



Université Sorbonne Paris Nord

U.F.R. Santé, Médecine, Biologie Humaine

Laboratoire Educations et Pratiques de Sante UR 3412

Master 2^{ème} année : Santé Publique

Parcours : Recherche et Innovation en Soins

John LUPWENGE KAICHA

Né le 03 Juillet 1983

Soutenu le 02 Décembre, 2021

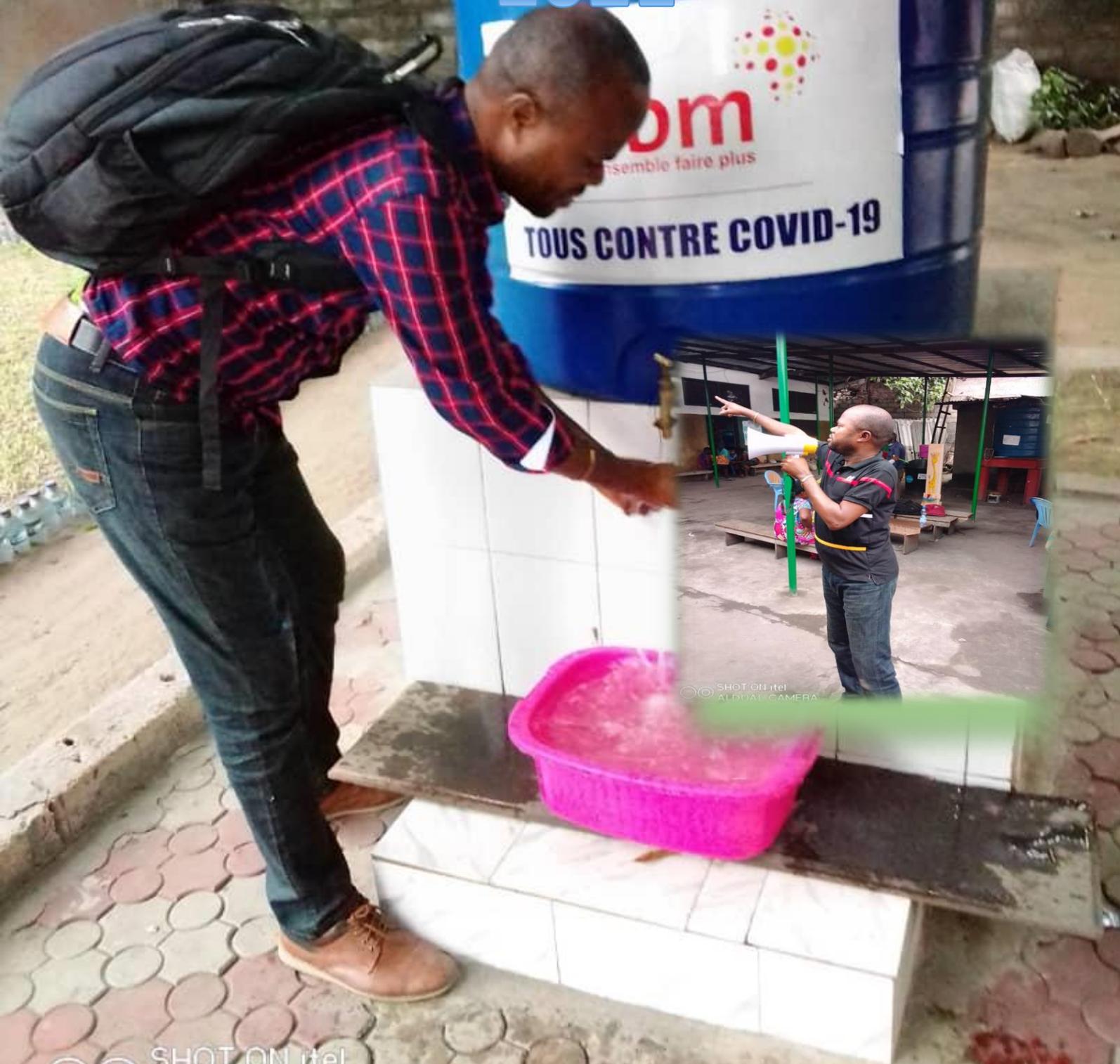
**EXPERIENCE DE LA COMMUNICATION SANITAIRE DANS LE CONTEXTE DE COVID-19 AU
SEIN D'UNE COMMUNAUTE**

CAS DE LA VILLE DE KIKWIT EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Directeur de mémoire : Christian MOUALA MD.MPH. Ph, D



2021



Compilatio communique des taux de similitudes retrouvées. Il ne s'agit pas de taux de plagiat. Le score seul ne permet pas d'interpréter si les similitudes retrouvées font l'objet d'un cas de plagiat ou non.

Consultez le rapport d'analyse détaillé pour interpréter le résultat.

Similitudes document :


 2%

ANALYSÉ SUR LE COMPTE

Nom :	Monique
Prénom :	Rothan-tondeur
E-mail :	rothan-tondeur@univ-paris13.fr
Dossier :	Dossier par défaut

INFORMATIONS SUR LE DOCUMENT

Auteur(s) :	non renseigné
Titre :	Memoire john lupwenge verification.docx
Description :	non renseigné
Analysé le :	15/11/2021 07:30
ID Document :	24fi9z1b
Nom du fichier :	MEMOIRE JOHN LUPWENGE VERIFICATION.docx
Type de fichier :	docx
Nombre de mots :	8 860
Nombre de caractères :	59 472
Taille originale du fichier (kB) :	56.12
Type de chargement :	Remise manuelle des travaux
Chargé le :	15/11/2021 07:07

SOURCES TROUVÉES

 Sources très probables :	14 sources
 Sources peu probables :	1 source
 Sources accidentelles :	28 sources
 Sources ignorées :	1 source

SIMILITUDES TROUVÉES DANS CE

DOCUMENT/CETTE PARTIE

Similitudes à l'identique :	1%
Similitudes supposées :	<1%
Similitudes accidentelles :	<1%

TOP DES SOURCES PROBABLES - PARMIS 14 SOURCES PROBABLES

Sources

 1.  [wikimonde.com/.../article/Communication_en_santé](https://www.wikimonde.com/.../article/Communication_en_santé)

Similitude

 1%

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS UTILISES	III
Remerciement.....	IV
INTRODUCTION	Erreur ! Signet non défini.
Problématique	2
Question de Recherche.....	4
Hypothèses de recherche	4
Objectif Général.....	4
Objectifs Spécifiques	4
Justification de l'étude	5
7. Rédaction de Mémoire	5
Chapitre I. REVUE DE LA LITTERATURE	5
I.1 Définition opérationnelle des concepts clé.....	6
I.1.1. Expérience :.....	6
I.1.2. Communication sanitaire :.....	6
I.1.3. Coronavirus :.....	6
I.1.4 Covid-19 :.....	6
I.2. Généralité sur la communication sanitaire.....	6
I.3. Communication sanitaire dans le contexte de Covid-19 à KIKWIT	7
3.2 LUTTE CONTRE LE VIRUS	7
2.3 Gestes barrières	8
2.4 Traitement.....	8
CHAPITRE II. METHODE ET MATERIELS	8
2.1. Connaissance du milieu d'étude	9
2.2. METHODE	9
2.2.1 Type d'étude :.....	9
2.2.2 Population à l'étude.	10
2.3 Echantillonnage.....	10
2.3.1 Taille d'Echantillon.....	10
2.4. Collecte des données.....	11
2.4.1 Approche et techniques utilisées	11

2.4.2 Déroulement de l'enquête	11
CHAPITRE III. PRESENTATION DES RESULTATS.....	14
3.2.1 CHEZ LES PERSONNELS SOIGNANTS :.....	15
3.2.4 ENTRETIENT AVEC LES PERSONNES CLE, NON INFECTES PAR LA COVID-19:.....	18
CHAPITRE IV. DISCUSSION DES RESULTATS	20
CHAPITRE V. CONCLUSION.....	23
Références bibliographiques.....	1
Annexe 1 : Avis du comité National d'éthique de la santé.....	6
Annexe 2 : façades de l'Hôpital Général de KIKWIT	7
Annexe 3 : focus groupes avec et les survivant des COVID-19.....	9
Annexe 4 : focus groupes avec les soignants.....	9
Annexe 5 : Message d'encouragement après l'animation des focus à l'hôpital sur la prévention contre la Covid-19.....	10
Annexe 6 : les laves mains locales.....	13
GUIDE D'ENTRETIEN AUX FOCUS GROUPES	14

SIGLES ET ABREVIATIONS UTILISES

COVID-19	: Corona virus disease 2019
RDC	: République Démocratique du Congo
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
INRB	: Institut Nationale des Recherches Biologiques.

Remerciement

Nous ne saurons commencer cette rédaction sans toutefois exprimer nos très sincères remerciements et vives hommages aux personnages inoubliables qui ont façonné notre bonheur au cours de notre master.

Nous remercions en premier lieu, le professeur **Monique ROTHAN TONDEUR** qui, en dépit de ses multiples occupations, n'a cessé de créer un temps afin de répondre à nos préoccupations chaque fois que nous avons besoin d'elle et surtout pour son attachement sincère à notre formation. Qu'elle trouve ici l'expression de notre gratitude très profonde.

Nous remercions ensuite notre Directeur de mémoire, le Docteur **Christian MOUALA** pour son encadrement louable et pour sa disponibilité à notre formation, il n'a cessé de nous orienter et répondre favorablement à chaque instant que le besoin était urgent pour l'aboutissement de ce travail.

Nos remerciements vont droit aux professeurs **Simon DECAP et Aurore MARGAT** y compris tant d'autres dont les noms ne sont pas cités, pour l'abnégation manifesté à notre égard du début à la fin de ce parcours, qu'ils retrouvent également nos sincères signes de reconnaissances.

Nous remercions **Alessandra ISSINGRINI** pour sa disponibilité et sa contribution à notre formation tous les jours.

Nous sommes redevables envers tous nos collègues de la promotion à ce master2, que chacun en ce qui le concerne retrouve ici notre gratitude pour ce parcours historique.

Nous remercions les différentes personnes qui de près ou de loin ont apporté leur soutien tant matériel que morale afin que nous réalisions avec succès ce master2.

CONTEXT GENERAL

La pandémie de Covid19 a endeuillé généralement plusieurs personnes dans le monde entier et dans la ville de KIKWIT en République Démocratique du Congo en particulier. Cette maladie constitue jusqu'à ces jours un problème réel de santé publique auquel font face tous les pays du monde entier avec 4560605 cas de décès enregistrés à ce jour. (1)

La République Démocratique du Congo dont la létalité à ce jour est évaluée à 1068 cas de COVID-19 démontre combien la communication sanitaire dans le contexte de de COVID-19 éprouve des nombreuses difficultés auxquelles l'implication des personnels soignants s'avère indispensable. (2)

Dans la ville de Kikwit, l'acceptation de vaccin et le respect pratique des mesures barrières posent des problèmes très sérieux suite aux défauts communicationnels alors que cette maladie n'épargne personne quel que soit son rang social. L'exposition à la contamination au COVID-19 dans cette ville était prévisible avant que le premier cas soit enregistré car au moins chaque jour, la ville recevait au début de la maladie, les voyageurs en provenance de Kinshasa (l'épi centre du COVID-19), et ceux venant des provinces périphériques (3). C'est pourquoi, au cours de notre recherche, nous avons voulu comprendre l'expérience de la communication sanitaire de COVID-19 dans cette ville avant de dégager les solutions pour faire face à cette pandémie qui est un problème de santé publique mondiale avec en Octobre 2021, plus de 243millions de cas confirmés et plus de 4,9 millions de décès signalés depuis le début de la pandémie dans le monde et particulièrement dans la ville de KIKWIT.(4)

L'annonce par le media local du premier résultat testé positif au COVID-19, Il s'est observé dans les milieux hospitaliers de la ville de KIKWIT, des frustrations très remarquables chez les personnels soignants. Cette situation a causé beaucoup d'anxiété dans les établissements de soins car, l'origine réelle de la maladie et son mode de prise en charge adéquat demeuraient préoccupants et on fait l'objet de plusieurs remous. Ces inquiétudes avaient donné lieu aux diversités d'opinion au sein de cette population créant ainsi les mouvements de masse et des spéculations. Eu égard aux doutes et agitations observés dans les milieux des soignants sur la thérapie de COVID-19, la population était embarrassée à la diversité des croyances sur l'existence réelle de la maladie, et de sa prévention. C'est pourquoi tout au long de cette recherche nous avons souhaité analyser le type de communication sanitaire mise en place contre la COVID-19 dans sa diversité au sein de la communauté de Kikwit en mettant l'accent sur les soignants, et les personnes infectées et non infectées.

Problématique

La létalité liée au phénomène COVID-19 fait l'objet d'une grande frustration tant au niveau international, national que local car jusqu'à ce jour nombreuses personnes n'ont pas de notion sur l'origine réelle de cette maladie, son mode de transmission et avec beaucoup d'idées reçues avec l'impact à adhérer et l'observance les mesures de prévention (lavage des mains, de distance sociale et port de masques) le traitement est surtout sur l'acceptation de vaccination (5)

En ITALY, l'épidémie de Covid-19 a montré l'étendue des pertes humaines à venir pour les autres états européens et le reste du monde. La priorité de choix à la prise en charge des patients aux soins de réanimation en urgence permet aux soignants d'exécuter correctement les soins. Les populations précaires (faible niveau de ressources, retraités, migrants, sans domicile fixe, prisonniers, chômeurs de longue durée, etc.) seront inmanquablement laissées pour compte. Ce positionnement est moralement inacceptable: la dignité d'une personne ne dépend pas de sa valeur ou de son rôle. Dans des conditions de besoins croissants en personnel, les actes à poser pour donner des réponses efficaces en santé devraient toujours tenir compte des aspects éthiques dont le respect de la vie humaine (6).

En France, le Comité Consultatif National d'Éthique a demandé à chaque structure hospitalière de constituer un groupement capable de proposer une aide et un soutien éthique aux procédures de choix professionnel dans le contexte de cette crise (« cellule éthique de soutien »)(7). Pendant le confinement, les philosophes, historiens, anthropologues et médecins non cliniciens étaient appelés à échanger, et à se tenir à la disposition des soignants 24 h sur 24 pour faciliter les prises de décisions les plus dramatiques de leur carrière. Il importe que ces choix de priorités de soin ne fussent pas individuels, mais collectifs (8).

Aux Etats Unis d'Amérique, on a assisté à la cacophonie communicationnelle sur la Covid-19 au sommet même des institutions par les autorités alors que cette pandémie faisait surgir des diversités d'opinions sur la COVID -19 (9).

En République Démocratique du Congo, les infirmiers se sont méfiés à leur profession au début de la COVID-19 en déplorant l'insatisfaction de traitement salarial. La grève des personnels soignants fut signalée partout à travers l'étendue du territoire national dans les hôpitaux publics pendant que la pandémie de COVID-19 ne cessait d'endeuiller les populations (10).

L'impasse de la communication sanitaire à ce sujet s'est faite observée presque partout à travers la population occasionnant ainsi plusieurs constats malheureux au sein des communautés et des établissements des soins. On note à cet effet, les patients qui meurent de leurs maladies autres que la Covid-19 par manque de suivi thérapeutique permanent. Les femmes accouchent sans assistance des

accoucheuses expérimentées et des sages-femmes. Les infirmiers stagiaires établissent les diagnostics et des prescriptions médicales parfois erronés, en lieu et place des personnels qualifiés. La méfiance de vaccin contre la COVID-19 se fait entendre presque partout au sein de la communauté congolaise (11). L'entrave constatée dans plusieurs établissements des soins a entraîné parfois l'improvisation des congés de service par certains personnels soignants, l'augmentation de coûts des soins, le manque d'approvisionnement en médicaments suffisant, et la peine de la qualité des certaines analyses para médicaux (12).

A KIKWIT dans les établissements des soins, les gardes malades se racontent ainsi les histoires entre eux sans protection aucune, ils s'embrassent sans aucune notion de distanciation ni mesure barrière observée, les pavillons se transformant en lieu de culte, la communication sanitaire souffre d'application surtout dans les milieux hospitaliers. Il devient aussi possible de générer des idées sur des décisions de santé à prendre en vue de la performance de l'éducation sanitaire appropriée sur les dangers qui occasionnent la persistance du phénomène Covid-19 avec ampleur (13).

Il sied de réaliser que dans la lutte contre la maladie épidémique, la prévention par la sensibilisation sur la communication sanitaire à tout le niveau et à tout moment demeure l'une des stratégies efficace qui a fait ses preuves dans cette ville avec la survenance d'Ebola en 1995 (14). Pendant cette pandémie meurtrière de COVID-19, le quiproquos règne souvent et les rumeurs courent de partout créent la confusion sur les précautions à prendre sur la maladie elle-même (15). Les réseaux sociaux et les médias locaux diffusent aussi des informations erronées concernant la maladie (16). La motivation de cette recherche fait suite à un constat malheureux des informations diffusées par les medias locales sur la négligence et le non-respect des mesures barrières par la population locale et les voyageurs en provenance de la ville de Kinshasa et de partout. En rapport avec cette motivation et d'autres informations suivies, notre étude voudrait comprendre l'existence de la communication en Santé contre la COVID-19 dans ce milieu, le type de message diffusé et le profil des communicateurs. Comme pour dire qu'en sensibilisant la population contre cette pandémie, on réduit sensiblement les risques de propagation et sa prévalence (17).

Notons également que, l'ampleur de la propagation de COVID-19 est due aux déficits de la qualité de communication en santé, au contenu du message, au profil des communicateurs, aux moyens de communication utilisés, à la compréhension du message, ainsi qu'à la politique de système sanitaire mise en place.

Par ailleurs, l'acceptation du vaccin contre la Covid-19 au sein de cette communauté, a suscité des doutes et des discussions incessantes sur des informations en ce qui concerne la maladie et ses sources.

A ce stade, il est bien clair que la situation sur la COVID-19 est bel et bien cruciale car actuellement, le constat fait prouve que les causes décrites ailleurs, produisent les mêmes effets sur le plan comportemental au sein de cette communauté(18). Ainsi donc, la présente étude s'est intéressée à analyser les expériences des messages reçus par la population de KIKWIT sur le type de communication sanitaire en rapport avec la pandémie de COVID-19. Celle-ci, a été à la base de l'abandon des services par certains personnels soignants laissant ainsi les patients à leur triste sort dans les pavillons (11).

Vu le déficit communicationnel en rapport avec la pandémie de COVID-19 et la politique du système sanitaire actuel, nous posons les questions ci-après :

Questions de Recherche

- Comment la population et le personnel soignant, notamment infirmier, perçoivent-t-ils le phénomène COVID-19 dans leur communauté ?
- Comment concilier les messages de communications sanitaires collectives avec les représentations individuels ?

Hypothèses de recherche

Le personnel soignant et la population ont la connaissance sur l'existence de COVID-19 et sont frustré de sa prise en charge et son mode de propagation suite à la diversité des informations. Nous disons que les messages de la communication sanitaire auraient une influence sur la mobilisation communautaire dans la gestion de la pandémie de la COVID-19 dans la ville de Kikwit (connaissance de la maladie, mesure de prévention et décision vaccinale). Aussi, le profil de communicateur à la base de non conciliation de messages sanitaire collectif contre la COVID-19.

Objectif Général

Comprendre le phénomène de maladie COVID-19 et la décision vaccinale afin d'adapter les stratégies préventives et mieux accompagner la communication sanitaire dans la ville de Kikwit.

Objectifs Spécifiques

- Analyser les connaissances des personnels soignants sur les risques de propagation de cette maladie virale,
- Décrire les représentations des rescapés/survivants de la pandémie de la COVID-19,
- Décrire les représentations des non infectés de la COVID-19,
- Identifier les déterminants décisionnels favorisant l'adhésion aux stratégies préventives et à la décision vaccinale de COVID-19 dans leur communauté.

- Explorer l'expérience vécue de la communication pendant la pandémie de la COVID-19.

Justification de l'étude

Nous menons cette recherche dans le souci de trouver les stratégies de communication sanitaire en cas de recrudescence d'une pandémie meurtrière au sein d'une communauté et prévenir les facteurs de risques pouvant occasionner la contamination. La ville de KIKWIT connaît à ces jours une croissance démographique importante contribuant à la fois au bonheur et malheur des uns des autres, surtout pendant la période de COVID-19. La communication sanitaire éprouve des difficultés pour convaincre la population à accepter le vaccin contre la COVID-19 ce respect strict des mesures barrière. L'Anxiété constatée chez les personnels soignants face à la COVID-19 dans les milieux hospitaliers le décourage davantage, étant donné que la létalité à cette maladie fait plusieurs victimes à travers le pays lors de la prise en charge thérapeutique des différents cas hospitalisés. Compte tenu de l'importance démographique de cette ville, et de diverses pratiques face à ce phénomène de la COVID-19, la population demeure perplexe et dubitative.

C'est dans cette optique que nous avons jugé utile de mener cette étude afin d'analyser les réactions des populations sur le type de message reçu contre la COVID-19, leurs croyances pour disséminer les messages clés sur la santé dans son aspect rationnel et préserver la confiance de la communauté. Pour se faire, nous allons analyser le type de communication dans le contexte de la campagne contre la COVID-19. Les résolutions de cette recherche, aideront les différents chercheurs à acquérir les nouvelles connaissances sur la qualité de la communication sanitaire à mettre en cas de recrudescence d'une épidémie meurtrière dans une communauté donnée.

7. Plan rédactionnel de Mémoire

Le premier chapitre se focalise sur la revue de la littérature, Le deuxième chapitre aborde la méthode utilisée, Le troisième chapitre présente les résultats issus de l'enquête sur terrain, Le quatrième chapitre s'articule sur la discussion des résultats obtenus, enfin le dernier chapitre est axé sur la conclusion et recommandations.

CHAPITRE I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Dans ce chapitre, nous allons premièrement définir les concepts clé qui constituent l'intitulé principal de notre sujet de recherche, ensuite s'articuler sur la littérature existante en rapport avec la pandémie

de COVID-19 et le type de communication sanitaire instauré dans le contexte de Covid-19 dans la communauté.

I.1 Définition opérationnelle des concepts clé

I.1.1. Expérience :

c'est le fait de vivre un événement ; c'est aussi l'épreuve de quelque chose dont découle un savoir ; ou encore une connaissance tirée d'une pratique (19). Dans notre contexte, l'expérience traduit la façon dont la population de KIKWIT a vécu l'apparition de COVID -19 dans leur milieu soit encore l'épreuve qu'elle pouvait disposer étant donné qu'elle a déjà vécu une épidémie d'EBOLA très meurtrière.

I.1.2. Communication sanitaire :

C'est le transfert d'informations des experts dans le domaine de la médecine et de la santé publique. C'est aussi la manière d'utiliser des stratégies nécessaires dans le cadre communicationnel, pour passer un message qui pourrait influencer la prise de décision non pas seulement au niveau individuel mais aussi dans la communauté en vue d'une santé meilleure (20). Dans le cadre de ce travail, il s'agit de la transmission des différentes connaissances à la population ; notamment les patients et les aides malades qui fréquentaient l'hôpital Général de Référence de Kikwit sur les différentes informations apprises sur la Covid-19 et les stratégies à adopter pour prévenir sa propagation.

I.1.3. Coronavirus :

Comme son nom l'indique, c'est d'abord un virus, faisant partie des *Coronaviridae*. Il est un agent causal de divers problèmes digestifs et respiratoires(7).

I.1.4 Covid-19 :

Covid-19 quant à lui fait référence à « *Coronavirus Disease 2019* », la maladie provoquée par un virus de la famille des *Coronaviridae*, le SARS-COV-2 » (21). Dans le cadre de cette étude, le Covid-19 est une maladie phénoménale qui a paralysé les activités sur tout le plan et qui a occasionné massivement la perte en vies humaines dans le monde entier et dont son mode de prévention par la vaccination donne naissance aux diverses opinions suite à la diversité de communication sanitaire reçues.

I.2. Généralités sur la communication sanitaire.

La déclaration d'Alma - Ata a désigné l'information et l'éducation à la santé comme les premières parmi les huit priorités en matière de soins de santé primaires. Selon cette déclaration, l'approche en soins de santé primaires implique : le droit des populations à connaître leurs principaux problèmes de santé et à

participer à leur solution ; et le devoir des gouvernements « de favoriser et d'assurer une pleine participation des communautés à cette action (soins de santé primaires) moyennant la diffusion efficace d'informations pertinentes, l'alphabetisation et la mise en place de structures institutionnelles nécessaires pour que les individus, les familles et les communautés puissent assumer la responsabilité de leur santé et de leur bien-être (22). Dans les prochaines années, le milieu de la communication de santé s'intéressera à promouvoir une collaboration multidisciplinaire entre les différents acteurs travaillant dans ce milieu (9).

Aux Etats Unies d'Amérique, depuis 2014, la communication en santé est une filière professionnelle en développement. Parce qu'une communication efficace en matière de santé devrait être adaptée au public et à la situation (22)

Les attitudes à l'égard d'un problème de santé démontrent des pratiques saines ; démontrer les avantages des changements de comportement sur les résultats de santé publique ; défendre une position sur une question ou une politique de santé ; accroître la demande ou le soutien des services de santé ; s'opposer aux idées fausses sur la santé (24)

1.3. Communication sanitaire dans le contexte de Covid-19 à KIKWIT

Plusieurs radios communautaires privées sont implantées dans la ville de KIKWIT. Malgré la présence de ces medias, les messages diffusés sont plus centrés sur les publicités commerciales et politiques. Les espaces médiatiques sont commercialisés pour le fonctionnement des chaînes de radios et comme conséquences l'on constate une défaillance médiatique sur le message de sensibilisation contre la COVID-19. La campagne de sensibilisation éprouve de nombreuses difficultés suite au manque de motivation des personnels soignants et de paiement des espaces médiatiques dans les chaînes des radios.

C'est à travers la Conférence de presse du ministre de la Santé, le 10 mars 2020, que fut annoncée l'identification d'un premier cas de Covid-19 en RDC(4). Le 17 mars, alors que la RDC compte trois cas de Covid-19 à Kinshasa, un Conseil des ministres extraordinaire est organisé, à l'issue duquel le professeur MUYEMBE sera nommé par ordonnance présidentielle comme coordonnateur national de ce phénomène (25).

3.2 LUTTE CONTRE LE VIRUS

Touchée par une épidémie d'Ebola à Kikwit entre 1995 et 2018 au Kivu, la République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des pays ayant été préparé au stress lié à la gestion des épidémies. Les différents exercices liés au dépistage dans les zones à risque, ont permis de développer les stratégies spécifiques

devenant désormais un mode de vie pour la population dont « la prise de température aux frontières, la notation des cas suspects... ». De ce fait, l'Institut « National des Recherches Biologiques en sigle » (INRB), est devenu la structure de base spécialisée pour le dépistage systématique et la confirmation de nouveau coronavirus en RDC. Cependant, après la découverte du premier cas le 10 mars 2020, l'équipe de riposte chargée de la prise en charge de la pandémie avait déclaré : « qu'à cause de son mauvais plateau technique, la RDC n'était pas prête à faire face à cette pandémie de COVID-19, en dépit de sa préparation due à Ebola ». Les auteurs estimaient également qu'environ une personne sur 10 pouvait en être contaminée au regard des failles que renferme le système sanitaire Congolais (26). Cette interview a suscité la panique au sein de la population de la ville de KIKWIT, où la maladie à virus Ebola a autrefois endeuillé plusieurs personnes en 1995.

2.3 Gestes barrières

A Kinshasa la capitale de la République Démocratique du Congo et l'épicentre de l'épidémie, le gouvernement avait annoncé des mesures strictes pour promouvoir les « gestes barrières ». De plus, des stratégies de la promotion des mesures d'hygiène pouvant réduire les contaminations ont été recommandées. A cet effet, « le gouvernement a fait imprimer des affiches en français pour sensibiliser la population ». Malheureusement la langue choisie pour communiquer et sensibiliser la population au respect des gestes barrières était incompatible pour une grande majorité des Kinois et Kikwitois. Pour pallier à cette difficulté, d'autres affiches écrites en langues locales ont été produites en reprenant les mêmes messages (18).

2.4 Traitement

Pour faire face à ce virus, l'état d'urgence a été décrété sur tout le territoire Congolais, les frontières du pays fermées et le confinement fut imposé dans la ville de Kinshasa. Le président de la république a aussitôt dans son allocution, conseillé et encouragé la production de chloroquine « en quantité industrielle » (27).

CHAPITRE II. METHODE ET MATERIELS

Ce chapitre sera axé sur la connaissance du lieu notre recherche et la démarche méthodologique appliquée lors de collecte des données sur terrain avant leur analyse et présentation au chapitre trois.

2.1. Connaissance du milieu d'étude

Le choix d'une ville répond à une préoccupation précise. KIKWIT est la deuxième ville de la province du KWILU dans le grand BANDUNDU située à 525 Km de la ville de KINSHASA, la capitale de la RDC. Cette ville connaît un climat tropical avec une croissance démographique très importante. En 1892, le major PARMINTER, en voyage touristique sur la rivière KWILU, fut bloqué par les rapides en amont de l'actuel pont KWILU. Cet endroit devint très tôt lieu de chargement et de déchargement, c'est à partir d'ici qu'est né la ville de KIKWIT. La langue officielle est le français et KIKONGO sa langue locale. A titre de rappel, KIKWIT est la ville natale du Professeur Jean Jacques MUYEMBE, (le premier virologue à découvrir le virus EBOLA en RDC puis dans cette ville en 1995 et l'actuel coordonnateur National de la riposte au COVID-19). (28)

Ainsi, le choix de la ville de KIKWIT se justifie par rapport aux raisons ci-après :

- 1° Cette ville avait été frappée par l'Epidémie de maladie à virus Ebola en 1995 enregistrant beaucoup de pertes en vies humaines (personnels soignants et la population) dont l'une des causes de la létalité fut attribuée à la mauvaise communication sanitaire au début de la maladie (29).
- 2° Sa proximité avec la ville de Kinshasa (l'épicentre de la COVID-19 en RDC), suite aux mouvements incessants des populations car, KIKWIT est parmi les grandes villes qui contribuent efficacement au ravitaillement en denrées alimentaires pour la ville de Kinshasa.
- 3° Les conditions inquiétantes d'embarquement des voyageurs sans précaution aucune.

2.2. METHODE

2.2.1 Type d'étude :

Notre étude est qualitative phénoménologique. Elle est une de cinq approches utilisées dans les études qualitatives à savoir ; la recherche narrative, la phénoménologie, la théorie encrée, l'ethnographie, et l'étude de cas (30). Nous avons opté pour la phénoménologie puisqu'elle a décrit l'essence et la signification du phénomène COVID-19 vécu par des gens à un moment donnée soit au cours d'une période précise. Nous avons réduit les expériences de nos participants en une signification centrale de l'expérience en nous concentrant sur la description de ce que tous les participants avaient comme expérience commune sur le phénomène COVID-19 (31).

Quant à nous, nous avons retenus la pandémie de la COVID-19 à KIKWIT comme un phénomène. Ainsi, nous avons à travers les connaissances des communautés, des sujets infectés, non infectés et les infirmiers perçus la quintessence des messages et communication sanitaire contre la COVID-19, pour en

dégager les conséquences positive et négative afin de prendre des mesures préventives appropriées. Nous nous sommes concentrés sur la description du type de message communicationnel, et de l'acceptation de vaccin et de ce que tous les participants avaient comme expérience commune du phénomène COVID-19.

2.2.2 Population à l'étude.

La population concernée par notre étude est celle constituée des personnels soignants, les personnes non infectés témoin de l'événement, et des personnes guéris de la Covid-19 (rescapés).

2.2.2.1 Unité d'étude :

Notre unité d'étude principale est composée du personnel soignant infirmier, des personnes infectées hospitalisées, et des personnes non infectées mais ayant vécu l'événement du phénomène COVID-19 et qui ont consenti librement de participer à notre étude à l'Hôpital Général de Référence de KIKWIT.

2.2.2.2. Critère d'inclusion

Dans cette étude, est considéré comme participant potentiel, toute personne testée positive au COVID-19 hospitalisée et guérie ; tout personnel soignant qui a déjà soigné un patient atteint de COVID-19, et toute autre personne témoin de cet évènement du phénomène COVID-19 dans cette ville et capable de répondre à nos questions.

2.2.2.3. Critère d'exclusion

Tout sujet ne répondant pas à notre critère d'inclusion est automatiquement exclu de notre recherche.

2.3 Echantillonnage.

Dans notre étude, nous avons utilisé la méthode d'enquête avec la technique d'échantillonnage non probabiliste. Nous avons sélectionné une partie du personnel soignant qui a assuré les soins aux patients atteint de COVID-19, et quelques patients guéris de COVID-19 ainsi que quelques volontaires non malades et témoins du phénomène COVID-19.

2.3.1 Taille d'Echantillon.

Parce que la recherche qualitative porte sur le transfert des connaissances de la forme ou du contenu d'un phénomène, ou encore de contribution à la mise en place d'une explication théorique, le but n'étant pas d'inviter un échantillon aléatoire tiré de l'ensemble de la population mais plutôt d'identifier les participants spécifiques qui soit possèdent des caractéristiques pertinentes ou vivent dans des circonstances pertinentes en rapport avec le phénomène sous étude comme COVID-19. (32)

La taille de l'échantillon pour une étude qualitative peut exceptionnellement varier jusqu'à 100 sujets, pourvu que les résultats soient fiables et que la méthode de la recherche utilisée réponde aux principes et critères fondamentaux de la recherche qualitative (33). Comme la plus part des études qualitatives, Nous avons utilisé l'échantillonnage raisonné puisqu'il est plus efficace lorsque l'analyse des données est effectuée conjointement avec la collecte de données (30).

Par rapport à notre étude, Comme pour toute recherche qualitative, nous avons opté de travailler avec vingt personnes dans les groupes de discussion (focus group) parmi lesquelles les personnels soignants, les survivants de Covid-19 et des personnes clé témoins du phénomène COVID-19.

2.4. Collecte des données

La collecte des données nous a pris dix jours, Comme nous l'avons dit, Nous avons animés 2 focus groupes composé de 8 sujets chacun, à l'Hôpital Général de référence de Kikwit c'est-à-dire les infirmiers et les sujets infectés survivants (rescapés). Nous avons aussi organisé des entretiens semi-directifs avec les sujets non infectés de la Covid-19 qui sont les personne ressources en information sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 et sur le type de communication sanitaire instauré lors de l'annonce de cette maladie.

2.4.1 Approche et techniques utilisées

Dans cette recherche, nous avons utilisé deux approches de la phénoménologie à savoir : la phénoménologie empirique transcendantale ou psychologique et la phénoménologie herméneutique par le fait qu'elles sont non exclusives(33)

La méthode utilisée pour la collecte des données est celle de l'enquête sur terrain. Les techniques utilisées pour la collecte des données sont :

- l'organisation des focus group, et
- les entretiens semis directifs.

2.4.2 Déroulement de l'enquête

2.4.2.1 Pré enquête

Le pré enquête avait eu lieu grâce à la lettre de recherche de l'Université et de l'autorisation des autorités de l'Hôpital saint Luc de KISANTU. Nous avons réalisé le pré-test de notre guide d'entretiens dans le dit Hôpital du 14 au 21 Aout 2021 dans la province du Kongo central, Ville située à 120 Km de la ville de KINSHASA. Cette étape nous a permis d'élaguer les ambigüités et certaines incohérences thématiques avant de soumettre la version finale de notre protocole de recherche au comité d'éthique

National de la Santé pour validation et collecte des données proprement dit. C'est pourquoi nous avons enquêté 10 personnes afin de détecter les erreurs et problèmes éventuels dans son contenu.

2.4.2.2 Enquête Proprement dite

Notre enquête a été rendue possible grâce à l'autorisation du comité d'éthique du ministère de santé de la RDC. Après validation de notre protocole de Recherche le 15 octobre 2021, et aussi grâce à la lettre de recherche sollicitée et obtenue auprès des autorités de l'université Sorbonne Paris nord par le biais du titulaire de la chaire de recherche en sciences infirmières par le Professeur Monique ROTHAN TONDEUR. Nous avons réalisé notre enquête à l'hôpital Général de Référence de Kikwit dans la Province du KWILU à 525 Km de KINSHASA (le capital de la RDC). La période de collecte des données est allée du 17 au 25 octobre 2021. Nous avons organisé des focus groupes et les entretiens semi directifs. L'organisation de ces focus groupes s'est tenue dans le but de permettre aux participants de rester concentrés sur la discussion et fournir une qualité des réponses objectives.

Les focus groupes organisés nous ont permis d'analyser les opinions des uns des autres au sein de cette communauté. La représentativité était obtenue par la diversité de notre échantillonnage, et a porté sur les facteurs suivants ; genre homme et femme, le niveau d'éducation (secondaire ou non), le statut professionnel (avec emploi ou sans emploi). Nous avons réalisé au total trois focus groupe en raison d'un focus par catégorie des participants cibles (les infectés, les infectés survivants, et les infirmiers). La composition des différents participants a varié entre 8 à 10 personnes, y compris deux autres personnes complémentaires c'est-à-dire, un facilitateur et un preneur de notes qui sont à la fois traducteur des verbatim. Le preneur des notes avait eu la tâche de noter tous les verbatim fidèlement et l'enregistrement des discussions pour faciliter la compréhension lors de débriefing, en tenant compte de la date, l'heure exacte et du lieu de réalisation. Lors de l'animation de nos focus groupes, nous avons mis nos participants assis en forme de cercle pour faciliter le dialogue, tandis que le facilitateur et le preneur des notes se sont installés au centre pour permettre un bon déroulement des focus. Ces derniers ont duré une heure maximum pour éviter la saturation et la fatigue afin d'obtenir les réponses escompté. Les verbatim ont été enregistrés fidèlement pour faciliter l'enrichissement des notes lors de la traduction.(34)

Les entretiens semis –directifs nous ont permis d'analyser le ressenti des sujets. Les sujets dont question sont issus de trois groupes suivants : Les non infectés, Les infectés survivant de COVI-19, et du personnel soignant infirmier témoins de l'évènement. Tous nos répondants étaient recrutés à l'hôpital Général de Référence de la ville de Kikwit en raison de sa diversité des services des soins, sa capacité

d'accueil très grande, son nombre important en personnels, et sa fréquentation en terme des visites. Comme nous l'avons dit, nous avons utilisé un guide d'entretien qui comprenait des thèmes sur les diversités ci haut mentionnées à partir desquelles nous avons développé nos thèmes (35). Ces entretiens des groupes avaient eu lieu à KIKWIT du 17 au 27 octobre 2021.

2.4.2.3 Instruments de recueil des données

Nous avons utilisé un guide d'entretien comprenant les thèmes de discussion avec les groupes focaux et un questionnaire pour les entretiens semi directifs avec les personnels clé. Nous avons utilisé aussi les dictaphones pour enregistrer les audio lors de collecte des données.

2.4.2.4 Analyse des données

Pour analyser nos données, Nous avons utilisé les diversités liées aux Caractéristiques Sociodémographiques : Sexe ; Niveau d'éducation; statut Professionnel et les Variables relatives à la pandémie de COVID19. Nous avons analysé aussi le type des messages sanitaires transmis par les personnels soignants à la population, le moyen de communication utilisé, les Connaissances sur la contamination; les Connaissances sur les conséquences en cas de non acceptation de vaccin; les Réactions au moment de campagne sur l'acceptation de vaccin. Nous aurons bien utilisé l'Atlas ti vu certaines difficulté d'usage correct de ce logiciel très indispensable pour les données qualitatives, nous avons utilisé le dépouillement manuel en nous basant sur les verbatim et les enregistrements en langue locale.

2.4.2.5. Plan d'analyse des données

C'est la façon dont nous avons fait pour expliquer les verbatim recueillis et enregistrés. Pour le traitement des données, nous avons procédé au dépouillement des verbatim Les informations obtenues lors des entretiens des groupes ont fait usage à l'utilisation de méthode sur l'analyse du contenu. A partir de nos questions, les thèmes ou des catégories ont été développées dont certains avaient des sous-thèmes pour faciliter la présentation des résultats. Le consentement des participants à cette étude a été pour nous une priorité.

2.4.2.6 Contrôle de qualité des données

Au terme de dix journées qu'a duré notre enquête, une vérification systématique des verbatim écrits s'effectuait pour s'assurer du remplissage correct. En cas de biais, nous étions obligés de recourir aux enregistrements en mettant en place la procédure de traduction des différents audio pour s'assurer que tous les contenus des verbatim sont cohérents et précis. Nous étions sensé réécouter les audio enregistrés en langue locale avec toute exhaustivité, cohérence et vraisemblance pour mieux traduire.

2.4.2.7 Difficultés rencontrées et considération éthiques

Pendant l'enquête plusieurs obstacles peuvent faire en sorte que l'enquêteur n'ait pas des informations nécessaires de l'étude. Il s'agit des obstacles liés à l'accessibilité auprès personnes cible (refus des enquêtés à répondre aux questions), à une mauvaise compréhension des questions posées par l'enquêteur à l'enquêté (36). C'est ainsi qu'il nous a été exigé d'utiliser un langage facile et surtout un langage de la contrée de l'étude (Kikongo et Lingala) pour nous permettre un échange direct et compréhensible. A cet effet, sans motivation financière il était difficile de trouver les candidats à l'étude. Les entretiens de groupes étaient difficiles à organiser compte tenu de l'emploi du temps de chacun. IL a fallu beaucoup de patiente pour réunir tous les participants. Pour prendre part à notre étude, nous avons respecté la liberté de nos enquêtés sur terrain afin que chacun d'eux soit à mesure de nous fournir ses connaissances librement. Les participants ont été invités à une stricte discrétion pour en assurer la confidentialité. Nous signalons que toutes ces difficultés étaient surmontées grâce à la collaboration des uns des autres et notre enquête avait bel et bien eu lieu.

CHAPITRE III. PRESENTATION DES RESULTATS

Pour bien présenter les résultats, nous avons créé des thèmes à partir des questions contenues dans notre guide d'entretien. Nous avons classé les résultats en trois catégories ; pour les personnels soignants, les survivant de covid-19 et les résultats issus des entretiens semi directifs avec les personnels ressources (témoins de l'évènement). Avant de développer nos thèmes nous allons d'abord décrire nos participants à l'étude.

Tableau 1 : Description des participants à l'étude

Identification	sexe	Statut professionnel	Niveau d'instruction
Identifiant 1	M	Infirmier	Supérieur

Identifiant 2	M	Infirmier	Supérieur
Identifiant 3	F	Infirmière	Supérieur
Identifiant 4	M	Infirmier	Secondaire (A2)
Identifiant 5	F	Infirmière	Secondaire (A2)
Identifiant 6	F	infirmière	Supérieur
Identifiant 7	F	Infirmière	Supérieur
Identifiant 8	M	Infirmier	Supérieur
Identifiant 9	F	Commerçant	Sans niveau
Identifiant 10	M	Enseignant	Supérieur
Identifiant 11	M	Policier	Secondaire
Identifiant 12	F	Sens emploi	Secondaire
Identifiant 13	F	Sens emploi	Primaire
Identifiant 14	F	Sens emploi	Primaire
Identifiant 15	M	Commerçant	Primaire
Identifiant 16	F	Chauffeur	Secondaire
Identifiant 17	M	Médecin	Universitaire
Identifiant 18	M	Enseignant	Universitaire
Identifiant 19	F	Etudiant	Deuxième licence
Identifiant 20	M	Pasteur	supérieur

3.2.1 RESULTATS OBTENUS CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT SUR TERRAIN

Les soignants ont déclaré que Les moyens disponibles pour la communication contre la Covid-19 dans leurs hôpitaux étaient les affiches, les dépliants, et les banderoles. Selon eux, la communication sanitaire était assurée tout d'abord par la coordination urbaine de la riposte instituée par le Bureau Central de la Zone de Santé qui passait à l'hôpital chaque matin en suite par les voyageurs en provenance de Kinshasa épice de COVID-19. Cependant, ils confirment que cette communication a semé la confusion totale sur l'origine réelle de COVID-19. Non seulement elle était très confuse par ce que chacun expliquait à sa manière cette situation, mais aussi faible et non efficace suite à la qualité de communicateur qui n'avaient aucun profil médical. Elle a été aussi trop faible et moins efficace suite à la frustration. Ce phénomène avait occasionné les spéculations diverses sur son existence et sa prise en charge.

En effet, Plusieurs conséquences sont visibles à l'hôpital à cause de cette maladie, notamment les absences non justifiées des soignants, la baisse sensible du nombre des patients en consultation, l'anxiété, la frustration,

Le message à retenir en cas de campagne de vaccination contre la COVID-19 à l'hôpital devrait être celui de convaincre la population à respecter les mesures barrières comme celles de l'épidémie meurtrière d'EBOLA en 1995 dans cette ville et à l'implication personnel du Dr MUYEMBE déclarent nos enquêtés.

En notre qualité des personnels soignants, nous avouons que la COVID-19 existe, ce qui pose problème c'est l'origine réelle de cette maladie (douteuse), sa prise en charge, et le fait que l'analyse des échantillons ne peut se faire qu'à Kinshasa et emporte plus les adultes. La Mise à jour des connaissances sur la COVID-19 à l'hôpital intervient en suivant le protocole mise en place par le ministère de santé publique de notre pays. Au regard des plusieurs formations suivies par les expériences thérapeutiques sous d'autres cieux, nous disposons en ce jour plusieurs connaissances sur la prise en charge des patients atteints de COVID-19 à partir des différents signes cliniques. Pour les soignants ayant participé à l'étude, l'unique source d'informations fiables sur la COVID-19 est la communication du Dr MUYEMBE.

3.2.3 RESULTATS OBTENUS CHEZ LES GUERIS DE COVID-19 (RESCAPE) SUR TERRAIN

Selon cette deuxième catégorie des répondants, Les moyens disponibles pour la communication contre la COVID-19 dans la communauté sont les radios communautaires et les églises. Pour ces rescapés, la communication contre la COVID-19 était assurée par les relais communautaires et les voyageurs en provenance de la ville de KINSHASA épice de la maladie. C'est pour cela que la communication contre la COVID-19 a entraîné un climat de panique et d'anxiété généralisés. Nous sommes stigmatisés dans la communauté pour avoir souffert de cette maladie. L'origine réelle de cette maladie étant confuse, chaque personne explique ce phénomène à sa manière, Nous avons subi beaucoup de conséquences durant cette maladie notamment celles d'ordre social, économique et physique ont-ils ajouté.

Selon les survivants (rescapés), tout a commencé par des fièvres récurrentes accompagnées des courbatures, parfois aussi la toux et l'écoulement nasale pour les uns. Pour les autres, il s'agissait de douleur thoracique et des céphalées avec notion de toux après chaque cinq minute. Arrivée à l'hôpital le prélèvement était obligatoire. Les résultats se confirmaient deux semaines après que nous soyons déjà mises en quarantaine et parfois sous traitement déjà. Nous étions buté d'accepter toute information possible étant donné que nous étions en quarantaines. La communication des certains soignants nous fortifiaient et nous assuraient l'espoir de survivre. Le message d'espoir à notre possession venait aussi de KINSHASA chez le docteur MUYEMBE chaque fois qu'il passait aux media pour expliquer l'évolution de ce phénomène. Nous avons compris que la meilleur façon de lutter contre la COVID-19, c'est les respects de mesures barrières, la mise en quarantaine, et l'évitement des migrations vers Kinshasa. Cultiver le courage malgré l'anxiété, se faire tester trop tôt et accepter le traitement en évitant la peur.

Les survivants de COVID-19 expliquent leur crainte sur la vaccination suite aux diverses informations négatives qui se véhiculent dans l'opinion sur le boycott de vaccin. Ils étaient vigilants à chaque prise des médicaments. Ils indiquent avoir suivi plusieurs contradictions des messages dans les réseaux sociaux faisant état des manœuvres organisées et planifiées par l'occident pour éliminer la population noire. Signalons que cette déclaration n'a laissé aucune chance à la vaccination contre la COVID-19 confirment-ils.

Les survivants de COVID-19 avaient compris que la maladie existe, mais son ampleur diffère d'un milieu à un autre et d'une personne à une autre à partir des réalités constatées chez eux-mêmes. Nous avons retenu que la COVID-19 est une grippe comme tant d'autres mais qui emporte plus les personnes du troisième âge. Nous avons aussi compris que les enfants sont moins touchés par ce phénomène mystérieux. Aussi nous avons compris que la peur de COVID-19 et la mauvaise communication sanitaire étaient au centre du boycott de vaccin déclarent-ils.

Les survivants de COVID-19 rapportent qu'en EUROPE et aux USA cette maladie a tué beaucoup de personnes tout comme en CHINE et en Afrique du sud. En RDC, la maladie sévit à Kinshasa pour beaucoup de cas selon les informations, à KIKWIT par le mouvement des voyageurs. En réalité il y a beaucoup de doute sur la maladie dans notre milieu car les cadavres de COVID-19 sont privés de leurs familles. C'est pourquoi l'expérience que nous partageons à l'issue de notre hospitalisation est celle de se faire consulter trop tôt en cas de fièvres persistante et de toux incessant. Eviter de se saluer en mains et de s'embrasser doit s'accompagner de port de masques dès lors que le vaccin contre ce phénomène suscite beaucoup de réactions. Ils relayent aussi que l'information sûre à ce phénomène, ne peut provenir que des médecins, des infirmiers, des prêtres de confessions religieuses mais surtout, du Docteur MUYEMBE à qui la communauté fait confiance suite à la lutte contre l'épidémie d'EBOLA de triste mémoire dans la ville de KIKWIT.

3.2.4 RESULTATS OBTENUS A L'ISSU DES ENTRETIENS AVEC LES PERSONNES CLE, NON INFECTEES (TEMOINS DE L'EVENEMENT) PAR LA COVID-19

Les moyens disponibles pour la communication contre la COVID-19 dans cette ville sont les radios communautaires et les téléphones. La communication contre la COVID -19 n'a pas été efficace dans notre milieu. Suite à l'ignorance de l'origine réelle de la maladie et son traitement thérapeutique douteux. Cette cacophonie a plongé la population entière dans une frustration sans précédente. Il est observé une diversité de communication sans profil sanitaire à tous le niveau social à propos du médicament contre la COVID-19. Les gens préfèrent le traitement traditionnel suite aux doutes et la confusion crée sur les réseaux sociaux et les medias locaux. Chacun s'inspire de son expérience de la simple grippe surtout pendant le confinement. Ce phénomène a occasionné les conséquences très néfastes au sein de cette population notamment la mendicité pendant le confinement, la fermeture des écoles et églises fermées, la rareté des produits de première nécessité, le sédentarisme, et le coût cher de la vie. Le manque d'argent visiblement partout occasionnant la baisse de revenu ménager. On note aussi le manque d'hospitalité, phénomène jamais vécu dans la culture africaine.

Le virus était détecté après avoir reçu en urgence un sujet malade en provenance de Kinshasa et en partance pour IDIOFA (cité située à 120Km de Kikwit). Dès l'annonce à la radio confirmant le test positif de ce voyageur, un déplacement massif des populations vers les milieux ruraux est constaté, fouillant le phénomène COVID-19. La communication instaurée contre cette pandémie était frustrante. Les sujets objet de COVID-19 furent souvent stigmatisés. Cette communication n'a pas tenu compte des instructions de l'OMS car n'importe qui diffusait les informations de la maladie selon les réalités des réseaux sociaux. Pour lutter contre cette maladie, il y a lieu d'intensifier la sensibilisation de la population avec une communication adaptée impliquant les leaders d'opinion sans quoi Il est difficile d'instaurer le vaccin contre cette maladie avec succès. Sous nos oreilles, les rumeurs circulent sur l'éventuelle élimination de la race noire par la vaccination. La maladie existe et tue beaucoup, les soignants doivent reprendre le courage d'expliquer à la population la dangerosité sur le refus de vaccin contre cette pandémie. Ils doivent s'inspirer des expériences des autres pays. La source d'information fiable aux informations sur la COVID-19 est la communication de la coordination de la riposte contre la COVID-19 dirigé par le Dr MUYEMBE. On note la multiplicité des messages aux travers les réseaux sociaux, les amies, les confessions religieuse les uns encourage les mesures barrières les autres disent les contraires et la confusion communicationnelle s'observe presque partout à travers cette communauté. La population n'utilise pas les laves mains dotés par les partenaires du secteur de la santé suite à la mauvaise communication diffusé dans réseaux sociaux faisant suite à l'élimination de la race noir. Les croyances traditionnelles trouvent une place très remarquable au sein de la population.

CHAPITRE IV. DISCUSSION DES RESULTATS

Nous allons discuter nos résultats en fonction des trois éléments clés fournis par nos répondants : il s'agit de la compréhension sur la COVID-19 et la communication instaurée contre la COVID-19, l'attitude de la population, des soignants et des rescapés, afin de l'acceptation de vaccin contre la COVID-19. S'agissant de la communication contre la COVID-19 dans cette ville, les résultats de notre étude ont montré que cette communication a été frustrante créant l'anxiété au sein de la population suite à la diversité des canaux communicationnels. Les résultats indiquent que les communicateurs n'avaient pas de profil médical pour adapter le message aux réalités locales, ce qui a créé une cacophonie et des doutes sur l'existence réelle de cette maladie et le refus de son vaccin dans la ville.

Au regard de ces résultats, ils cadrent avec l'annonce de résultat du premier cas confirmé positif dans le bulletin épidémiologique publié par la coordination de la riposte de l'Institut National de Recherche Biologique depuis Kinshasa, quand une frustration et panique furent observées dans toutes les couches sociales au sein de cette communauté. Certains personnels soignant ont boycotté le service, s'improvisant même des congés, d'autres encore ont doublé le coût des soins dans chaque service. Il s'en est observé le déplacement massif de la population vers les milieux ruraux fouillant ainsi la COVID-19 se référant de l'ampleur de l'épidémie de maladie à virus EBOLA en 1995 (37)

Nos résultats vont de pair avec la cacophonie évoquée par les répondants sur la communication rencontrée lors de la COVID-19, ils rejoignent également le démenti du 18 mars 2020 à l'Agence France Presse, d'une fausse information qui circulait sur les réseaux sociaux indiquant que le prof MUYEMBE aurait affirmé une nuance sur la maladie par rapport à la race noire. (1)

Concernant les attitudes des uns et des autres sur ce phénomène, les résultats de cette étude montrent que la frustration, la panique, les doutes sur l'existence de la maladie dans leur milieu et le refus total de vaccin contre la COVID-19 se sont observés à toute tendance de la couche sociale de cette communauté. Il s'observe une stigmatisation systématique à l'égard des survivants de COVID-19, traité des complices pour amplifier la situation afin d'éliminer la population noire selon eux. La population urbaine de KIKWIT estime encore que la maladie est politisée car les politiques veulent imposer le vaccin et s'enrichir d'une part, d'autre part elle perçoit qu'il aurait une complicité politique pour justifier la prorogation des mandataires publics. Ces résultats, s'approchent de l'incertitude des réactions de la Maison Blanche qui a été d'une part accuser les médias de tenter de déstabiliser le gouvernement en place et d'autre part de prendre le risque de provoquer une panique dangereuse au sein de peuples Américain. (12)

Dans une publication Américaine des medias, on a constaté que l'attitude des doutes persistants a plongé des milliers des populations dans l'incertitude sur l'existence de la maladie et sur l'acceptation de vaccin suite à la mauvaise communication sanitaire depuis la sommité des institutions habileté à apaiser les esprits populaire. Pour les chroniqueurs politiques conservateurs : « *le coronavirus est une tentative de la Chine de déstabiliser le gouvernement des États-Unis* »(15).

Certains journalistes avaient estimé que l'émission, étant regardée par plus de 1,4 million de téléspectateurs chaque matin, « représente un réel danger de santé publique », une journaliste y affirmant notamment que c'était « le moment le plus sûr pour prendre l'avion »(38).

Nos résultats ont montré que cette réalité a par la suite rattrapée la ville de KIKWIT car elle partage presque la même culture et les mêmes réalités avec la ville de Kinshasa. Les attitudes des uns des autres étaient dans le même sens. En outre, nos résultats renseignent que les conséquences de COVID-19 ont impacté le vécu quotidien de la population dans la ville de KIKWIT a trois dimensions ; sur le plan économique, social et physique. Cette affirmation est comparable aux attentes du Fonds monétaire international sur les conséquences économiques de la crise sanitaire en RDC probablement sévère à une baisse de -2,2 % du PIB congolais. Le contexte économique va en effet être fortement bouleversé : la RDC est un pays dont son économie ne dépend que de ses partenaires Africains et du reste du monde. A KINSHASA tout comme à KIKWIT, la majorité de la population est vulnérable à cause des conditions de vie précaires. L'annonce de toutes ces mesures barrières était considérée comme une autre catastrophe. En effet, pour les congolais qui vivent du jour le jour des productions quotidiennes, le fait de rester à la maison sans économie sure, a beaucoup contribué, à la détérioration du train de vie. La RDC était déjà dans une situation économique précaire lorsque la pandémie de coronavirus a frappé le pays en mars 2020, laissant derrière elle une économie encore plus dévastée (10).

Nos résultats stipulent que les conséquences sur le plan social étaient visibles partout. Cette réalité s'approche à une explosion des cas de violences domestiques sur les femmes. La hausse du taux de chômage, déjà observée avant l'épidémie, s'intensifie, et une recrudescence des actes de banditisme (braquages à main armée notamment) est observée dans les grandes ville comme à Kinshasa, Kikwit, Lubumbashi, Goma, Kisangani et Matadi pendant le confinement. Des milliers d'enfants ont été privé de l'éducation suite à la fermeture des écoles(1).

Les résultats prouvent que les conséquences physiques étaient liées à la diversité de communication incontrôlée, sur la prévention contre la COVID-19, Certaines personnes se faisaient soignées traditionnellement suite à la panique et faisaient l'automédication se référant de simple grippe dont elles en avaient l'expérience. La communication sanitaire sur la COVID-19 a montré ses limites au début

de la publication de la maladie par le fait que la désinformation avait circulé et rayonnée autour des décideurs politico sanitaires. Par ailleurs dans sa réaction sur la diversité de communication de lutte contre la COVID-19, L'Organisation mondiale de la santé (OMS) déconseille toute automédication avec cette plante, indiquant que rien ne prouve que sa consommation permette de prévenir ou de guérir la maladie ou encore contre le virus (4).

CHAPITRE V. CONCLUSION

Notre étude a porté sur l'expérience des différentes opinions en rapport avec la communication sanitaire contre le phénomène COVID-19 dans la ville de KIKWIT. L'objectif Général de cette recherche était celui de chercher à comprendre l'attitude et l'expérience communicationnelle de la population pendant la COVID-19 afin d'adopter les stratégies préventives adéquates. Pour se faire, nous avons cherché de savoir Comment les personnels soignants, notamment infirmiers, percevaient-ils ce phénomène chez les sujets infectés et les interroger sur l'attitude de la population non infectée. Nous avons également cherché à connaître les réalités de COVID-19 par rapport aux différents types de message reçu après beaucoup de spéculations sur l'éventuelle élimination des Africains.

Pour y parvenir, nous avons émis les Hypothèses au départ et par la suite après que nous ayons interrogés les enquêtés, nous avons trouvé que le message sur la COVID-19 dans cette ville avait suscité beaucoup de réactions négatives au sein de la population, notamment la panique généralisée, l'anxiété et des doutes due à la diversité des canaux d'informations et de profil des communicateurs. Vu que cette étude était qualitative, nous avons utilisé la phénoménologie pour collecter les données et nous avons retenus cette pandémie de COVID19 à KIKWIT comme un phénomène. Pendant les discussions avec nos différents répondants, nous avons aussi compris que le vaccin contre la COVID-19 était loin d'être accepté par la population de KIKWIT suite aux problèmes évoqués précédemment. Cependant, dès lors que le système de communication sanitaire instauré n'était pas compatible avec l'ensemble des habitudes de cette population, et étant donné que certains soignants étaient démotivés d'exercer en toute conscience leur profession suite aux inégalités salariales qui avait occasionné la grève des soignants, un climat des doutes sur l'existence réelle de la maladie, et sur le boycott de vaccin s'est installé partout dans les établissements des soins. Par ailleurs, La qualité des soins avait baissé dans des hôpitaux suite à la crainte et l'incertitude de COVID-19. Certains cas testés positifs étaient abandonnés dans leurs pavillons sans assistances des soignants.

La gestion de cette pandémie avait impliqué des décisions politiques parfois difficiles à respecter scrupuleusement, et souvent douloureuses à tous les niveaux, notamment du fait de conditionner le port des masques à tout le monde sans exception aucune, à tout moment et à n'importe quel endroit. Des rumeurs complotistes et de nuisances sur la méfiance caractérisée par des croyances traditionnelles et religieuses suite aux spéculations erronées, avaient mis en difficulté les œuvres des nombreux partenaires qui venaient accompagner cette crise sanitaires par l'octroi de lave-mains moderne avec des

solutions hydro alcooliques et les thermo flash. C'est pourquoi face à cette situation, nous avons formulé quelques recommandations suivantes :

- aux personnels soignants de tenir compte au premier plan l'intérêt des patient conformément à notre serment de Florence Nightingale, malgré l'inégalité salariale et d'encourager la population à se faire vacciner contre cette maladie. De ne pas craindre, mais plutôt d'être fort et conseiller à la population d'utiliser les mesures barrières à chaque instant. D'innover la qualité des soins en se référant aux conditions actuelles de COVID-19.
- A la population de comprendre que la maladie existe, il faut se protéger tous pour la vaincre par l'acceptation de vaccin et d'éviter de croire aux rumeurs des réseaux sociaux dans les réseaux sociaux.
- Eviter des croyances erronées tendant à la disparition soit élimination des africains notamment la race noir.
- Aux autorités politico sanitaires de notre pays, de responsabiliser la campagne contre la COVID-19 aux personnels soignants pour une meilleure communication, leurs dotés les moyens nécessaires.

Références bibliographiques

1. Martial MK. L'Université de Lubumbashi face à la Covid-19 sur les cités universitaires. *KAS Afr Law Study Libr.* 2021;8(2):191-204.
2. BOUCHEDOUB MF. L'apport du droit international dans l'édification d'une nouvelle gouvernance mondiale de la santé pour l'après COVID-19. *Rev Algér Sci Jurid Polit.* 2021;58(2):1032-56.
3. Lomembe J, Ngewampadio R. EFFETS PERVERS DU COVID-19 SUR LA LIQUIDITE ET L'INFLATION EN RDC. 2021;
4. Kasongo A, Perazzone S, Marchais G, Pole Pole Bazuzi C, Milabyo Kyamusugulwa P, Laudati A, et al. Journaux du confinement: histoires de la pandémie de COVID-19 en RDC et en Sierra Leone. *Afr LSE.* 2021;
5. Cacciatore C, Lorant V. Psychiatrie en état d'urgence sanitaire, la télépratique au service de la santé: le recours aux outils numériques lors de la première vague de pandémie de COVID-19 dans le secteur des assuétudes, une démarche exploratoire auprès de parties prenantes.
6. Organization WH. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks, 2016. URL <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>. 2020;
7. Charlier P. Covid-19 and some ethical issues in France. *Ethics Med Public Health.* 2020;14:100510-100510.
8. Torres LPV. Taches de La Peste: domination et insoumission chez Camus. Peter Lang; 2019.
9. Yu M, Li Z, Yu Z, He J, Zhou J. Communication related health crisis on social media: a case of COVID-19 outbreak. *Curr Issues Tour.* 2021;24(19):2699-705.
10. KASILAM WK. La limitation des droits économiques, sociaux et culturels en RDC pendant la période de l'état d'urgence sanitaire: état des lieux, défis et perspectives. *KAS Afr Law Study Libr.* 2021;8(1):91-103.
11. Mbilu YL. COVID-19: BEHAVIOR OF PUBLIC FINANCES TOOLS IN DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO. ECONOMIC SITUATION AND PERSPECTIVES. *Theor Pract Res Econ Fields TPREF.* 2021;12(23):50-9.
12. MUHIMA MA. Les institutions spécialisées de riposte contre le covid-19 et la promotion de l'état de droit en RDC: état des lieux, défis et perspectives. *KAS Afr Law Study Libr.* 2021;8(1):82-90.
13. NKASHAMA SKK. Etat d'urgence sanitaire pour faire face à l'épidémie de covid-19 en République Démocratique du Congo. *KAS Afr Law Study Libr.* 2021;8(1):44-53.
14. Lepage C. Explorations en terre animale. EDP sciences; 2021.

15. El Bhiri Z, Labari B. Le coronavirus à l'assaut des villes Pour une approche interdisciplinaire de la crise sanitaire. 2021.
16. Silva T, Maciel R, Florencio L, Machado Santos S. Strategies for the improvement of home medical waste management during the COVID-19 pandemic. *J Air Waste Manag Assoc.* 2021;(just-accepted).
17. Oger A. Réémergence du virus Ebola dans un contexte de Covid-19. *Actual Pharm.* 2021;60(608):36-9.
18. TUMBA S, YEMEY L. L'impact de la COVID-19 sur la mission en République Démocratique du Congo: une lecture théologico-missiologique. *Carrefour Congo.* :61.
19. Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control.* 2020;48(6):592-8.
20. Comtois I, White B. Vulnérabilité et résilience sociales en contexte de pandémie. In 2021.
21. Penteado CSG, de Castro MAS. Covid-19 effects on municipal solid waste management: What can effectively be done in the Brazilian scenario? *Resour Conserv Recycl.* 2021;164:105152.
22. mondiale de la Santé O. COVID-19 stratégie de communication sur les risques mondiaux et d'engagement communautaire, décembre 2020-mai 2021: orientations provisoires, 23 décembre 2020. Organisation mondiale de la Santé; 2021.
23. Malecki KM, Keating JA, Safdar N. Crisis communication and public perception of COVID-19 risk in the era of social media. *Clin Infect Dis.* 2021;72(4):697-702.
24. Le Goff J-P. La société malade: Comment la pandémie nous affecte. Stock; 2021.
25. KATAYI DK. Les leçons de la COVID-19 en RDC: une incertitude théâtralisée? *Carrefour Congo.* :43.
26. Pole Pole Bazuzi C, Marchais G. Cachez ce nez que je ne saurai voir!: Les nombreux visages du masque à l'est de la RDC [Internet]. *Africa at LSE. London School of Economics and Political Science;* 2021 [cité 11 nov 2021]. Disponible sur: <https://blogs.lse.ac.uk/africaatlse/>
27. Nyandu K. Covid-19 et confinement :: *Ann Fac Sante Dév Communaut.* 17 oct 2020;1(3):32-47.
28. Greenberg A, Huber BR, Liu DX, Logue JP, Hischak AMW, Hart RJ, et al. Quantification of Viral and Host Biomarkers in the Liver of Rhesus Macaques: A Longitudinal Study of Zaire Ebolavirus Strain Kikwit (EBOV/Kik). *Am J Pathol.* 1 juill 2020;190(7):1449-60.
29. Morvan JM, Nakouné E, Deubel V, Colyn M. Ecosystemes forestiers et virus Ebola. *Bull Soc Pathol Exot.* 2000;93:172-5.
30. Noveiri MJS, Shamsaei F, Khodaveisi M, Vanaki Z, Tapak L. Concept d'adaptation chez les conjoints de femmes iraniennes atteintes du cancer du sein: étude qualitative basée sur une approche phénoménologique. *Can Oncol Nurs J.* 2021;31(3):322.

31. Engberink AO, Carbonnel F, Lognos B, Million E, Vallart M, Gagnon S, et al. Comprendre la décision vaccinale des parents pour mieux accompagner leurs choix : étude qualitative phénoménologique auprès des parents français. *Can J Public Health*. 1 nov 2015;106(8):e527-32.
32. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide. *Rech Qual*. 2006;5:99-111.
33. Sckopke C. L'expérience que les étudiant (e) s francophones inscrit (e) s au baccalauréat en sciences infirmières ont à intégrer l'offre active dans des milieux de stages majoritairement anglophone étude phénoménologique [PhD Thesis]. Laurentian University of Sudbury; 2020.
34. Dantini M. « Indifferenza » o altro. Per una storia del surrealismo figurativo in Italia (longue durée). 2021;
35. McMahon G, Şerifoğlu TE, Steadman SR. The Duration of Village Life through the Ages. *J East Mediterr Archaeol Herit Stud*. 2019;7(3):35
36. Simons G, Segatto A, Van Hoof F, Vanhoof J. Quand une identification superficielle des ressources mobilisées dans une tâche de communication complexe en langue moderne conduit à des obstacles d'apprentissage et à des risques d'inégalité. 2020;
37. Mayhew SH, Kyamusugulwa PM, Bindu KK, Richards P, Kiyungu C, Balabanova D. Responding to the 2018–2020 Ebola Virus Outbreak in the Democratic Republic of the Congo: Rethinking Humanitarian Approaches. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:1731.
38. MINGA CS. La collaboration des pouvoirs publics dans le contexte de lutte contre la pandémie de covid-19 en République Démocratique du Congo. *KAS Afr Law Study Libr*. 2021;8(1):54-81.

Annexes

Annexe 1 : Avis du comité National d'éthique de la santé pour la collecte de données sur terrain

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
 COMITE NATIONAL D'ETHIQUE DE LA SANTE – CNES –




Arrêté Ministériel n°1250/CAB/MIN/S/ZKM/043/MC/2006 du 18 Décembre 2006
N° d'enregistrement au U.S. Department of health and Human Services (HHS) : IORG0008558/IRB
N° d'enregistrement au Federalwide Assurance (FWA) : 00026293

Avis du Comité National d'Ethique de la Santé n°298/CNES/BN/PMMF/2020 du 15/10/2021

Kinshasa, le 15 Octobre 2021

A Monsieur LUPWENGE KAICHA John
 Université Sorbonne Paris Nord
 UFR Santé, Médecine, Biologie humaine
 Laboratoire Educations et Pratiques de santé
 UR 3412
Principal Investigateur

Concerne : Approbation éthique du protocole de recherche portant sur «Expérience de la communication sanitaire dans le contexte de COVID-19 au sein d'une communauté. Cas de la ville de Kikwit en RDC »

Monsieur le principal Investigateur,

Le Comité National d'Ethique de la Santé du Ministère de la Santé de la République Démocratique du Congo a bien reçu pour approbation éthique le protocole de recherche dont le titre est repris en concerne et vous en remercie.

Après l'examen de votre étude selon les lignes directrices nationales d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains du Ministère de la santé de notre pays, le Comité National d'Ethique de la Santé a approuvé votre recherche et donné son approbation éthique.

Il autorise son déroulement à Kikwit dans la province du Kwilu pour la période allant du 15 Octobre 2021 au 14 Octobre 2022.

Veillez agréer, Monsieur l'Investigateur principal, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Professeur Félicien MUNDAY MULOPO
 Président du Comité National d'Ethique de la Santé
 République Démocratique du Congo



Siège Administratif : Immeuble PNMLS, 1er Niveau, Local 5, Commune de Kasa-Vubu -
 Contact : (+243) 99 84 19 8 16, 0817670287, fell1munday@yahoo.fr. , Compte bancaire :
 BIC : FICIBANK CD - usd - cpte CNES N°00019 00001 02015196701 24

SHOT ON itel
 AI DUAL CAMERA

Annexe 2 : façades de l'Hôpital Général de KIKWIT (lieu de notre enquête)





Annexe 3 : Animation des focus groupes avec et les survivant des COVID-19

Annexe 4 : Animation des focus groupes avec les soignants



Annexe 5 : Message d'encouragement après l'animation des focus à l'hôpital sur la prévention contre la Covid-19.



modern soins





MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

PROVINCE DE KINSHASA

Division Provinciale de la Santé de KINSHASA

Zone de Santé de BANDALUNGWA

ATTESTATION DE STAGE N° 015/2021

Je soussigné **Dr SONNY MBEMBE**, Médecin chef de zone de santé de BANDALUNGWA à Kinshasa/RDC, atteste par la présente que **Mr John LUPWENGE KAICHA** a presté dans notre institution en qualité de stagiaire dans le cadre du programme de Master 2 en Recherche et Innovation en Soins de l'Université Sorbonne Paris Nord dans la période allant du 15 au 20 Aout 2021.

Vu son sujet de mémoire sur la COVID-19 très indispensable, l'intéressé a eu à participer avec succès aux activités ci-après : réunion de l'Equipe Cadre de la zone de santé, aux activités de communication des risques et engagement communautaire sur la COVID-19 et suivi psychothérapeutique des patients testés positif au COVID-19.
Cette attestation lui est délivré pour faire valoir ce que de droit.

Fait à Kinshasa ce 5 septembre 2021

Dr. SONNY MBEMBE MD, MPh

Médecin chef de zone



Bureau central de la zone de santé de Bandalungwa, Avenue ANGO-ANGO N°389 / Tél : +243810596976. (BCZS-BANDAL)

Annexe 6 : les lave-mains locales



GUIDE D'ENTRETIEN AUX FOCUS GROUPES

Cibles :

Date : _____ Heure du début de la discussion : _____

Facilitateur _____ Heure de la fin de de la discussion _____

Preneur de notes _____ Nbre de Participants _____

Zone de santé : _____

Hôpital : _____

Lieu/Province : _____

Caractéristiques du groupe :

Sexe _____

Langue Utilisée _____

Composition du groupe :

N°	Nom et Prénom	sexe	Statut professionnelle	Niveau d'étude
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Introduction

Avant tout, nous aimerions vous remercier pour avoir répondu à notre invitation et aussi pour votre disponibilité. Je m'appelle **JOHN LUPWENGE KAICHA** et je suis étudiant en master II à l'université Sorbonne Paris Nord en France. Nous sommes ici dans le cadre de collecte des données pour la rédaction de notre mémoire intitulé : **Expérience de la Communication Sanitaire dans le contexte de Covid-19 au sein d'une Communauté « Cas de la ville de Kikwit en RDC ».**

Nous avons conçu une série de questions qui aideront à comprendre l'expérience de la communication sanitaire pendant la Covid-19 par votre communauté et nous aimerions demander ce que vous pensez à ce sujet. Nous aimerions que vous vous sentiez à l'aise, car vos *opinions sont importantes*. Elles pourront beaucoup aider le Ministère de la santé, à améliorer la qualité de message à transmettre à la population. Vos avis resteront confidentiels et ne seront utilisés que dans le but d'apporter un complément d'informations. C'est pourquoi les points de vue de tous les participants nous intéressent parce qu'il n'y aura ni bonne réponse ni mauvaise réponse. Pour question de fiabilité de la mémoire et de correction éventuelle des notes qui seront prises, nous vous demandons la permission d'enregistrer cette discussion. A présent, nous allons nous présenter l'un après l'autre avant de continuer.

Maintenant, nous voudrions vous poser quelques questions :

1. Dans cette ville (hôpital), les moyens de communication disponibles sont.....
2. Dans cette ville (hôpital), qui assurent la communication sanitaire contre la covid-19
3. Comment évaluez-vous cette communication contre la Covid-19
4. Les conséquences en cas de covid-19 sont.....
5. Pour vous, comment la Covid-19 avait été détecté dans votre milieu.....
6. Pour vous le type de communication contre la Covid-19 est.....
7. Comment lutter contre la Covid-19
8. Comment appréciez-vous l'administration d'un vaccin contre la Covid-19.....
9. Si campagne de sensibilisation quelle est le message que vous avez retenu
10. 10. comment avez-vous entendu parler de la Covid-19.
11. Comment mettez-vous à jour vos connaissances sur la COVID-19
12. Quelle source d'information trouver vous fiable

Conclusion :

Merci pour votre participation et disponibilité, nous sommes arrivés à la fin de notre séance.