 77,0 % des répondants résidant en milieu rural préfèrent le français ; 18,6 % le Lingala et 3,8 % le kituba. En milieu urbain, 92,5 % préfèrent le français, 4,6 % le Lingala et 2,5 % le Kituba. En considérant leurs secteurs d'activité, on observe que 92,1 % des répondants du secteur formel préfèrent le français contre 83,3 % de ceux qui exercent leurs activités professionnelles dans le secteur informel. Par ailleurs le Lingala est davantage préféré dans le secteur informel par rapport au secteur formel avec des fréquences respectives de 12,2 % et 5,5 % des répondants ; ( $p < 0,05$ ).

Les préférences des répondants renseignées en fonction de leurs niveaux d'instruction indiquent que le français est la langue de premier choix pour recevoir les messages. Ceci est également le cas des sujets dont l'instruction est limitée au niveau primaire (66,7 %). Toutefois, on note que la préférence pour le français est plus faible chez les moins instruits. Elle croît graduellement de 66,7 % chez les répondants dont l'instruction est limitée au niveau primaire pour atteindre 94,2 % auprès des titulaires de diplômes d'enseignement supérieur. Parallèlement, la préférence du Lingala qui est le second choix, s'amenuise au

fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente. Sa fréquence passe de 25,0 % au primaire à 4,5 % au niveau licence et plus, ainsi que le montre le graphique n°27.



Sachant que les activités réalisées dans le cadre de la stratégie de communication comprennent la production et la diffusion des messages dans les langues locales, la mise en lumière de ces préférences indique la nature et l'ampleur des besoins, en fonction des groupes de populations ciblés.

De la répartition des répondants par groupes d'âges des répondants, il ressort qu'en sus de la primauté accordée au français par toutes les tranches d'âge, 14,8 % des sujets de 14 à 19 ans préfèrent le Lingala et 7,4 % le Kituba. Viennent ensuite les répondants des groupes d'âges de plus de 50 ans qui ont en second choix le Lingala avec respectivement 9,9 et 7,4 % des cas.

#### 6.9.5. Fiabilité des sources de diffusion des messages

Pour 94,8 % des répondants les messages reçus provenaient de sources jugées fiables ; 5,2 % les ont considérées comme non fiables. Toutefois, cette crédibilité mérite d'être nuancée en fonction des sources considérées. Les tiers familiaux sont considérés comme très crédibles. En tête des médias les plus crédibles se trouve la radio (96,4 %), suivie des mégaphones (96,2 %), de la télévision (95,0 %) et des centres de santé (85,7 %).

Aucune différence n'apparaît entre les sexes s'agissant de l'appréciation de la fiabilité de ces sources (94,8 % par les hommes et 94,7 % chez les femmes). Par contre, les répondants du secteur informel (6,6 %) ont davantage tendance à mettre en cause la fiabilité de ces sources comparativement à ceux qui exercent dans le secteur formel (3,0%). Cette différence est significative ; ( $p < 0,05$ ).

#### 6.9.6. Canaux et dispositifs souhaités pour déposer une plainte

En cas de besoin de poser des questions ou de déposer une plainte auprès d'une organisation ou une structure intervenant dans la riposte contre la maladie à COVID-19, les fréquences sont similaires entre hommes et femmes. Par contre, des différences nettes apparaissent en considérant le secteur d'activités des intéressés. Les professionnels du

secteur informel préfèrent le recours au numéro vert (64,9 %) contrairement à leurs homologues du secteur formel (50,3 %). Par contre, les boîtes à suggestions et les réseaux sociaux sont majoritairement préférés par les répondants du secteur formel avec respectivement 15,8 % et 15,4 % des préférences. Auprès de leurs homologues du secteur informel ces canaux obtiennent respectivement 10,2 et 11,8 % des préférences ; ( $p < 0,05$ ).

#### **6.9.7. Activités suggérées pour limiter la propagation du virus dans les communautés**

Diverses suggestions ont été faites par les personnes enquêtées pour limiter la propagation du virus dans les communautés. Elles sont résumées ci-après :

- réaliser des campagnes de proximité dans tous les quartiers et les villages pour sensibiliser les populations sur la maladie à COVID-19 ;
- faire respecter les mesures de distanciation dans les transports en commun, ainsi que le port adéquat du masque ;
- améliorer l'efficacité des activités de sensibilisation pour mobiliser les gens ;
- faire un dépistage massif du COVID-19 dans les communautés ;
- organiser des campagnes de vaccination de masse afin de limiter la propagation du coronavirus ;
- organiser des campagnes de désinfection des lieux de travail dans les administrations et les entreprises ;
- réduire le nombre des élèves dans les salles de classes afin de faire respecter les mesures de distanciation ;
- disposer de solutions ou de gels hydro alcooliques dans les bus de transport en commun ;
- assurer une distribution des masques de protection aux populations en particulier aux plus vulnérables ;
- assurer la diffusion des messages de prévention de façon continue ;
- lever la mesure qui institue le couvre-feu ;
- faire du porte à porte pour sensibiliser les populations dans leurs ménages ;
- renforcer la sécurité au niveau des frontières pour limiter l'importation du virus ;
- et mettre en place des mesures d'accompagnement pour soulager les populations des conséquences de la crise du COVID-19.

## 5. Discussion

---

Le sondage téléphonique sur les connaissances, perceptions, attitudes et pratiques des populations face à la COVID-19 en République du Congo avait pour but de guider la Commission prévention, contrôle des infections, mobilisation sociale et communication sur les risques pour mettre en place une stratégie efficace de communication sur la maladie à coronavirus. Il a été réalisé auprès d'un échantillon de 1289 répondants, par appels téléphoniques via un centre d'appel.

Cette étude présente des résultats comparables à ceux déjà mis en évidence dans d'autres pays. Il s'agit des études réalisées au Cameroun, en RDC et à Djibouti (enquête auprès de la population locale et des migrants, Région d'Obock – République de Djibouti), portant toutes sur les connaissances, attitudes et pratiques face à la COVID-19.

La quasi-totalité des répondants ont déjà entendu parler du Coronavirus (99,1 %). Ce fort taux est expliqué par l'abondance des informations sur cette pandémie dans tous les médias nationaux et internationaux et ce, depuis la deuxième quinzaine de décembre 2020. En plus, ces informations empruntent tous les types de canaux de communication. Ce résultat s'aligne sur ceux trouvés à Djibouti où 99 % des locaux et 100 % des migrants avaient déjà entendu parler de cette maladie<sup>13</sup>. Des fréquences similaires sont rapportées au Cameroun<sup>14</sup> et à Kinshasa<sup>15</sup> où respectivement 98 % et 99,7 % des répondants ont déjà entendu parler de la pandémie à COVID-19.

La connaissance de la maladie a été approchée en invitant les personnes enquêtées à citer les manifestations, les modes de transmission, les moyens de prévention et indiquer la durée d'incubation et quelles sont les personnes les plus à risque de la maladie. Dans la présente étude, la connaissance des signes apparaît davantage sous l'aspect de groupes de signes : 62,8 % des répondants connaissent au moins trois manifestations de la maladie parmi lesquels la fièvre et la toux sont associées à divers autres signes. On observe que les femmes ont une meilleure connaissance de ces signes par rapport aux hommes. Par ailleurs, cette connaissance est déterminée par le niveau d'instruction. Au Pakistan, les populations avaient une parfaite connaissance des manifestations de la maladie et reconnaissent par ordre d'importance la fièvre (83,9 %), la toux (80,8 %) et l'essoufflement (68,6 %). Les résultats de l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des habitants de Kinshasa indiquent également la connaissance de la fièvre et de la toux en tête des manifestations de la maladie citées respectivement par 86,2 et 85,7 % des personnes enquêtées. La connaissance des signes de la maladie est très importante dans l'analyse et la gestion des risques épidémiques chez les populations, étant donné qu'elle peut alerter et susciter une action ciblée et rapide pour éviter l'aggravation de la situation.

La plupart des personnes enquêtées au cours du sondage ont une connaissance d'au moins un mode de contamination (89,6 %), mais seuls 24,5 % connaissent les trois principaux

---

<sup>13</sup> [https://displacement.iom.int/system/tdf/reports/DJI\\_Covid19\\_Assessment\\_Obock20\\_FR.pdf?file=1&type=node&id=8308](https://displacement.iom.int/system/tdf/reports/DJI_Covid19_Assessment_Obock20_FR.pdf?file=1&type=node&id=8308)  
Consulté le 26 janvier 2021.

<sup>14</sup> Enquête connaissances, attitudes et pratiques sur le corona virus dans les départements du Mayo Sana et du Mayo Tsanaga ; op cité

<sup>15</sup> Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des habitants de Kinshasa ; op cité .

modes de transmission de la maladie (gouttelettes d'éternuement ou de toux, contact direct avec les personnes infectées et toucher des objets ou des surfaces contaminées). Comparativement, les résultats de l'enquête connaissances, attitudes et pratiques sur le corona virus dans les départements du Mayo Sana et du Mayo Tsanaga (Cameroun) indiquent que 60 % des répondants connaissent au moins un mode de transmission.

Ajustée au niveau d'étude, la connaissance des modes de transmission semble moins aisée pour des sujets du niveau primaire (12,2 %) et sans instruction (11,1 %). Bien que touchant toutes les populations sur tout le territoire du pays, l'ignorance des modes de transmission du COVID-19 est inégalement répartie au Congo, puisqu'elle concerne beaucoup plus les populations rurales. Ceci pourrait s'expliquer par l'accès plus facile aux médias nationaux et internationaux, aux structures de santé, aux lycées et aux établissements d'enseignement supérieur.

En ce qui concerne les moyens de prévention, les résultats de ce sondage indiquent que 92,8 % des répondants citent au moins un moyen de prévention. Et se laver les mains régulièrement avec du savon et de l'eau est le principal moyen de prévention connu, auquel est associé le respect de la distanciation physique (45,4 %), se couvrir le nez et la bouche lorsqu'on tousse ou qu'on éternue (32,3 %) ou soit utiliser les solutions hydro alcooliques (15,8 %). Mais 94,8 % ne connaissent pas tous les quatre (4) moyens de prévention pris ensemble.

De l'enquête réalisée dans les départements du Mayo Sana et du Mayo Tsanaga il ressort que 75 % des répondants savent que pour prévenir la maladie, il faut régulièrement se laver les mains avec de l'eau et du savon. De même, ce moyen de prévention vient en tête dans l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des habitants de Kinshasa sur la maladie, cité par 88,5 % des répondants. Ces résultats sont comparables à ceux trouvés dans d'autres travaux. De l'étude faite au Pakistan, il ressort que la majorité des participants ont répondu que le moyen le plus efficace de contrôler la maladie était la distanciation sociale (65,2 %), suivie du lavage fréquent des mains (63,8%) et du port du masque (54,4 %). On peut observer ici une différence dans la hiérarchie des moyens de prévention, la distanciation physique étant citée en premier lieu dans l'étude pakistanaise.

La connaissance des personnes les plus à risque de la maladie est le fait de 37,4 % des enquêtés qui citent les personnes âgées ; groupe de population mieux connu en milieu urbain qu'en milieu rural et avec des inégalités observées en fonction du niveau d'instruction des répondants. En outre seuls 9,1 % des répondants connaissent la durée d'incubation de la maladie.

Construit pour compléter cette analyse fragmentaire de la connaissance de la maladie, l'application du score de connaissance globale de la maladie apporte un éclairage supplémentaire. D'une part, il ressort que : (i) 52,1 % des répondants ont une mauvaise connaissance de la maladie ; (ii) 44,5 % ont une connaissance globale moyenne et (iii) seuls 3,4% des répondants ont une connaissance globale de la maladie jugée bonne. D'autre part, il révèle d'importantes inégalités : (i) les scores de mauvaise connaissance sont davantage le fait des femmes (57,3 %) par rapport aux hommes (50,1 %), un écart de 7 points les distingue ; (ii) les sujets de 65 ans et plus ont le pourcentage le plus important de scores de mauvaise connaissance globale de la maladie (81,8 %), alors qu'ils constituent le groupe de population le plus à risque ; (iii) dans 9 départements sur 12, plus de 50 % des répondants ont une connaissance globale de la maladie jugée mauvaise. La situation la plus

critique étant celle des départements de la Cuvette Ouest et de la Bouenza dont les pourcentages des répondants qui ont une connaissance jugée bonne ne dépassent guère 1 %.

En définitive, grâce au score de connaissance globale de la maladie, cette étude a permis d'identifier les groupes et les zones géographiques sur lesquels on peut mieux cibler les interventions de communication et de sensibilisation.

La télévision est le principal canal de communication cité par les répondants (47,9 %) suivie par la radio (43,7 %) et les réseaux sociaux (5,7 %). L'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des habitants de Kinshasa sur les mesures préventives contre le COVID-19<sup>16</sup> rapporte également, et selon le même ordre d'importance, que la télévision, la radio et les réseaux sociaux sont les principales sources des connaissances sur la maladie à COVID-19. Elles sont citées respectivement par 88,4 %, 53,7 % et 25,6 % des personnes enquêtées. Les données de Djibouti quant à elles, indiquent respectivement 77% pour la télévision, 51 % pour les médias sociaux et 48 % pour la radio. Au Pakistan par contre, la principale source d'information est représentée par les réseaux sociaux (42,9%) à travers lesquels les populations connaissent le COVID-19<sup>17</sup>. Même si quelques différences apparaissent dans leur hiérarchie, toutes ces études indiquent la primauté de la télévision, la radio et des réseaux sociaux comme sources des connaissances sur la COVID-19.

Toutefois, un fait majeur attire l'attention : la presse écrite, les banderoles et les annonces publiques sont supplantés par les réseaux sociaux. Chacun de ces canaux ont été cités par moins de 1 % des répondants. Et ce, alors que la production et la diffusion des affiches ont été au cœur de la stratégie de communication de la riposte à la pandémie.

Le COVID-19 est réputé dangereux pour 98,1 % des répondants, et même très dangereuse pour 90,1 % au Congo ; constat qui suit la même tendance qu'à Djibouti où la dangerosité de la maladie est perçue respectivement par 91 et 94 % des populations locales et étrangères de ce pays. Cette perception peut être expliquée par des chiffres effrayants de mortalité et de morbidité beaucoup relayés par les médias occidentaux, puisque jusque-là, l'Afrique semble être encore épargnée<sup>18</sup>. La peur de cette maladie chez les marocains, par exemple conduit près de 33 % de la population à considérer le COVID-19 comme une maladie mystique<sup>19</sup>. Notons que s'agissant toujours de cette perception du risque, selon les résultats de l'enquête connaissances, attitudes et pratiques sur le corona virus dans les départements du Mayo Sana et du Mayo Tsanaga une majorité des répondants (71 %) pensent que le COVID-19 est très dangereux, ou qu'il est plus ou moins dangereux (16,3 %).

Pour les personnes interrogées, en tête des mesures barrières les plus difficiles à respecter se trouvent respectivement le respect d'une distance d'au moins un mètre (36,5 %) et le port du masque de protection (30,2 %). Toutefois 23,5 % d'entre eux considèrent qu'aucune mesure n'est difficile à respecter. De l'étude camerounaise, il ressort que la distanciation

---

<sup>16</sup> *Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des habitants de Kinshasa ; op cité*

<sup>17</sup> *Mahmood et al. Op cité*

<sup>18</sup> *Ngoyi JM, Kabamba LN, Tambwe PN, Muganza RB, Ngoy JLK, et al. Connaissances, attitudes et pratiques liées au SRAS-COV-2 (COVID-19) chez les étudiants de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi. Revue de l'Infirmier Congolais. 2020; 4(2): 8-12.*

<sup>19</sup> <https://www.lebrief.ma/8363-pour-un-tiers-des-marocains-le-coronavirus-est-une-maladie-mystique> consulté le 27/02/2021.

est la mesure barrière la plus difficile à respecter, citée par 85% des répondants. Mais ici la hiérarchie est différente. Le lavage des mains vient en 2<sup>ème</sup> position, cité par 39 % des enquêtés. L'utilisation des gels hydro alcooliques et se couvrir le nez et la bouche sont cités par 35 % d'entre eux.

De la perception du risque personnel de contamination, 57,8 % des répondants se considèrent comme des personnes à risque de contracter la maladie à coronavirus. Ce qui laisse comprendre qu'un pourcentage important (48,2 %) de personnes interrogées ne se sentent pas concernées par la contamination. On note que ces derniers comprennent 62,9 % des répondants de moins de 20 et qu'en dépit de leur niveau d'instruction au moins égal à l'enseignement secondaire 2ème degré, plus de 75 % des répondants ont une perception erronée de la maladie à COVID-19, ne s'estimant pas à risque de contracter la maladie.

Il est fort probable que cette faible perception du risque résulte de la connaissance insuffisante de la maladie par les intéressés qui n'ont donc pas encore bien compris comment se transmet le virus. C'est ce qui ressort des résultats de l'enquête camerounaise selon lesquels : (i) seuls 45 % des enquêtés se considèrent à risque de contracter le COVID-19, (ii) 84 % des enquêtés continuent à serrer les mains et (iii) un tiers ne connaît pas les symptômes du COVID-19.

Le risque de stigmatisation déclarée au Congo, traduit par l'idée du refus de partager un même cadre de vie ou de travail avec des malades est important (56,1 %). Il est certainement justifié par des mesures barrières recommandées par l'OMS comme l'isolement des malades pour freiner la contagion d'une part, et d'autre part par la dangerosité de la pandémie, illustrée par les données épidémiologiques dans les pays du nord. A Djibouti, le niveau de stigmatisation est largement plus élevé autant chez les locaux (77 %) que chez les migrants (98 %). Ce qui est contrasté par les résultats de l'étude camerounaise selon lesquels 79,4 % des répondants estiment que le corona virus ne génère pas de discrimination.

La disposition à prendre des mesures pour empêcher la propagation du COVID-19 dans la localité est exprimée par 92 % des enquêtés. C'est ainsi que 76,0 % d'entre eux ont pris des dispositions pour le lavage régulier des mains avec de l'eau et du savon. Selon les résultats de l'étude camerounaise, 80% des personnes interviewées déclarent pratiquer le lavage régulier des mains avec du savon comme principale mesure de prévention contre le coronavirus. Ces résultats sont assez similaires.

Les recours utilisés en cas de fièvre et de toux ou en cas de présentation de symptômes de la maladie à coronavirus par un tiers familial sont essentiellement le recours au centre de santé ou à l'hôpital, l'automédication et l'appel au numéro vert 34 34. Les résultats de cette étude montrent que les attitudes des répondants changent selon qu'il s'agit de problèmes de santé habituels (toux et fièvre) ou d'une suspicion de COVID-19 auprès d'un tiers familial. La tendance plus accrue à recourir au centre de santé, le choix d'appeler le numéro vert et la réserve à pratiquer l'automédication sont des attitudes qui vont dans la bonne direction. Elles mériteraient d'être renforcées par des approches et des messages appropriés.

S'agissant des rumeurs, croyances et autres messages qui circuleraient dans les communautés, 25,6 % des répondants rapportent des propos selon lesquels "le corona est une manipulation donc un mensonge".

Comparativement à l'étude camerounaise qui rapporte qu'environ 25 % des répondants ont indiqué que certaines personnes de leurs communautés pensent que le coronavirus est une maladie qui touche uniquement les blancs ou uniquement les riches, le résultat du sondage confirme la circulation des messages toxiques dans les communautés.

Enfin il est important d'observer les préférences indiquées en ce qui concerne aussi bien les canaux de communication, les heures d'écoute ainsi que les langues de diffusion des messages. En d'autres termes, il est requis que la stratégie de communication tienne compte de ces préférences.

## 6. Synthèse des principaux résultats

### Principaux résultats du sondage

#### **Une information répandue sur la COVID-19.**

La quasi-totalité des répondants (99,1%) ont entendu parler de la pandémie du coronavirus (99,1%)

**Les symptômes majeurs sont bien connus à l'exception des douleurs musculaires et des maux de tête :** 62,8 % des répondants connaissent au moins trois manifestations de la maladie et cette connaissance est meilleure chez les femmes.

#### **Les modes de transmission sont connus de façon partielle :**

- 81,1 % des répondants citent les gouttelettes émises lors d'une quinte de toux ou d'un éternuement ;
- 67,5 %, les contacts directs avec les personnes infectées ;
- et 31,3 % citent le fait de toucher des objets ou des surfaces contaminées.

#### **La durée d'incubation est très peu connue.**

Seuls 9,1 % des répondants connaissent la durée de la période d'incubation de la maladie

#### **Le lavage des mains est le moyen de prévention le plus fréquemment cité.**

- 92,8% des répondants citent au moins un moyen de prévention
- se laver les mains régulièrement avec du savon et de l'eau est cité par 80,1 % ;
- seuls 14,6% des répondants citent la distanciation physique.

#### **Moins de la moitié des répondants connaissent les personnes les plus à risque de la maladie**

58 % des répondants ne connaissent pas les personnes les plus à risque de la maladie, notamment en milieu rural.

#### **Plus de la moitié des répondants ont un score de connaissance globale de la maladie jugée « mauvais » avec d'importantes différences entre les départements.**

- 44,5 % ont une connaissance globale moyenne et seuls 3,4 % des répondants ont une bonne connaissance de la maladie ;
- dans 9 départements sur 12, plus de 50 % des répondants ont une connaissance de la maladie jugée mauvaise ;
- la situation la moins bonne est observée dans le département des Plateaux avec 67,9 % des répondants qui ont un score jugé mauvais, suivi de la Cuvette Ouest et du Niari avec respectivement 60,9 et 58,7 % des répondants.

#### **Le besoin majeur en information pour tous les groupes d'âge sur la maladie concerne le traitement ; les plus jeunes (14-19 ans) demandent plus d'information sur les moyens de prévention.**

Le besoin en connaissances supplémentaires sur le traitement de la maladie est exprimé par 46,2 % des répondants ; les moyens de prévention de la maladie viennent

## Principaux résultats du sondage

en second lieu, cités par 26,2 % des répondants, suivis des manifestations de la maladie (12,7%).

**Les canaux de communication préférés sont la TV, les réseaux sociaux (plutôt en milieu urbain) et la radio avec une heure d'écoute préférentielle entre 20h et 22h pour ces canaux.**

- la hiérarchie des préférences place au premier rang la télévision (56,3 %), suivie des réseaux sociaux (22,4 %) et de la radio (12,9 %) ;
- des différences apparaissent en fonction du milieu de résidence : la télévision est plus fréquemment préférée en milieu urbain (58,8 %) par rapport au milieu rural (51,6%) ; la radio vient au second rang des préférences en milieu rural (20,9%) et en milieu urbain, la radio est supplantée par réseaux sociaux (24,6 %).

### **Heures d'écoute préférées par les répondants**

Pour 78,5% des répondants, la tranche horaire préférée pour recevoir les messages diffusés par la radio ou la télévision est celle de 20 à 22 heures.

### **Le domicile est le lieu principal de communication et d'information**

Le domicile et le voisinage sont les principaux lieux où respectivement 61,1 et 11,9 % des répondants ont entendu parler de la COVID-19. Dans une moindre mesure, le milieu professionnel (7,6 %) et les formations sanitaires (5,4 %) ont également été cités comme lieux de communication. Et des différences significatives sont observées selon le sexe : plus de femmes ont cité les formations sanitaires alors que plus d'hommes ont cité le milieu professionnel.

### **Le personnel de santé figure au premier rang des sources d'information jugées dignes de confiance.**

Selon les répondants, les **sources d'information jugées dignes de confiance sont :**

- le personnel de santé : 41,9 % ;
- le personnel des ONG et des organisations extérieures : 21,2% ;
- les journalistes : 14,9 % ;
- et les membres du Gouvernement 8,8%.

### **Deux mesures barrières sont perçues comme les plus difficiles à respecter.**

Deux mesures les plus fréquemment citées, comme étant les plus difficiles à observer : le respect d'une distance d'au moins un mètre (36,5%) et le port du masque de protection (30,2 %).

### **Une importante proportion de personnes ne s'estime pas à risque d'être infectées par le virus de la COVID-19.**

Il ressort que 48,2% des personnes interrogées ne s'estiment pas à risque d'être contaminées par le COVID-19 ; notamment les moins de 20 ans dont seuls 37% s'estiment à risque.

### **Une forte stigmatisation est déclarée, notamment chez les moins de 20 ans.**

## Principaux résultats du sondage

On note que 56,1 % des répondants ne sont pas prêts à partager le même cadre de vie ou de travail avec une personne souffrant ou ayant déjà souffert de la maladie à COVID-19. Cette attitude est plus fréquemment observée chez les moins de 20 ans (70,4%)

### ***Une proportion importante déclare recourir à l'automédication.***

En cas d'apparition de symptômes de la maladie à coronavirus auprès d'un tiers familial, 49,2 % des répondants envisagent recourir à une formation sanitaire, tandis que 39,9 % d'entre eux vont appeler le numéro vert 34 34.

En cas de symptômes, 37,7 % des répondants recourent à l'automédication quand il s'agit d'eux même

### ***La maladie à COVID-19 est majoritairement perçue comme dangereuse***

98,1 % des répondants, la maladie à COVID-19 est dangereuse (et perception plus fréquente encore chez les femmes)

### **Quelques suggestions faites par les personnes enquêtées**

- Accentuer le respect de la distanciation physique et le port adéquat du masque dans les transports ainsi que la mise à disposition de gel hydroalcoolique.
- Réaliser des campagnes de proximité dans tous les quartiers et villages pour sensibiliser et mobiliser les populations sur la maladie à COVID-19 en y incluant du porte-à-porte (communication interpersonnelle).
- Prendre en charge l'impact socio-économique de la COVID-19 pour les plus vulnérables et lever le couvre-feu.

## 7. Connaissances, perceptions, attitudes, pratiques de la population et communication sur la préparation et riposte à la pandémie de la maladie à coronavirus.

### 9.1. Qualité et adéquation des messages diffusés au titre de la communication sur la pandémie de COVID-19.

L'exécution du plan de communication sur la préparation et la riposte à la pandémie de la maladie à coronavirus a été focalisée sur une sensibilisation de masse, à travers : (i) la conception, la duplication et la diffusion de divers supports de communication notamment des affiches, flyers et des spots destinés à la radio et / ou à la télévision ; (ii) la production et la diffusion d'émissions de sensibilisation des populations dans les chaînes de radio et de télévision tant nationales que locales et (iii) la diffusion des messages à travers les organes de presse écrite et les réseaux sociaux.

De façon générale, les chaînes de radio, de télévision, les organes de presse écrite et les réseaux sociaux ont relayé les messages conçus et diffusés par le biais des affiches et flyers. Une quinzaine d'affiches ont été dénombrées. Des affiches conçues et diffusées à l'attention du grand public, des usagers des transports en commun et des plateformes aéroportuaires, des policiers, des élèves, étudiants et enseignants, des administrations, des professionnels des médias et des familles.

Il ne manque pas d'intérêt d'observer que sur la quinzaine d'affiches identifiées, une seule traite à la fois des manifestations, des modes de transmission et de la période d'incubation de la maladie. Pour l'essentiel, toutes les autres présentent des messages relatifs à la connaissance de la maladie et à la promotion des mesures barrières. En voici quelques illustrations :

- La visière n'est pas un masque.
- La visière se porte avec un masque.
- L'accès est conditionné au lavage des mains, à la prise de la température, au port du masque et au respect de la distanciation physique.
- Alerte maladie à corona virus : les corona virus sont une famille de maladies qui touchent les animaux et les hommes : symptômes, période d'incubation, transmission.

REPUBLICQUE DU CONGO  
COMMISSION MOBILISATION SOCIALE  
ET COMMUNICATION SUR LES RISQUES

### Alerte Maladie à Coronavirus

COVID-19

Les Coronavirus sont une famille de virus qui touchent les animaux et les humains.

#### SYMPTÔMES

- FIÈVRE BRUTALE  $\geq 38^{\circ} \text{C}$
- MAUX DE TÊTE
- FATIGUE
- FRISSONS
- SUEUR
- COURBATURES
- TOUX
- RHUME
- MAL DE GORGE
- DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES

#### PERIODE D'INCUBATION

Deux (02) à quatorze (14) jours.

#### TRANSMISSION

- Par voie respiratoire
- Au contact des **sécrétions** et/ou des objets **contaminés**

www.sante.gouv.cg

- Se protéger et ne pas propager la maladie à corona virus COVID-19 : (i) se laver régulièrement les mains, (ii) porter correctement le masque ; (iii) éviter les personnes présentant les signes de la maladie ; (iv) tousser ou éternuer dans le creux du coude ou dans un mouchoir.
- Alerte maladie à corona virus : dans les aéroports, respectons la distanciation sociale en suivant le marquage au sol.
- La distanciation physique et le port du masque nous protègent de la COVID-19 ;
- Pour éviter la propagation du corona virus COVID-19, respectons la distanciation physique.
- La distanciation physique et le port du masque correct nous protègent de la COVID-19.
- Ne diffusons pas des images des personnes ne respectant pas le port correct du masque et la distanciation physique ;
- Pour éviter la propagation du corona virus, respectons la distanciation sociale (affiche arrêt de bus).
- Pour éviter la propagation du corona virus, aux enseignants, “Ne portons pas nos masques sous le menton” (affiche école).
- À l’école, gardons nos bavettes en place pendant la récréation.
- En famille, portons correctement nos masques dans les lieux publics.

## **9.2. Portée de la communication sur la préparation et riposte à la pandémie de la maladie à coronavirus**

Pour l’essentiel, les résultats de ce sondage révèlent de faibles connaissances de la maladies observées auprès d’importants groupes de population. Ces faiblesses sont couplées à une perception erronée de la maladie avec des risques évidents de stigmatisation.

Ces observations s’avèrent intéressantes à être examinées à la lumière des options prises dans le cadre de la communication sur la préparation et la riposte à la pandémie de la maladie à coronavirus au Congo. En effet, ces faibles niveaux de connaissances apparaissent en dépit de la diffusion des affiches au niveau national. Il s’agit notamment des affiches qui traitent des symptômes, de la période d’incubation et des modes de transmission de la maladie. Il s’agit également de toutes celles dont les messages ont été dédiés à la connaissance de la maladie et à la promotion des mesures barrières. Ces messages ayant pourtant été relayés par divers médias à travers le pays, de meilleures connaissances devraient être observés auprès des populations.

Le fait que d’importantes franges de cette population aient une perception erronée de la maladie ne semble pas être étranger aux faibles niveaux de connaissance globale de la maladie. Ici peuvent être évoquées deux limites du plan de communication mis en œuvre pour la riposte à la pandémie. D’une part, les efforts consentis en vue de la sensibilisation des populations à travers la campagne de masse n’ont pas été suivis par une stratégie de communication interpersonnelle en vue d’obtenir les changements de comportements attendus.

Et d'autre part, les messages diffusés ont été focalisés presque exclusivement sur la promotion des gestes barrières, laissant très peu de place à tous les autres aspects de la maladie. A partir du moment où le risque encouru est peu perçu voir pas du tout, il n'est pas étonnant que les changements de comportement attendus ne soient pas au rendez-vous. Ni les affiches, ni les spots radiodiffusés ou télévisés, ne suffisent à eux seuls pour emmener les gens à porter adéquatement le masque de protection ou à respecter les mesures de distanciation sociale.

Par ailleurs, les résultats du sondage mettent en lumière d'une part, les liens de dépendance qui s'établissent entre des caractères individuels des répondants tels que le genre, l'âge, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le secteur d'activité ainsi que diverses différences qu'ils induisent d'autre part. Ces différences gagneraient à être prises en compte. Elles impliquent de compléter les stratégies de communication actuelles par une approche plus ciblée sur les groupes de population en fonction de leurs spécificités.

Dans cette perspective, des améliorations pourraient être obtenues grâce aux dispositions suivantes :

- élargir l'objet des messages, à titre indicatif, au traitement de la maladie, aux comportements à risque de contracter ou d'aggraver la maladie et en réponse aux besoins en informations complémentaires exprimés par les répondants ;
- procéder à un meilleur ciblage des groupes de population, en tenant compte de leurs spécificités ;
- mettre en route des stratégies de communication interpersonnelle, complémentaires à la campagne de masse ;
- utiliser davantage les langues locales (Lingala & Kituba) à l'attention des groupes de population qui les pratiquent et les préfèrent pour recevoir les messages ;
- reconsidérer la place accordée aux différents canaux de communication : l'évolution actuelle impose un recours plus intense aux réseaux sociaux ;
- et considérer l'implication de divers acteurs afin de faire en sorte que les écoles et les lieux de travail du secteur informel par exemple soient d'importants lieux de communication sur la pandémie.

## 8. Conclusion

---

A l'origine du sondage sur les connaissances, les perceptions, attitudes et pratiques des populations face à la maladie à COVID-19 en République du Congo, se trouvent une série de questions. Des questions qui interrogent non seulement la connaissance de la maladie et de ses modes de contamination par les congolais, mais également leur adhésion aux pratiques et aux comportements recommandés par la riposte à la pandémie. Des questions qui interrogent également l'adéquation des canaux et l'efficacité des stratégies de communication. Et ce, sans compter le besoin de faire en sorte que la population adopte des comportements protecteurs et que soient réduits les risques de stigmatisation des personnes atteintes ou ayant souffert de COVID-19. C'est ainsi que la réalisation de ce sondage devait guider la Commission prévention, contrôle des infections, mobilisation sociale et communication sur les risques pour mettre en place une stratégie efficace de communication sur la maladie à coronavirus.

Du point de vue des connaissances, il ressort des résultats du sondage que la quasi-totalité des répondants (99,1 %) ont entendu parler de la pandémie du coronavirus. Et pour 96,8 % des personnes enquêtées, de façon générale, le coronavirus est une maladie. Malgré tout 2 % des répondants ne savent pas ce qu'est la maladie à coronavirus et ces derniers se recrutent principalement parmi les sujets sans instruction.

Au delà de la simple information, l'examen de la connaissance des symptômes, des modes de contamination, des moyens de prévention de la maladie, de sa durée d'incubation et des personnes les plus à risque de la contracter révèle d'importantes faiblesses, telles que:

- 75,5 % ne connaissent pas les trois principaux modes de transmission de la maladie;
- 94,8 % ne connaissent pas tous ses quatre (4) principaux moyens de prévention ;
- 89,9 % ne connaissent pas sa durée d'incubation ;
- et 62,6 % ne se considèrent pas comme des personnes à risques de contracter la maladie.
- Dès lors, plutôt que de se limiter à ces éléments de connaissance pris séparément, il a été jugé intéressant de construire un score de connaissance globale de la maladie. Les résultats issus de l'application de score montent que :
  - 52,1 % des répondants ont une connaissance globale de la maladie jugée mauvaise;
  - 44,5 % ont une connaissance globale de la maladie jugée moyenne ;
  - seuls 3,4 % des répondants ont une connaissance globale de la maladie jugée bonne ;
  - les scores de mauvaise connaissance globale de la maladie sont davantage le fait des femmes : un écart de 7 points les distingue ;
  - les sujets de 65 ans et plus ont le pourcentage le plus important (81,8 %) de score de mauvaise connaissance globale de la maladie, alors qu'ils constituent le groupe de population le plus à risque ;
  - et dans 9 départements sur 12, plus de 50 % des répondants ont une connaissance globale de la maladie jugée mauvaise. La situation la plus critique est celle des départements de la Cuvette Ouest et de la Bouenza.

Ce sont autant d'évidences qui devraient inciter à reconsidérer la stratégie de communication afin de mieux ajuster les messages, leurs contenus et leurs cibles en conséquence.

Les insuffisances constatées en matière de connaissances sont complétées et confortées par les besoins en informations exprimées par les répondants eux-mêmes. Ils concernent principalement : le traitement de la maladie (46,2 %), les moyens de prévention de la maladie (26,2 %) et les manifestations de la maladie (12,7 %). Ici également des disparités sont mises en évidence, notamment en fonction de l'âge des répondants. Il importe de souligner les messages de prévention ne semblent pas être la priorité des répondants au regard de leurs besoins en informations.

En lien avec la connaissance, la perception que les enquêtés ont de la maladie a été approchée sous diverses facettes. Il en est ainsi de la dangerosité de la maladie. Les résultats montrent qu'environ 42,2 % des personnes interrogées ne se sentent pas concernée par la contamination. Enfin la perception a également été examinée à travers le regard posé sur les mesures barrières. Pour les personnes interrogées, en tête des mesures barrières les plus difficiles à respecter se trouvent respectivement le respect d'une distance d'au moins un mètre et le port du masque de protection.

S'agissant du risque de stigmatisation des malades ou des anciens malades de COVID-19, il est ressorti que 56,1 % ne sont pas prêts à partager le même cadre de vie ou de travail avec une personne souffrant ou ayant déjà souffert du COVID-19.

Et en ce qui concerne les pratiques des répondants, les recours utilisés ou envisagés changent selon qu'il s'agit de problèmes de santé habituels ou d'une suspicion de COVID-19. Toutefois, les centres de santé, l'appel au numéro vert sont les principaux recours. Les pratiques relatives aux salutations et autres amabilités montrent qu'en dépit des évolutions observées, il demeure que 3,2 % des répondants continuent soit à serrer la main soit à faire des accolades. Des pratiques à lier certainement avec les faibles niveaux de connaissance observés et aux perceptions erronées de la maladie.

Quel que soit l'âge du répondant, son niveau d'instruction, son milieu de résidence ou encore son sexe, la télévision est et demeure le principal canal de communication et la principale source des informations reçues. Elle est suivie par la radio et les réseaux sociaux. Ici également d'importantes disparités et spécificités ont été mises en évidence. L'importante place prise par les réseaux sociaux implique d'accorder à ces médias une attention particulière. Ces résultats constituent des évidences susceptibles de mieux orienter les stratégies et le choix des canaux de communication à utiliser en fonction des cibles visées.

Le Français, le Lingala et le Kituba sont les langues préférées pour recevoir les informations sur la maladie à COVID-19. La comparaison de ces préférences avec les langues dans lesquelles les messages reçus ont été effectivement diffusés, a mis en évidence une surexposition au français. Ces préférences ont également été différenciées en fonction des caractéristiques des répondants. C'est le cas par exemple de la préférence du Lingala pour les groupes de population les moins instruits ainsi que ce ceux qui exercent dans le secteur informel. Ici également, sont mises en lumière des évidences que la stratégie de communication gagnerait à prendre en compte.

Pour contrôler l'épidémie de COVID-19, l'adoption à une large échelle de comportements favorables à la santé est indispensable. C'est dire que se pencher sur les connaissances, perceptions, attitudes et pratiques est un travail d'importance essentielle pour permettre la prise des mesures adaptées et favoriser l'adoption de comportements appropriés. Hors tout changement de comportement implique une connaissance et une perception adéquates des ressorts qui doivent le soutenir.

A ce titre, le présent travail a mis en lumière la faiblesse des connaissances des répondants sur la maladie à COVID-19, ses manifestations, sur la durée de sa période d'incubation, ses modes de contamination et sur les moyens de la prévenir aux niveaux individuels, tout en mettant en évidence des inégalités lorsqu'elles existent. Des inégalités observées notamment en fonction du genre, de l'âge, du milieu de résidence, du niveau d'instruction et du secteur d'activité des personnes enquêtées. En sus, l'application du score de connaissance globale offre l'opportunité de mettre l'accent sur l'ampleur des besoins en matière de connaissance de la maladie. Il pointe également les inégalités observées entre les départements, en la matière.

Les résultats de ce sondage éclairent également les perceptions que les personnes enquêtées ont de la maladie et de ses victimes, ainsi que leurs pratiques. Par ailleurs, diverses insuffisances de la stratégie de communication mise en œuvre dans le cadre la riposte à la pandémie apparaissent au travers des résultats relatifs aux canaux de communication et aux messages diffusés. Il s'agit ici, d'une réelle contribution à la révision du plan de communication adossé au plan national de préparation et de riposte à la pandémie du COVID-19 au Congo.

## 9. Recommandations

---

1. Réviser le plan de communication sur les risques et l'engagement communautaire mis en place dans le cadre de la riposte à la pandémie de COVID-19, à la lumière des évidences produites par ce sondage. A la faveur de cette révision, une attention particulière mériterait d'être accordée :
  - au renforcement des capacités des acteur-clefs (agents de santé, media, leaders communautaires, communicateurs) sur la connaissance de la maladie, ses symptômes, ses moyens de prévention, les groupes à haut risque de transmission, le traitement et la vaccination ;
  - à la place des agents de santé comme sources d'informations en qui la communauté a le plus confiance
  - au ciblage du contenu des messages en fonction des groupes de populations et leurs caractéristiques personnelles telles que l'âge, le niveau d'instruction et le secteur d'activité et de leurs besoins en informations ;
  - à la production et la diffusion de messages et images simples en français, lingala et kituba ;
  - à intégrer des approches de communication interpersonnelle, complémentaires à la communication de masse ;
  - aux canaux de communication utilisés afin de cibler et toucher effectivement toutes les catégories de la population et ce dans leurs milieux de résidence ;
  - à la prise en compte des heures d'écoute préférées pour la télévision et la radio, qui sont les principaux canaux de communication utilisés.
  - et la gestion des rumeurs, grâce à la mise en place d'un dispositif capable d'identifier rapidement les messages de désinformation et les rumeurs et d'y apporter les réponses appropriées.
2. Élargir le réseau des acteurs impliqués dans la communication dans les communautés, les écoles et lieux de travail des secteurs publics et privés de façon à augmenter les lieux de communication. Dans cette perspective, il s'agirait notamment de :
  - produire la cartographie des acteurs clefs existants dans les communautés : leaders religieux, leaders communautaires, groupes de jeunesse, groupes de femmes, agents de santé, tradipraticiens, institutions, organisations de la société civile, et ce, en fonction de chaque département ;
  - et de mettre en place un engagement communautaire décentralisé impliquant des acteurs et organisations clefs locales, sur base de la cartographie, afin de favoriser la confiance et l'appropriation de la réponse.
3. Approfondir l'étude des connaissances, attitudes et pratiques de la population sur la maladie à COVID-19 par des recherches analytiques afin de mettre en évidence les motivations qui sous-tendent les opinions et les faits observés et éclairer au mieux les contenus et les modes opératoires des approches de communication interpersonnelle.

## 10. Bibliographie

---

1. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. Lancet. 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9).
2. Déclaration N°3 du premier du Gouvernement de la République du Congo du 18 mars 2020 sur le coronavirus COVID-19 - <http://www.sante.gouv.cg/>
3. Mise à jour de la stratégie covid-19, Organisation mondiale de la Santé 2020/avril 2020
4. Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: A living systematic review and meta-analysis. PLOS medicine 22, September 2020
5. Guide national de prise en charge des cas de Coronavirus (COVID-19), Ministère de la santé, 2020.
6. Enquête observationnelle réalisée du 26 au 30 mai 2020 sur le port obligatoire du masque dans le département de Brazzaville, deux semaines après sa mise en application stricte par le gouvernement. Rapport, DDSSSA Brazzaville, Mai 2020
7. Enquête sur les effets socioéconomiques du coronavirus Au Congo (eesc), institut national de la statistique /octobre 2020
8. Rapport d'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention et de prise en charge de la covid-19 des agents de sante des départements du Niari et de la Bouenza en 2020
9. INS : Institut national de la statistique.
10. Source : PNUD
11. Cartographie du secteur informel au Congo, INS, Aout 2018.
12. ECOM 2011
13. Rapport de la revue du secteur santé. Ministère de la Santé et de la Population, Aout 2018.
14. Rapport de la revue du secteur santé. Op cité.
15. Bulletin hebdomadaire sur la riposte au cas de cVDPV2, n°002 Sem épid. 45 : Du 02 au 08 Novembre 2020. Ministère de la santé
16. Plan national de préparation et de riposte à la pandémie de corona virus
17. Plan national de communication de la préparation et de la riposte à la pandémie de coronavirus, Aout – Décembre 2020. Coordination nationale de gestion de la pandémie. Brazzaville, 2020.
18. SITREP n°116 du 19 décembre 2020. Ministère de la santé, de la population, de la promotion de la femme et de l'intégration de la femme au développement.
19. [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/mai\\_2020\\_rapport\\_denquete\\_sur\\_le\\_covid\\_19.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/mai_2020_rapport_denquete_sur_le_covid_19.pdf)

20. Mahmood et al. Attitude, perception et connaissance du COVID-19 auprès du grand public pakistanais. *Frontiers in public health*. Décembre 2020 ; vol. 8 : 1-8.
21. Congo, Population Data <https://www.populationdata.net/pays/congo/>
22. Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des habitants de Kinshasa sur les mesures préventives contre le COVID-19. École de santé publique de Kinshasa. Juillet 2020.
23. Enquête connaissances, attitudes et pratiques sur le corona virus dans les départements du Mayo Sana et du Mayo Tsanaga, Région de l'extrême Nord Cameroun : Rapport. RodaKorset, Croix Rouge Camerounaise, IFRC, Juillet 2020.
24. Protocole de recherche sur la transmission dans la famille de l'infection a COVID-19. OMS, Mars 2020
25. Enquête sur les effets socio-économiques du coronavirus au Congo (EESC), Rapport d'analyse des donnée ; INS/Octobre 2020
26. [https://displacement.iom.int/system/tdf/reports/DJI\\_Covid19\\_Assessment\\_Obock2\\_o\\_FR.pdf?file=1&type=node&id=8308](https://displacement.iom.int/system/tdf/reports/DJI_Covid19_Assessment_Obock2_o_FR.pdf?file=1&type=node&id=8308) Consulté le 26 janvier 2021.
27. Enquête connaissances, attitudes et pratiques sur le corona virus dans les départements du Mayo Sana et du Mayo Tsanaga ; op cité
28. Ngoyi JM, Kabamba LN, Tambwe PN, Muganza RB, Ngoyi JLK, et al. Connaissances, attitudes et pratiques liées au SRAS-COV-2 (COVID-19) chez les étudiants de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi. *Revue de l'Infirmier Congolais*. 2020; 4(2): 8-12.
29. <https://www.lebrief.ma/8363-pour-un-tiers-des-marocains-le-coronavirus-est-une-maladie-mystique> consulté le 27/02/2021.

## 11. Annexes

### Annexe n°1 : Termes de référence de l'étude.

unicef  pour chaque enfant	
Termes de références relatifs au recrutement d'une structure chargée de réaliser un sondage téléphonique sur les connaissances, perceptions, attitudes et pratiques des populations face à la COVID-19 en République du Congo	
Rubrique	Contenu
Contexte et Justification	<p>Depuis fin décembre 2019, et ce jusqu'à ce jour, l'humanité entière est en proie à une crise sanitaire causée par la maladie à coronavirus 2019, dite Covid-19. Signalée pour la première fois dans la ville de Wuhan en République Populaire de Chine, le 31 décembre 2019, la pandémie du nouveau Coronavirus (COVID-19) s'est très vite propagé à travers le monde. Face à cette ampleur de l'épidémie et à sa rapide propagation sur le plan international, l'OMS a déclaré la nouvelle épidémie « urgence de santé publique de portée internationale » le 30 janvier 2020 et la « pandémie » le 11 mars 2020.</p> <p>Les pays africains ont activé leurs mécanismes d'alerte et plans de contingence circonstanciels pour prévenir la propagation de la maladie.</p> <p>La COVID -19 se transmet par voie respiratoire et probablement animale. Elle se transmet entre humains par les postillons (éternuements, toux) en cas de contacts étroits et absence de mesures de protection efficace (masques, gants, etc.). La maladie s'accompagne de fièvre et des signes respiratoires de type toux ou essoufflement. Dans les cas plus sévères, le patient peut présenter une détresse respiratoire aiguë, une insuffisance rénale aiguë, voire une défaillance multi-viscérale pouvant entraîner le décès. La période d'incubation du coronavirus varie de 2 à 14 jours</p> <p>A l'instar des autres pays du monde, le Congo est confronté depuis le 14 mars 2020, à la pandémie de coronavirus (Covid-19). A la date du 8 juillet 2020, le Congo a déjà enregistré 1821 cas confirmés positifs au COVID-19, avec 525 guérisons et 47 décès.</p> <p>La propagation de la maladie à coronavirus (Covid-19) peut être ralentie si les populations appliquent inlassablement les mesures barrières et respectent scrupuleusement les mesures édictées.</p> <p>Pour faire face à cette pandémie du coronavirus (Covid-19), le Congo a élaboré un plan de préparation et de riposte selon l'approche « une seule santé » en</p>



collaboration avec les partenaires impliqués dans la lutte contre les épidémies. Ce plan est assorti d'un plan de communication. Le Congo a par ailleurs mis en place huit (8) commissions techniques dont celle en charge de la communication et mobilisation sociale sur le Covid-19. Cette commission a, entre autres missions, de mettre en œuvre le plan de communication élaboré sur le covid-19 et de tenir les activités de communication publique. Ceci afin d'améliorer les connaissances des populations sur la maladie à coronavirus et de favoriser l'acquisition des comportements susceptibles de limiter la propagation du virus au Congo.

Tenant compte des différents facteurs favorisant la propagation de la maladie, les comportements à promouvoir et les messages y afférents ont été centrés en priorité sur les mesures barrières. La mise en œuvre de ce plan de communication devrait contribuer largement à la réponse au risque de propagation de la pandémie en République du Congo et réduire considérablement les nouveaux cas de contamination

Pour endiguer la propagation du Virus, le Gouvernement a pris progressivement un certain nombre de mesures dont :

- Les fermetures des écoles, lieux de cultes, bars et restaurants ;
- L'interdiction de rassemblements de plus de 50 personnes ;
- La diffusion des mesures barrières ;
- La restriction du nombre de passagers dans les véhicules de transport en commun ;
- Fermeture des frontières terrestres, maritimes, fluviales et aériennes ;
- La déclaration de l'état d'urgence sanitaire,
- L'instauration d'un couvre-feu ;
- Le confinement général de toute la population ;
- Le déconfinement progressif ; etc.

Malheureusement, malgré toutes ces mesures ainsi que les efforts louables déployés par la commission de communication, appuyée par les partenaires techniques et financiers, dont l'UNICEF, les organisations de la société civile et les relais communautaires, les cas de contamination ne cessent d'augmenter. De même, on constate que la population continue à avoir des attitudes susceptibles de continuer à propager la maladie. Des rumeurs de toute sorte sont souvent propagées au sujet de cette épidémie. Elles contribuent à amplifier la panique et la psychose au sein de la population.

Cette situation de panique peut amener la population à adopter des pratiques susceptibles d'empêcher l'adoption des mesures barrières, efficaces pour endiguer la pandémie.

Ainsi, il a été noté :

- Le refus des malades ou des membres de leurs familles à rechercher les soins dans les formations sanitaires ;
- Les résistances des membres de famille à laisser enterrer les personnes décédées de COVID 19 par les équipes habilités ;
- La méfiance de la population vis-à-vis des formations sanitaires considérées, à tort, comme des lieux de contamination ;
- La tendance à cacher des malades par les membres de leurs familles ;
- La tendance à la stigmatisation des malades, des anciens malades guéris et des ressortissants des zones affectées.
- Dans certains lieux public (marchés, arrêts de bus, morgues...) la distance d'au moins un mètre d'écart entre les personnes n'est toujours pas respecté,
- Le port du masque n'est pas systématique loin de grandes avenues ;
- Le masque n'est toujours correctement porté ;
- Certains véhicules de transports publics ne respectent pas toujours le quota requis ;
- Plusieurs personnes ignorent ou méconnaissent ou nient l'existence de la maladie, ses modes de transmission ainsi que les moyens de prévention ;
- Le lavage des mains se fait de moins en moins ;
- Des personnes guéris ne sont pas prêtes à témoigner de peur de la stigmatisation.

Tout ceci suscite des interrogations :

- Les congolais ont-ils vraiment connaissance de la maladie à coronavirus ainsi que ses modes de contaminations,
- Les canaux et stratégies de communications déployés à ce jour sont-elles efficaces ;
- Comment faire pour que la population adopte des comportements protecteurs face à la COVID-19 ?
- Comment faire pour réduire la stigmatisation ?

Pour répondre à toutes ces interrogations, il est souhaitable de conduire une étude ou un sondage rapide.

Par ailleurs, la maladie à Coronavirus, il n'est pas souhaitable de déployer les enquêteurs sur le terrain les exposerait au risque de contamination. Aussi, semble-t-il important que ce sondage se face en ligne.

Etant donné le taux important de pénétration du téléphone, les appels téléphoniques semblent être un excellent moyen de réalisation du sondage tout en protégeant les enquêteurs.

Un sondage des abonnés permettrait en outre de vite recueillir les points de vue d'un plus grand nombre de congolais.

L'UNICEF appuie le Gouvernement dans trois (03) composantes essentielles : (i) la communication de risque et l'engagement communautaire, (ii) la prévention et le

	<p>contrôle des infections, (iii), la continuité des services sociaux de base dont la santé, l'éducation et la protection des enfants.</p> <p>Les présents termes de références portent sur le recrutement d'une structure pouvant réaliser ce sondage.</p>
<p><b>But/Objectifs/ Tâches/ résultats attendus</b></p>	<p><b>But du sondage</b></p> <p>Le but du sondage est de guider la commission communication et mobilisation sociale du comité technique de lutte contre la Covid-19 à mettre en place une stratégie efficace de communication sur la maladie à coronavirus.</p> <p><b>Objectif général :</b></p> <p>Il s'agira de recruter une structure qui va réaliser un sondage en vue d'évaluer les connaissances, les perceptions, les attitudes et les pratiques des populations face à la maladie à Coronavirus en République du Congo.</p> <p><b>Objectifs spécifiques :</b></p> <p>De façon spécifique, il s'agira de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesurer le niveau de connaissances ;</li> <li>• Apprécier les perceptions, les attitudes et les pratiques des populations face à la COVID-19 ;</li> <li>• Analyser les opinions des enquêtés sur l'offre de communication des risques en réponse à la COVID-19 (différentes stratégies et approches de communication : face à la maladie à Coronavirus (digitales, médiatiques, interpersonnelles, événementielles, iconographiques, réseaux sociaux et les ressources médiatiques mobilisées contre la Covid-19) ; pour actualiser le plan de communication et élaborer une stratégie efficace adaptée aux réalités socioculturelles des populations ;</li> </ul> <p>Sous la coordination de la commission communication et mobilisation sociale du comité technique national de riposte à la COVID-19, avec l'appui technique de l'UNICEF, la structure chargée du sondage aura les missions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Etablir avec l'appui de la sous-commission communication et de l'UNICEF, un partenariat avec les sociétés de téléphonie mobile (MTN et Airtel)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenir des autorisations signées des responsables des deux sociétés de téléphonie;</li> <li>• Obtenir les répertoires téléphoniques des abonnés.</li> </ul> </li> <li><b>2. Elaborer les outils méthodologiques du sondage</b></li> </ol>

- Elaborer le protocole du sondage ;
- Elaborer le chronogramme de la mission ;
- Elaborer outils appropriés de collecte des données qui prennent en compte les disparités de genre.

### 3. Organiser la collecte, le traitement et l'analyse des données

- Identifier avec l'appui des sociétés de téléphonie mobile le personnel chargé de la collecte;
- Assurer la formation du personnel (Personnel de collecte et superviseurs);
- Collecter les informations par téléphone, conformément au plan de collecte établi
- Réaliser la saisie, le traitement et l'analyse des données en ressortant spécifiquement les données quantitatives et qualitatives ;
- Proposer les axes d'intervention pour la communication médiatique et interpersonnelle.

### 4. Elaborer et faire valider le rapport final du sondage

Les résultats du sondage seront validés au cours des réunions techniques d'évaluation des progrès et d'un atelier validation du rapport final.

Au cours de l'atelier de validation, il s'agira de :

- Mobiliser les acteurs clés, leur communiquer les conclusions du sondage et les engager dans le dialogue et l'action sur la voie à suivre en vue d'améliorer la communication et ainsi lutter contre la Covid-19;
- Valider de façon participative, les nouveaux axes de communication et des types d'interventions ainsi que les recommandations pour améliorer l'offre en matière de communication sur la COVID-19.
- **Résultats attendus**
- Un partenariat pour la réalisation du sondage est établi entre le Gouvernement- l'UNICEF, Airtel et MTN ;
- Les outils méthodologiques sont élaborés et validés ;
- La collecte, le traitement et l'analyse des données sont organisés ;
- Le rapport est finalisé et validé.

#### Indicateurs à mesurer (liste à compléter) :

- % de personnes qui connaissent au moins trois signes de la COVID-19 ;
- % de personnes qui connaissent les mesures barrières contre le coronavirus ;
- % de personnes qui pratiquent les mesures barrières ;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de personnes exposées aux interventions médiatiques et communautaires au Covid-19 de mars à juillet 2020 ;</li> <li>• % des abonnées des sociétés de téléphonie mobile (MTN, AIRTEL) qui ont reçu au moins 3 alertes (de mars à juillet 2020) ;</li> <li>• % de personnes qui croient que la maladie existe ;</li> <li>• % de personnes qui sont prêts à faire le test ;</li> <li>• % de personnes qui ne croient pas que la maladie existe ;</li> <li>• % de personnes pensent qui ont reçu les informations fiables sur la maladie ;</li> <li>• Nombre de personnes qui ont déjà entendu parler du Covid-19;</li> </ul>
<b>Approche méthodologique</b>	La méthodologie du sondage combinera les approches quantitatives et qualitatives qui seront détaillées dans la proposition technique.
<b>Étendue de la mission</b> <b>Dates et lieux</b>	<p><b>Portée thématique :</b> <i>L'enquête va se focaliser sur les connaissances, les perceptions, les attitudes et les pratiques des populations face à la maladie à coronavirus.</i></p> <p><b>Portée géographique:</b> La mission s'effectuera à partir de Brazzaville avec une couverture par téléphone de tous les douze (12) départements du pays</p> <p><b>Durée de la mission :</b> la durée de réalisation du sondage est de trois (03 mois maximum) à compter de la date de signature du contrat par le prestataire.</p>
<b>Bénéficiaires et utilisateurs de ce sondage</b>	<p><b>Bénéficiaires :</b></p> <p>Les bénéficiaires directs du sondage sont notamment les enfants, les parents, les communautés en général.</p> <p>Les utilisateurs de ce sondage sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Gouvernement à travers la commission communication et mobilisation sociale du Comité technique national de riposte à la COVID-19 ;</li> <li>• Les structures impliquées dans la riposte à la COVID-19 ;</li> <li>• Les agences du système des nations Unies,</li> <li>• Les partenaires techniques et financier,</li> <li>• Les organisations de la société civile</li> <li>• Les Sociétés de téléphonie mobiles,</li> <li>• Les chercheurs etc.</li> </ul> <p><b>Utilisation du sondage :</b></p> <p>Les conclusions et les recommandations du sondage seront utilisées notamment par la commission communication et mobilisation sociale du comité technique national de</p>

*AKL*

	<p>riposte à la COVID-19 orienter les stratégies de communication des populations sur la prévention de la maladie à coronavirus. Le sondage permettra également d'identifier les insuffisances pour le renforcement des connaissances, des attitudes et des pratiques des populations.</p> <p>Le sondage sera aussi utile pour toute personne ou structure qui veut s'engager dans la communication sur la COVID-19</p>
<p><b>Livrables</b></p>	<p>Les produits suivants sont attendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une proposition technique et financière pour la réalisation du sondage ;</li> <li>• Une liste finalisée des indicateurs à mesurer approuvée par la commission communication et mobilisation sociale ;</li> <li>• Les approches méthodologiques (Protocole et outils de collecte) ;</li> <li>• Une base de données quantitatives et qualitatives sur les connaissances, les perceptions, les pratiques et les attitudes des populations face à la COVID-19 ;</li> <li>• Un rapport final validé en versions imprimée et électronique.</li> </ul>
<p><b>Modalités de paiement</b></p>	<p>Les modalités de paiement de la structure sont définies selon l'échéancier suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paiement de 20% du prix du Contrat dans les 30 jours qui suivront la date de signature du Contrat et après présentation du protocole du sondage ;</li> <li>• Paiement de 50% du prix du Contrat après validation des outils pour générer des données ;</li> <li>• Paiement de 30% du prix du Contrat après validation du rapport, en version imprimée et électronique et réception du rapport final.</li> </ul>
<p><b>Qualifications et compétences requises :</b></p>	<p><b>Qualifications et compétences requises :</b></p> <p>Pour conduire cette mission, le prestataire devra disposer des compétences requises en sondages. A ce titre, il faudra disposer d'une équipe de spécialistes dont l'expertise EST AVEREE en techniques de collecte rapide et d'analyse de données statistiques. Un minimum de 3 ans d'expérience dans les enquêtes et les sondages est requis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être une structure basée au Congo ;</li> <li>• Disposer d'une équipe mixte et pluridisciplinaire avec les compétences suivantes en son sein : sociologue, Psychologue, Anthropologue, statisticiens, spécialistes de santé publique ;</li> <li>• Avoir conduit au moins 2 études similaires (Enquête CAP, enquêtes sociales, etc.);</li> <li>• Avoir de bonnes capacités de communication, et de négociation dans les relations avec des partenaires multiples ;</li> <li>• Être rigoureux, et être apte à travailler sous pression ;</li> </ul>

## Annexe n°2 : Indicateurs de base

Indicateurs de base	Valeurs	Sources
Population urbanisée (%) 2012	64.1	UNICEF, Division de la population des Nations Unies et Division de statistique des Nations Unies ( <a href="https://www.unicef.org">https://www.unicef.org</a> )
Population rurale 2012	39%	
Enfants de moins d'un an	4%	Rapport sociodémographique de Santé 2013
Enfants de moins de 5 ans	20%	
Femmes en âge de procréer	20%	
Femmes enceintes	4%	
Taux brut de mortalité /1000	13%	RGPH-2007
Ratio de mortalité maternelle /100.000 naissances vivantes	426	Rapport sociodémographique de Santé 2013
Taux de mortalité néonatale /1000 naissances vivantes	22‰	
Taux de mortalité infantile /1000 naissances vivantes	76,4‰	RGPH-2007
Taux de mortalité infanto juvénile /1000 naissances vivantes	68‰	Rapport sociodémographique de Santé 2013
Taux brut de natalité	41,7‰	RGPH-2007
Taux net de scolarisation au primaire	87.9	<a href="http://uis.unesco.org/fr/country/cg">http://uis.unesco.org/fr/country/cg</a>
Taux brut de scolarisation au primaire	106.64	
Indice synthétique de fécondité	4,9	RGPH-2007
Espérance de vie à la naissance	51,6 ans	RGPH-2007
Taux annuel de croissance démographique (%), 2012-2030	2,5	UNICEF, Division de la population des Nations Unies et Division de statistique des Nations Unies ( <a href="https://www.unicef.org/">https://www.unicef.org/</a> ).
Taux d'alphabétisation 15 ans et plus	80.3%	<a href="http://uis.unesco.org/fr/country/cg">http://uis.unesco.org/fr/country/cg</a>
espérance de vie à la naissance	62,3 ans	Rapport national sur le développement humain 2015, PNUD

## Annexe n°3 : Outil de collecte des données.

# SONDAGE TÉLÉPHONIQUE SUR LES CONNAISSANCES, PERCEPTIONS, ATTITUDES ET PRATIQUES DES POPULATIONS FACE A LA COVID-19 EN RÉPUBLIQUE DU CONGO

## Questionnaire de l'enquête

### Introduction

Bonjour et merci pour votre disponibilité. Je m'appelle XXX, je travaille sur la prévention de la maladie à COVID-19. J'ai été mandaté/e par la Commission nationale Communication et Mobilisation Sociale de riposte contre la COVID-19 et l'UNICEF pour m'entretenir avec vous au sujet de cette maladie.

L'interview va prendre environ 15 minutes. Tous les renseignements que nous allons recueillir auprès de vous vont rester strictement confidentiels, et nous n'enregistrerons pas votre nom. Vos réponses ne seront jamais identifiées comme venant de vous

### Consentement

Ceci dit, acceptez-vous de nous accorder quelques minutes pour répondre à nos questions ?

Oui → Consentement

Non → voir instructions dans le guide

### SECTION IDENTIFICATION QU QUESTIONNAIRE

S01	N° du questionnaire	
S02	IDENTITE DU TELEOPERATEUR	
S03	TELEPHONE	
S04	DEPARTEMENT	
S05	COMMUNE/DISTRICT	

SECTION n°1 : CONNAISSANCE DE LA MALADIE A COVID-19		
<b>S1Q1</b>	Avez-vous déjà entendu parler du coronavirus (COVID-19) ? 1. Oui      2. Non	<input type="checkbox"/>
<b>S1Q2</b>	Que savez-vous du coronavirus ? (Une seule option) 1. Je ne sais rien 2. C'est une maladie 3. C'est un programme gouvernemental 4. C'est une campagne Télévision / radio 5. Autre	<input type="checkbox"/>
<b>S1Q2A</b>	Autre à préciser	
<b>S1Q3</b>	Selon vous, quelles sont les personnes les plus à risque ? A. Enfants de moins de 1 an ; B. Enfants de 1 à 5 ans C. Enfant et adolescents jusqu'à 15 ans D. Jeunes adultes E. Personnes âgées F. Femmes enceinte G. Ne sait pas ; H. Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>
<b>S1Q4</b>	Selon vous quelles sont les modes de transmission du Covid-19 A. Transfusion sanguine B. Gouttelettes d'éternuement / Toux C. Contact direct avec des personnes infectées D. Toucher des objets / surfaces contaminées E. Contact sexuel F. Contact avec des animaux contaminés G. Piqûres de moustiques H. Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>
<b>S1Q5</b>	Quels sont les symptômes du covid-19 que vous connaissez ? 1. Fièvre 2. Toux 3. Essoufflement 4. Difficultés respiratoires 5. Douleurs musculaires 6. Maux de tête 7. Diarrhée 8. Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>
<b>S1Q6</b>	D'après vous quels sont les moyens qui permettent d'éviter la maladie à COVID-19 A. Dormir sous la moustiquaire B. Laver les mains régulièrement avec du savon et de l'eau C. Utiliser du gel hydro alcoolique pour se nettoyer les mains D. Ne boire que de l'eau traitée E. Couvrir le nez et la bouche lorsque vous toussiez ou éternuez F. Éviter tout contact direct non protégé avec les animaux vivants et les surfaces en contact avec les animaux G. Respecter la distanciation physique	<input type="checkbox"/>

SECTION n°1: CONNAISSANCE DE LA MALADIE A COVID-19		
	<i>H. Je ne sais pas..</i>	
<b>S1Q7</b>	Que souhaiteriez-vous savoir en plus sur la maladie à coronavirus ? 1. La prévention 2. Les symptômes 3. Les modes de transmission 4. Les personnes les plus à risque 5. Le traitement 6. Que faire si j'ai des symptômes 7. Qui sont les acteurs de la réponse	<input type="checkbox"/>
<b>S1Q8</b>	Selon vous, après combien de jours se manifeste la maladie à coronavirus ? 1. Immédiatement, le jour même 2. 1 jour après le contact 3. 1 à 3 jours 4. 3 à 7 jours 5. 8 à 10 jours 6. Plus de 10 jours 7. Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>
<b>S1Q9</b>	La dernière fois que vous avez entendu parlé de la maladie à Coronavirus , de quoi s'agissait t-il (Une ou plusieurs options) 1. Des messages/informations pour prévenir la maladie 2. Des messages/informations sur les symptômes des messages/informations sur les modes de transmission 3. De ce que je dois faire en cas de symptômes	<input type="checkbox"/>
<b>S1Q10</b>	La Covid-19 est-elle dangereuse ? 1. Oui                      2. Non	<input type="checkbox"/>

SECTION n°2 : SOURCES DES CONNAISSANCES SUR LA MALADIE A COVID-19		
<b>S2Q1</b>	Par quelle source avez-vous entendu parler de la maladie ? (Une ou plusieurs options) 1. Radio 2. Télévision 3. Réseaux sociaux 4. Presse écrite/journaux 5. Membres de la famille 6. Amis 7. Agent de la santé communautaire 8. Volontaires de la Croix Rouge 9. Autre organisation communautaire 10. Par une ONG 11. Leaders politique, 12. Chefs religieux 13. Guérisseurs traditionnels 14. Agent de santé (médecin, Infirmier, Sage femmes etc) 15. Une annonce publique (mégaphone) 16. Toute autre personne de la communauté	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>S2Q2</b>	Où avez-vous entendu parler de la maladie 1. Voisinage	<input type="checkbox"/>

SECTION n°2 : SOURCES DES CONNAISSANCES SUR LA MALADIE A COVID-19		
	2. Domicile 3. Centre de santé, hôpital, clinique 4. Ecole, collège, lycée, université 5. Travail 6. Eglise 7. Transports en commun 8. Dans la rue 9. Ailleurs	
<b>S2Q3</b>	En dehors du corona virus, avez-vous vu des informations négatives sur les réseaux sociaux par rapport à la vaccination contre la polio dans les 6 derniers mois ? 1. Oui 2. Non 3. Je n'utilise pas internet 4. Je ne sais pas	□□
<b>S2Q3A</b>	Si oui, où avez-vous vu ces informations ? 1. Facebook 2. Whatsapp 3. Youtube 4. Autre	□□
<b>S2Q3A1</b>	Autre, précisez .....	
<b>S2Q4</b>	Dans quelle mesure avez-vous cru à ces informations ? 1. Je crois ces informations 2. Je crois un peu ces informations 3. Je ne crois pas ces informations 4. Je ne sais pas	□□

SECTION n°3 : ATTITUDES RELATIVES A LA MALADIE A COVID-19		
<b>S3Q1</b>	A qui faites-vous le plus confiance pour recevoir des informations sur le coronavirus ? 1. Personnel de santé 2. Personnel des ONG / Organisations extérieures 3. Membre de ma famille 4. Amis 5. Chefs de quartiers 6. Chefs religieux 7. Membre du gouvernement 8. Journalistes 9. Guérisseurs traditionnels 10. Enseignants 11. Artistes 12. Sportifs 13. Autre	□□□
<b>S3Q1A</b>	Autre à préciser	
<b>S3Q2</b>	Selon vous, parmi les mesures barrières recommandées, quelles sont celles qui sont difficiles à respecter? 1. Respect d'une distance d'au moins un mètre	□□□

SECTION n°3 : ATTITUDES RELATIVES A LA MALADIE A COVID-19		
	2. Éviter tout contact étroit avec une personne souffrant de fièvre, rhume et toux 3. Lavage régulier des mains au savon 4. Application des solution hydro alcooliques 5. Se couvrir la bouche et le nez avec un mouchoir jetable pour tousser et éternuer 6. Interdiction de salutation manuelle, accolades et embrassades 7. Interdiction stricte de la consommation de la viande de brousse 8. Bien cuire la viande et les œufs 9. Fermeture des boîtes de nuit, des cinémas et des lieux de spectacle 10. Interdiction de rassemblements de population de plus de 50 personnes 11. Port de masque / cache nez 12. Je ne sais pas	
<b>S3Q3</b>	Vous considérez-vous comme une personne à risque de contracter le coronavirus ? 1. Oui            2. Non	<input type="checkbox"/>
<b>S3Q4</b>	Pensez-vous que les enfants peuvent répandre le coronavirus dans votre communauté ? 1. Oui            2. Non	<input type="checkbox"/>
<b>S3Q5</b>	Pensez-vous que la maladie du covid-19 est réservée aux personnes âgées 1. Oui            2. Non	<input type="checkbox"/>
<b>S3Q6</b>	Êtes-vous prêt à partager le même cadre de vie ou de travail avec une personne souffrant ou ayant déjà souffert du COVID-19 1. Oui            2. Non	<input type="checkbox"/>
<b>S3Q7</b>	Estimez-vous important de prendre des mesures pour empêcher la propagation du nouveau coronavirus dans votre localité, communauté ? 1. Oui            2. Non	<input type="checkbox"/>

SECTION n°4 : PRATIQUES RELATIVES A LA MALADIE A COVID-19		
<b>S4Q1</b>	Quelles mesures avez-vous prises, vous ou votre famille, pour prévenir le coronavirus ces derniers jours ? 1. Se laver les mains régulièrement avec du savon et l'eau 2. Utiliser régulièrement le gel hydro alcoolique 3. Couvrir la bouche et le nez en toussant et éternuant 4. Eviter tout contact étroit avec toute personne qui a de la fièvre et la toux 5. Faites bien cuire la viande et les œufs 6. Eviter tout contact direct non protégé avec les animaux vivants. 7. Eviter tout contact avec les surfaces en contact avec les animaux 8. Je ne sais pas (changer en question filtre)	<input type="checkbox"/>

**SECTION n°4 : PRATIQUES RELATIVES A LA MALADIE A COVID-19**

	9. Aucune (première modalité pour effectuer un saut)	
<b>S4Q2</b>	<p>Que faites-vous habituellement si vous vous sentez malade avec de la fièvre et de la toux ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rien, je continue ma vie normale, après un certain temps la grippe passe</li> <li>2. Je reste à la maison donc je n'infecte personne</li> <li>3. Je bois des tisanes jusqu'à ce que je récupère</li> <li>4. Je demande conseil à mes voisins</li> <li>5. Je vais à l'hôpital / centre de santé</li> <li>6. Automédication</li> <li>7. J'appelle au téléphone le numéro vert 3434</li> <li>8. Autre</li> </ol>	_
<b>S4Q2A</b>	Autre à préciser.....	
<b>S4Q3</b>	<p>Comment réagiriez-vous si un membre de votre famille présente des symptômes de coronavirus ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Je recherche un parent plus expérimenté pour me conseiller</li> <li>2. Je vais à l'hôpital / au dispensaire</li> <li>3. Je vais chez l'infirmier du quartier</li> <li>4. Je vais acheter des médicaments dans la rue</li> <li>5. Je vais acheter des médicaments à la pharmacie</li> <li>6. Je fais de l'automédication</li> <li>7. Je vais chercher un guérisseur traditionnel</li> <li>8. Je vais faire des décoctions à base de plantes médicinales</li> <li>9. Je vais juste prier pour lui</li> <li>10. Je vais appeler le numéro vert, 3434</li> <li>11. Je vais m'assurer qu'il reste en isolement le temps que ça passe</li> <li>12. Autre</li> </ol>	_
<b>S4Q3A</b>	Autre à préciser	
<b>S4Q5</b>	<p>Comment saluez-vous les proches actuellement ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En leur serrant la main</li> <li>2. En faisant des accolades</li> <li>3. En faisant un geste de la main</li> <li>4. En saluant verbalement</li> <li>5. En s'inclinant</li> <li>6. Avec le coude</li> <li>7. Pas de réponse</li> <li>13. Autres à préciser.....</li> </ol>	_ _

SECTION n°5 : OPINIONS ET CROYANCES VIS-À-VIS DE LA MALADIE A COVID-19, DES MESURES BARRIÈRES ET DES TRAITEMENTS		
<b>S5Q1</b>	<p>Quelles sont les principales rumeurs / croyances, préoccupations, questions que vous entendez dans votre communauté et localité ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Le corona ne tue pas les africains</i></li> <li>2. <i>Le corona est une manipulation donc un mensonge</i></li> <li>3. <i>Le corona est réel</i></li> <li>4. <i>Le corona a été créé</i></li> <li>5. <i>Le nombre des cas cumulé n'est pas vrai</i></li> <li>6. <i>Je ne sais pas</i></li> <li>7. <i>Autre</i></li> </ol>	<input type="checkbox"/>
<b>S5Q2</b>	<p>Selon vous, est ce que les gens de votre localité respectent les gestes barrières ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Oui</i></li> <li>2. <i>Non</i></li> </ol>	<input type="checkbox"/>
<b>S5Q3</b>	<p>Connaissez-vous une ou plusieurs personnes atteintes du Covid-19 ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Oui</i></li> <li>2. <i>Non</i></li> </ol>	<input type="checkbox"/>
<b>S5Q4</b>	<p>Selon vous, est -ce que les gens guérissent de la maladie à coronavirus ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Oui</i></li> <li>2. <i>Non</i></li> </ol>	<input type="checkbox"/>
<b>S5Q5</b>	<p>Selon vous, existe-il dans votre localité ou dans le pays un traitement traditionnel efficace contre la maladie à corona virus ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Oui</i></li> <li>2. <i>Non</i></li> </ol>	<input type="checkbox"/>
<b>S5Q5A</b>	<p>Si oui , quel est ce médicament traditionnel .....</p>	
<b>S5Q6</b>	<p>Que pensez-vous du coronavirus ? (Une seule option)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Très dangereux</i></li> <li>2. <i>Plus ou moins dangereux</i></li> <li>3. <i>N'est pas dangereux</i></li> <li>4. <i>Autre: _____ (enlever car echelle de linkert)</i></li> </ol>	<input type="checkbox"/>
<b>S5Q7</b>	<p>Quelles sont les trois choses qui vous rendent le plus inquiet par rapport au Covid-19 ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Qu'une personne proche décède de cette maladie</i></li> <li>2. <i>Que moi-même , je tombe malade</i></li> <li>3. <i>Que quelqu'un de proche tombe malade</i></li> <li>4. <i>Que les centres de santé soient surchargés</i></li> <li>5. <i>La fermeture des écoles</i></li> <li>6. <i>Que les petits business ferment</i></li> <li>7. <i>Le manque d'opportunités économiques</i></li> <li>8. <i>L'accès réduit aux denrées alimentaires</i></li> <li>9. <i>Perdre votre travail</i></li> <li>10. <i>Les violences civiles</i></li> <li>11. <i>Votre anxiété</i></li> <li>12. <i>Autre .....</i></li> </ol>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SECTION n°6 : CANAUX DE COMMUNICATION		
<b>S6Q1</b>	<p>Comment recevez-vous habituellement des informations sur la santé</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Radio</li> <li>2. TV</li> <li>3. Réseaux sociaux</li> <li>4. Presse écrite</li> <li>5. Banderoles et affiches</li> <li>6. Centre de santé / Hôpital</li> <li>7. Membre de ma famille</li> <li>8. Amis</li> <li>9. Agent de la santé</li> <li>10. L'école</li> <li>11. Annonce publique par mégaphone</li> <li>12. Toute autre personne de la communauté</li> <li>13. Autre à préciser</li> </ol>	_ _
<b>S6Q2</b>	<p>Selon vous, quel est le canal par lequel vous préférez recevoir des informations sur le coronavirus ? (une seule modalité)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Radio</li> <li>2. TV</li> <li>3. Réseaux sociaux</li> <li>4. Presse écrite</li> <li>5. Centre de santé</li> <li>6. Membre de ma famille</li> <li>7. Amis</li> <li>8. Agent de la santé</li> <li>9. L'école</li> <li>10. Annonce publique par mégaphone</li> <li>11. Toute autre personne de la communauté</li> <li>12. Autre</li> </ol>	_ _
<b>S6Q2A</b>	Autre à préciser	
<b>S6Q2B</b>	<p>Si la radio ou la TV est le canal de communication que vous préférez, quelle est votre meilleure heure d'écoute. Indiquez .....</p>	
<b>S6Q3</b>	<p>Dans quelles langues préférez-vous recevoir ces informations ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Français</li> <li>2. Lingala</li> <li>3. Kituba</li> <li>4. Autre langue congolaise</li> <li>5. Autre langue étrangère</li> </ol>	_

SECTION n°7 : CONTENUS DES MESSAGES DIFFUSÉS		
<b>S7Q1</b>	<p>Dans quelles langues les messages étaient-ils diffusés ? Français</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Français</li> <li>2. Lingala</li> </ol>	Page 72

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. <i>Kituba</i></li> <li>4. <i>Autre langue congolaise</i></li> <li>5. <i>Autre langue étrangère</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>S7Q2</b>	<p>Selon vous, les messages reçus étaient-ils de sources fiables ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Oui</i></li> <li>2. <i>Non</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>9-S7Q3</b>	<p>Si vous voulez poser des questions ou vous plaindre auprès d'une organisation ou structure intervenant dans la riposte contre la maladie à covid-19, comment le feriez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Téléphone à travers un numéro vert</i></li> <li>2. <i>Boîte à suggestions</i></li> <li>3. <i>Email</i></li> <li>4. <i>Réseaux sociaux</i></li> <li>5. <i>Face à face</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>S7Q4</b>	<p>Avez-vous des suggestions d'activités qui pourraient limiter la propagation du virus au sein de votre communauté ou localité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Oui</i></li> <li>2. <i>Non</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>S7Q4A</b>	<p>Si oui, lesquelles ?</p> <p>.....</p>	

<b>SECTION n°8 : INFORMATIONS SUR L'ENQUÊTE</b>		
Q801	<p>Milieu de résidence : (déplacé, variable d'identification)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Urbain</i></li> <li>2. <i>Rural</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
Q802	<p>Quelle est votre religion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Catholique ;</i></li> <li>2. <i>Protestante ;</i></li> <li>3. <i>Église de réveil</i></li> <li>4. <i>Musulmane ;</i></li> <li>5. <i>Animiste ;</i></li> <li>6. <i>Pas de religion ;</i></li> <li>7. <i>Autre religion</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
Q803	<p>Quel est votre domaine d'activité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Agriculture ;</i></li> <li>2. <i>Elevage ;</i></li> <li>3. <i>Pêche /Aquaculture ;</i></li> <li>4. <i>Artisanat ;</i></li> <li>5. <i>Commerce ;</i></li> <li>6. <i>Transport ;</i></li> <li>7. <i>Services ;</i></li> <li>8. <i>Industrie ;</i></li> <li>9. <i>BTP ;</i></li> <li>10. <i>Administration Publique ;</i></li> <li>11. <i>Sylviculture ;</i></li> <li>12. <i>Exploitation forestière ;</i></li> <li>13. <i>Aucune ;</i></li> <li>14. <i>Autres</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q804	<p>Quel est votre secteur d'activité</p>	Page 73

SECTION n°8 : INFORMATIONS SUR L'ENQUÊTE		
	1. Secteur public 2. Secteur privé formel 3. Secteur informel	<input type="checkbox"/>
Q805	Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ? 1. Cadre supérieur, ingénieur et assimilé ; 2. Cadre moyen, agent de maîtrise ; 3. Employé/ouvrier qualifié ; 4. Employé/ouvrier semi qualifié ; 5. Manœuvre 6. Employeur ; 7. Travailleur pour compte propre ; 8. Aide-familial ; 9. Apprenti rémunéré ou non ; 10. Inclassable (Décrivez)	<input type="checkbox"/>
Q806	Quel est votre âge	<input type="checkbox"/>
Q807	Quel est votre Sexe du répondant : 1. Masculin 2. Féminin	<input type="checkbox"/>
Q808	Quel est votre statut matrimonial 1. Célibataire 2. Union libre 3. Marié(e) 4. Divorcé (e) 5. Veuf (ve)	<input type="checkbox"/>
Q8à9	Niveau d'instruction du répondant 1. Sans niveau d'instruction 2. Niveau primaire 3. Niveau collège 4. Niveau lycée 5. Licence(1,2,3) 6. Niveau Master 1 & 2 7. Niveau doctorat	<input type="checkbox"/>

## Annexe n°4 : Note méthodologique, score de connaissance

### NOTE METHODOLOGIQUE POUR CONSTRUIRE LES SCORES DE CONNAISSANCE GLOBALE DE LA MALADIE

1. Sont concernées les questions S1Q3, S1Q4, S1Q5 et S1Q6.
2. Les réponses correctes à ces 4 questions sont constituées de 13 modalités.
3. Les cotations suivantes sont retenues, pour chaque question.
  - 3.1. Question S1Q3. (Remarque une seule réponse est correcte : modalité : E).
    - Si réponse à S1Q3 = E, attribuer la cote 1.  
Cote maximale= 1
  - 3.2. Question S1Q4 : question à trois réponses correctes : B,C et D)
    - Si réponse à S1Q4 = B, attribuer la cote 1.
    - Si réponse à S1Q4 = C, attribuer la cote 1.
    - Si réponse à S1Q4 = D, attribuer la cote 1.  
Cote maximale= 3
  - 3.3. Question S1Q5 : question à réponses correctes multiples : 1,2,3,4, et6 )
    - Si réponse à S1Q5 = 1, attribuer la cote 1.
    - Si réponse à S1Q5 = 2, attribuer la cote 1.
    - Si réponse à S1Q5 = 3 attribuer la cote 1.
    - Si réponse à S1Q5 = 4 attribuer la cote 1.
    - Si réponse à S1Q5 = 6 attribuer la cote 1.  
Cote maximale= 5
  - 3.4. Question S1Q6: question à réponses multiples)
    - Si réponse à S1Q6= B, attribuer la cote 1.
    - Si réponse à S1Q6 = C, attribuer la cote 1.
    - Si réponse à S1Q6 = E, attribuer la cote 1.
    - Si réponse à S1Q6 = G, attribuer la cote 1.  
Cote maximale= 4
4. Le score de connaissance de sujet enquêté est obtenu en faisant la somme des cotes attribuées aux différentes questions. Le score maximal étant égal à :  $1+3+5+4 = 13$ .
5. Une échelle d'appréciation de la connaissance, à trois positions est retenue :
  - 0 – 4 pts (30 %) : mauvaise connaissance de la maladie ;
  - 5 – 8 points (60%) : connaissance moyenne de la maladie ;
  - 9 points et plus ( plus de 60% ): bonne connaissance de la maladie.

## Annexe n° 5 : Distribution de l'échantillon par département

Départements	Population		Échantillon par département		
	n	%	Prévu	Réalisé	% Echant.
<b>Bouenza</b>	426 886	0,08	100	110	0,09
<b>Brazzaville</b>	1 974 347	0,37	446	454	0,35
<b>Cuvette</b>	213 443	0,04	51	52	0,04
<b>Cuvette-Ouest</b>	106 721	0,02	24	23	0,02
<b>Kouilou</b>	106 721	0,02	30	50	0,04
<b>Lékoumou</b>	160 082	0,03	31	35	0,03
<b>Likouala</b>	213 443	0,04	50	59	0,05
<b>Niari</b>	320 164	0,06	75	75	0,06
<b>Plateaux</b>	266 804	0,05	57	61	0,05
<b>Pointe Noire</b>	1 013 854	0,19	232	265	0,21
<b>Pool</b>	320 164	0,06	77	79	0,06
<b>Sangha</b>	106 721	0,02	28	26	0,02
<b>Total</b>	<b>5 336 074</b>	<b>1,00</b>	<b>1 200</b>	<b>1289</b>	<b>1,00</b>