



Listes de contenus disponibles sur: [Scholar](#)

IMPACT DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES SUR LA PREVALENCE DES MALADIES HYDRIQUES ET FECO-ORALES DANS LA ZONE DE SANTE URBANORURALE DE MASA/RDCONGO

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

IMPACT DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES SUR LA PREVALENCE DES MALADIES HYDRIQUES ET FECO-ORALES DANS LA ZONE DE SANTE URBANORURALE DE MASA/RDCONGO ☆

KIBAU EMMANUEL Emmanuel ¹

1. Assistant, ISTM-KISANTU

Received 12 September 2024; Accepted 51 November 2024

Available online 25 November 2024

ARTICLE INFO

Keywords:

Impact

Interventions

Communauté

Prévalence

Maladies

ABSTRACT

Résumé

En abordant cette thématique, nous avons voulu contribuer dans l'amélioration des conditions de vie des populations, qui dans leurs milieux de vie sont susceptibles de nuire à l'état de santé des individus de la ZS de Masa. Cependant, les personnes vivants dans l'aire de santé ayant intégré le programme VA, jettent les déchets où ils veulent, quand ils veulent et comme ils veulent sans gêne ni vergogne. Quant à la question de l'insalubrité, ils en parlent avec mépris sans retenue ni réserve d'aucune sorte tout en rejetant la responsabilité sur les services étatiques qui auraient failli à leur mission régaliennne.

Les résultats finaux de notre étude indiquent qu'aucun village ayant intégré le programme national village assaini et déclaré assaini par les autorités sanitaires, ainsi, l'impact des maladies diarrhéiques est resté à ce jour très élevé, soit à 23,6% dans la zone de santé au lieu d'être à ≤5% tel que recommandé par le programme.

Abstract in English

By addressing this theme, we wanted to contribute to improving the living conditions of populations, who in their living environments are likely to harm the state of health of individuals in the Masa ZS. However, people living in the health area who have joined the VA program, throw waste where they want, when they want and how they want without embarrassment or shame. As for the question of unsanitary conditions, they speak of it with contempt without restraint or reservation of any kind while blaming the state services for failing in their sovereign mission.

The final results of our study indicate that no village having integrated the national sanitized village program and declared sanitized by the health authorities, thus, the impact of diarrheal diseases has remained very high to date, i.e. at 23.6% in the health zone instead of being at ≤5% as recommended by the program.

INTRODUCTION

La participation communautaire englobe les moyens de prise en charge de leur propre santé et de l'améliorer en faisant des bons choix. Dans le domaine de l'eau, hygiène et assainissement avec la participation active des communautés et dans un esprit d'auto responsabilité et d'auto-détermination.

Notre constat était sans appel sur l'insalubrité permanente et croissante caractérisée par la prolifération des immondices et présence des matières fécales dans les zones à défécation à l'air libre dans la zone de santé urbanorurale de Masa, se trouvant dans la cité de Kasangulu, Province du Kongo central. Cette zone de santé a intégré le programme national village assaini. Cependant, les personnes vivants dans l'aire de santé ayant intégré le programme VA, jettent les déchets où ils veulent, quand ils veulent et comme ils veulent sans gêne ni vergogne. Quant à la question de l'insalubrité, ils en parlent avec mépris sans retenue ni réserve d'aucune sorte tout en rejetant la responsabilité sur les services étatiques qui auraient failli à leur mission régaliennne.

En parlant de ce sujet, nous avons voulu apporter notre coup de main dans la démarche de l'amélioration des conditions de vie des populations.

II.MATERIEL ET METHODES

II.1.1 Description du terrain d'étude

II.1.1.1 Historique du lieu d'étude

La zone de santé urbanorurale de MASA est une entité Etatique, la plus jeune ZS de la province du Kongo central créée en 2002. Elle est située dans le territoire de Kasangulu à 42 km au sud-ouest de la ville province de Kinshasa et à 320 km de la ville portière de Matadi. Elle subdivisée en quatorze aires de santé, dont une seule ayant intégré le programme village assaini, il s'agit de l'aire de santé BANNA. Elle est composée de 3 secteurs administratifs, notamment Kasangulu, Luila et Lukunga.

Des limites : la zone de santé de de Masa est limitée au Nord par la zone de santé Mongafula1 et 2, au Sud par la zone de

Considérant que l'accès à l'eau potable et à l'assainissement ainsi que le lavage correct des mains, sont des enjeux de haute portée de notre ère au regard de leur pertinence sur la vie humaine, ceci est la quintessence même de notre étude car aucun peuple ne peut s'en passer dans le monde entier.

Au vu de ce qui précède, nous nous sommes posés la question ci-après : Quel est l'impact des actions communautaires menées dans le cadre du programme village assaini sur la prévalence des maladies diarrhéiques dans la ZS urbano rurale de MASA ? Se référant au reflet de l'insalubrité permanente et croissante, constatée dans la zone de santé de Masa, et au rapport du premier semestre 2021 de la zone de santé sur la prévalence de maladies diarrhéiques, nous pensons que les interventions communautaires du village assaini ne réduiraient pas sensiblement le taux de la prévalence de maladies diarrhéiques au seuil consenti de programme ($\leq 5\%$) dans les villages déclarés assainis. Le but de notre étude est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population par la réduction de la charge de morbidité due aux des maladies diarrhéiques dans la ZS urbanorurale de MASA.

santé de Sona-bata, à l'Est par la zone de santé de Nsele et Masuku2 et à l'Ouest par le fleuve Congo.

II.1.2 Population d'étude

La population cible de cette étude est constituée des chefs de ménages ayant 20ans+ révolus et qui habitent les villages certifiés assainis de la zone de santé urbanorurale de MASA au moins 3 dernières années. Pour choisir les unités statistiques qui devraient faire partie de notre étude, nous avons fixé les critères ci-après : Les chefs de ménages de 20ans+ ayant habité le village 3 dernières années ; Les chefs de ménages présents dans les ménages lors de notre enquête ; Les chefs de ménages disposés de répondre à nos

questions d'enquête ;

II.2 Méthode

Pour notre étude, il s'agit de la méthode d'enquête CAP (connaissances, attitudes et pratiques) sur terrain au sein de la communauté cible de l'étude. L'instrument de mesure ou l'outil de collecte des données est un moyen qui sert à enregistrer des données numériques et relatives à l'objet de recherche.

Pour le présent travail, nous avons utilisé un questionnaire guide d'entretien comme outil de collecte des données dans les ménages ayant des questions fermées et ouvertes, en suite l'interview de chefs des ménages couplé à l'observation et revue documentaire ont été choisies comme techniques de collecte des

données.

Les qualités d'un instrument de collecte des données notamment :

- La validité (précision) : quand l'instrument mesure correctement ce qu'il est censé mesurer.
- La fiabilité (constance) : quand l'instrument produit les mêmes résultats à des moments différents chez une même unité statistique.

Dans le cadre de cette étude, notre recherche se réalise sur un échantillonnage probabiliste en grappes systématique, composé d'une taille des 165 échantillons ou unités statistiques obtenus par la formule du Fisher ci-après :

Formule :

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}$$

n= taille de l'échantillon

Z = 1,96² (valeur de z qui exprime le niveau de confiance fixé à 95%)

p = prévalence ou les cas malades (0,11) selon la zone de santé

q = 1-p (1-0,11) ou les cas non malades

d² = précision de la marge d'erreur souhaitée autour du plus valu ou petit « p » fixée à 5%

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,11 \times 0,89}{0,05^2} = \frac{3,84 \times 0,11 \times 0,89}{0,0025} = \frac{0,3759}{0,0025} = 150,36 + 10\% \text{ de } 150 = 165 \text{ échantillons à enquêter.}$$

III.RESULTATS

Tableau VI. Caractéristiques sociodémographiques et culturelles enquêtées.

Dans ces deux premiers tableaux, nous analysons les résultats pour déceler les tendances entre les variables.

Variables	Effectif (n=165)	Pourcentage
Age		
20 – 39ans	59	35,7%
40 – 59ans	67	40,6%

60 et plus	39	23,6%
Sexe de répondants		
Masculin	57	34,5
Féminin	108	65,4
Niveau d'étude		
Universitaire	37	22,4
Secondaire	75	45,4
Primaire	47	28,4
Sans niveau	12	7,2
Statut matrimonial		
Marié et/ou union libre	129	78,1
Veuf (veuve)	20	12,1
Divorcé/séparé	16	9,6
Confession religieuse		
Musulmane	12	7,2
Protestante	22	13,3
Catholique	37	22,4
Kimbanguiste	23	13,9
Eglise réveil	54	32,7
Autres églises (chrétiennes)	17	10,3
Profession/Occupation		
Fonctionnaire de l'Etat	21	12,7
Commerçant / débrouillard	57	34,5
Paysan (cultivateur)	83	50,3
Sans occupation	4	2,4

Les résultats repris dans le tableau VI, indiquent que 40,6% de sujets enquêtés représentaient la tranche de 40-59ans majoritairement représentés; les 65,4%, de nos répondants sont des femmes ; 45,4% ont le niveau d'étude secondaire ; 78,1% sont des mariés ou vivant en union libre ; 32,7% sont de l'église de réveil et 50,3% de répondants sont des paysans ou cultivateurs.

Tableau VII. Fonctionnement du comité village assaini.

Variables	Effectif	Pourcentage
(n=165)		
L'effectif des membres est assuré		
Oui	45	27,2
Non	120	72,7

La représentativité des membres est assurée			
	Oui	78	47,2
	Non	87	52,7
Présence de PV des réunions mensuelles tenues avec listes de présence			
	Oui	45	27,2
	Non	120	72,7
Le chronogramme mensuel des activités disponible			
	Oui	38	23
	Non	127	76,9

Le tableau VII, renseigne que 72,7% de ménages reconnaissent que l'effectif de membres des comités n'est pas assuré ; 52,7% de répondants pensent que les comités village assaini ne sont pas représentatifs en termes de genre et 23% de comités disposent leur planification mensuelle des activités, mais en rapport avec leur opérationnalité ou le dynamisme, 27,2% de comités disposent des PV des réunions mensuelles tenues avec listes de présence.

Tableau VIII. Accès et utilisation de l'eau potable dans le ménage.

Variables	Effectif	Pourcentage
(n=165)		
Source aménagée		
	Oui	133 80,6
	Non	32 19,3
Puits protégé		
	Oui	26 15,7
	Non	139 84,2
Eau de robinet		
	Oui	37 22,4
	Non	128 77,5
Récipient de puisage est propre et fermé		
	Oui	86 52,1
	Non	79 47,8
Autres		
	Oui	26 15,7
	Non	139 84,2

Les résultats obtenus du tableau VIII renseignent que 80,6% de ménages enquêtés utilisent une source aménagée ou un point d'eau amélioré et 15,7% des ménages utilisent de l'eau provenant des points non améliorés.

Tableau IX. Utilisation de latrine hygiénique dans le ménage.

Variables	Effectif (n=165)	Pourcentage
Existence de la toilette		
Oui	90	54,5
Non	75	45,4
Sans odeur		
Oui	57	34,5
Non	108	65,4
Sans matières fécales sur le plancher		
Oui	57	34,5
Non	108	65,4
Sans mouches		
Oui	57	34,5
Non	108	65,4
Avec couvercle		
Oui	41	24,8
Non	124	75,1
Avec un abri décent		
Oui	63	38,1
Non	102	61,8

Il ressort du tableau IX que, 54,5% des ménages enquêtés disposent des latrines dont 34,5% sont sans odeur, sans matières fécales sur le plancher et sans mouches c'est-à-dire hygiéniques ; 75,1% ne disposent pas des couvercles et 61,8% de latrines n'ont un abri décent.

Tableau X. Evacuation hygiéniques des ordures ménagères dans le ménage et nettoyage du village.

Variables	Effectif (n=165)	Pourcentage
Présence de trou à ordures		
Oui	69	41,8
Non	96	58,1
Présence de matières fécales dans les ménages et dans les ZDAL		
Oui	59	35,7

Non	106	64,2
Propreté du village est assurée		
Oui	31	18,7
Non	134	81,2

Le tableau X, renseigne que 41,8% de ménages enquêtés disposent d'un trou à ordures ménagères ; 35,7% de ménages pratiquent la défécation à l'air libre, enfin 18,7% des ménages enquêtés reconnaissent que leurs villages sont nettoyés au moins une fois le mois.

Tableau XI. Lavage correcte des mains dans le ménage.

Variables	Effectif (n=165)	Pourcentage
Après avoir utilisé la latrine		
Oui	81	49
Non	84	50,9
Après avoir changé les couches de bébé		
Oui	65	39,3
Non	100	60,6
Avant d'allaiter		
Oui	48	29
Non	117	70,9
Avant de préparer la nourriture		
Oui	101	61,2
Non	64	38,7
Avant de manger		
Oui	154	93,3
Non	11	6,6
Utilise du savon et de l'eau propre qui coule pour se laver les mains		
Oui	106	64,2
Non	59	35,7

Les résultats du tableau XI, susmentionné renseignent que 93,3% des ménages enquêtés se lavent les mains avant de manger et 64,2% utilisent du savon et de l'eau propre qui coule pour se laver les mains.

Tableau XVII. Analyses bi-variées ou croisées

Relation entre l'impact du programme village assaini (survenue des maladies diarrhéiques) et certains facteurs potentiels

(des pratiques en EHA).

Facteurs/pratiques	Maladies diarrhéiques		Total (165) N(%)	Exact de Fisher	<i>DII</i>	<i>P</i>
	Oui N	Non n				
Utilisation d'un point d'eau aménagé par les ménages				89,7	1	0,000*
Non	28	4	32(19,4)			
Oui	11	122	133(80,6)			
Utilisation des latrines hygiéniques par les ménages				16,29	1	0,000*
Non	36	72	108(65,5)			
Oui	3	54	57(34,5)			
Evacuation hygiénique des ordures ménagères				24,45	1	0,000*
Non	36	60	96(58,2)			
Oui	3	66	69(41,8)			
Lavage correcte des mains par les ménages				70,9	1	0,000*
Non	35	21	56(33,9)			
Oui	4	105	109(64,1)			
Total	39(23,6)	126(76,4)	165(100)			

Les analyses bi-variées au tableau XVII, établissent la relation qu'il y a entre les variables indépendantes et la variable dépendante. Toutes les variables indépendantes ont été en relation statistiquement significative avec la survenue ou non des maladies diarrhéiques : l'utilisation d'un point d'eau aménagé par les ménages (Test exact de Fisher=89,7 ; $dll=1$; $p0,000$) ; l'utilisation des latrines hygiéniques par les ménages (Test exact de Fisher =16,29 ; $dll=1$; $p0,000$) ; l'évacuation hygiénique des ordures ménagères (Test exact de Fisher =24,45; $dll=1$; $p0,000$) et le lavage correcte des mains par les ménages (Test exact de Fisher =70,9 $dll=1$; $p0,000$). Ceci veut dire qu' en dépit d'une relation statistique significative qu'il y a entre les variables de l'étude, les interventions communautaires du programme village assaini n'ont pas eu un impact positif pouvant réduire sensiblement la prévalence des maladies diarrhéiques à $\leq 5\%$ dans les villages soi-disant assainis au regard des résultats de notre plus-value ; c'est-à-dire plus la communauté observe les pratiques clé en eau, hygiène et assainissement, plus il y aurait moins des maladies diarrhéiques et plus la communauté s'en fiche, plus il y a augmentation des maladies diarrhéiques dans les ménages.

IV. DISCUSSION DES RESULTATS

Il sied de rappeler que, l'e but poursuivi du programme national village assaini est de réduire la charge de la morbidité des maladies diarrhéiques dans les villages par des actions d'hygiène, eau et assainissement, et cela avec la participation active de membres des communautés bénéficiaires du programme. Selon le ministère de la

santé publique, hygiène et prévention de la république démocratique du Congo, le taux de prévalence acceptable des maladies diarrhéiques dans un village assaini doit être $\leq 5\%$.

Concernant notre étude, l'objectif général était d'évaluer l'impact des interventions communautaires réalisées dans le cadre du programme village assaini sur la prévalence des maladies diarrhéiques dans la ZS urbanorurale de MASA à Kasangulu, Province du Kongo central. Les résultats que nous avons obtenus

de cette étude sont interprétés de la manière suivante :

En rapport avec les caractéristiques sociodémographiques et culturelles de répondants, il en résulte que la tranche d'âge majoritaire de sujets représentait 40,6% ; les 65,4% de répondants interviewés étaient de sexe féminin, cela peut se justifier par le simple fait que, ce sont des mamans qui participent plus aux séances d'animation communautaires en matière d'EHA par rapport aux hommes ainsi que leur disponibilité dans les ménages souvent remarquable pendant notre enquête.

La plupart de nos répondants, soit 45,4%, avaient un niveau d'étude secondaire, le niveau d'éducation est un élément important dans le processus de changement des comportements. La prédominance de ce niveau d'étude parmi nos répondants serait due à plusieurs facteurs notamment, facteur économique c'est-à-dire faibles moyens financiers de ménages pour pouvoir poursuivre les études supérieures, et facteurs socioculturels entre autre, le mariage précoce de la jeune fille qui empêche cette dernière à poursuivre ses études au niveau supérieur et universitaires.

En rapport avec le statut matrimonial, 78,1% de nos répondants étaient des mariés ou vivant en union libre ; 32,7% étaient de l'église de réveil et les 50,3% de nos répondants étaient de paysans ou cultivateurs, cette situation serait due au taux de chômage très élevé dans nos communautés puisque l'Etat congolais ne dispose pas une bonne politique d'emploi.

En rapport avec les normes du programme village assaini édictées par le ministère de la santé publique, hygiène et prévention de la RDC, il ressort de différents tableaux ci-haut présentés, avec des résultats y afférents, notamment le tableau VII, seulement 27,2% sur 50% au moins des chefs de ménages enquêtés reconnaissent avoir un comité village assaini dynamique dans leur village. Cette situation serait due, soit à l'abandon délibéré de certains membres de comités, soit par le déplacement prolongé de ces derniers de leurs villages respectifs.

Les résultats du tableau VIII, renseignent que 80,6% sur au moins 80% de nos répondants consomment de façon naturelle de l'eau provenant d'un point amélioré, ainsi ils atteignent le niveau 5 de la pratique ayant accès et utilisation de l'eau potable.

Le tableau IX, renseigne que 34,5% sur au moins 80% des ménages enquêtés utilisent une latrine hygiénique, cette faible utilisation systématique des latrines hygiéniques par des ménages enquêtés serait due à la faible appropriation des acquis du programme par les membres des communautés d'une part, et au non-respect des critères d'adhésion de villages au programme VA par le BCZ tels que décrits au PAS 0 d'autre part.

Il ressort également du tableau X, que seulement 41,8% sur au moins 80% de ménages enquêtés évacuent hygiéniquement leurs ordures ménagères et 18,7% des enquêtés reconnaissent que leurs villages sont nettoyés au moins une fois le mois et sont propres. Ces résultats infimes sont dus au manque de responsabilité des ménages sur leur propre santé et celle des membres de l'équipe cadre de la zone de santé dans l'accompagnement de villages.

Le tableau XI, renseigne que 64,2% sur au moins 60% de ménages enquêtés se lavent correctement les mains pendant les moments critiques c'est-à-dire, une norme maintenue dans les villages après certification. Les résultats du tableau XII, démontrent que 73,9% sur au moins 70% de ménages enquêtés connaissent les voies de transmission des maladies hydriques et féco-orales ainsi que les moyens de les prévenir suite aux enseignements reçus dans le cadre du programme village assaini par l'équipe de soutien et celles de facilitation locale.

Il ressort du tableau XIII, que seulement les trois normes sur les sept prévues par le programme sont maintenues dans les villages où notre étude a eu lieu notamment norme 2, 5 & 6, mais les quatre autres normes sont perdues, à l'occurrence norme 1, 3, 4 & 7. Par conséquent, tous les villages où notre étude a eu lieu ont perdu leur statut assaini, car le principe est celui de maintenir le plus longtemps possible toutes les 7 normes dans chaque village certifié assaini sans en perdre une seule.

Les résultats du tableau XIV, représentent le reflet de la situation en EHA des villages cibles avant leur intégration dans le programme et après leur certification comme étant villages assainis, c'est-à-dire que la situation en EHA était dégueulasse avant leur intégration dans le programme et elle reste tout de même préoccupante trois ans après leur certification, car les défis à relever dans ces villages en matière de l'EHA sont légion.

Au niveau du tableau XV, il fait remarquer le niveau d'atteinte des pratiques en eau, hygiène et assainissement de ménages enquêtés, dont les 3 normes maintenues représentent les niveaux 4 & 5, mais les 4 normes perdues représentent les niveaux 2 & 3 du tableau.

Il ressort du tableau XVI, la notification de maladies hydriques et féco-orales ou diarrhéiques endéans 2 semaines qui ont précédé notre enquête dans les ménages. Ce tableau démontre l'impact des maladies diarrhéiques à un seuil élevé, soit 23,6% par rapport à celui recommandé par le programme village assaini ($\leq 5\%$).

Conformément XVII sur les analyses bi-variées, ces dernières établissent la relation qu'il y a entre les variables indépendantes et la variable dépendante. Toutes les variables indépendantes ont été en relation statistiquement significative avec la survenue ou non des maladies diarrhéiques : l'utilisation d'un point d'eau aménagé par les ménages (Test exact de Fisher = 89,7 ; $dll=1$; $p0,000$) ; l'utilisation des latrines hygiéniques par les ménages (Test exact de Fisher = 16,29 ; $dll=1$; $p0,000$) ; l'évacuation hygiénique des ordures ménagères (Test exact de Fisher = 24,45 ; $dll=1$; $p0,000$) et le lavage correcte des mains par les ménages (Test exact de Fisher = 70,9 $dll=1$; $p0,000$). Ceci veut dire qu' en dépit d'une relation statistique significative qu'il y a entre les variables de l'étude, les interventions communautaires du programme village assaini n'ont pas eu un impact positif pouvant réduire sensiblement la prévalence des maladies diarrhéiques à $\leq 5\%$ dans les villages soi-disant assainis au regard des résultats de notre plus-value ; c'est-à-dire plus la communauté observe les pratiques clés en eau, hygiène et assainissement, plus il y aurait

moins des maladies diarrhéiques, mais plus la communauté s'en fiche, plus il y a augmentation des maladies diarrhéiques dans les ménages.

Ces résultats moins satisfaisants constatés en aval, c'est-à-dire au niveau de l'évaluation d'impact du programme VA, sont sans doute cautionnés en amont, c'est-à-dire au niveau de la planification du processus d'accompagnement, de suivi et évaluation de villages par l'équipe de soutien du BCZ MASA.

A la lumière de ce qui précède, les résultats de notre étude riment d'avantage de notre hypothèse de recherche. Dans son rapport précité de 2019, l'Unicef déclare que les défis interventions communautaires menées dans le cadre du programme national village assaini dans la zone de santé urbanorurale de Masa n'ont pas pu réussir à réduire ou contenir la charge de la morbidité des maladies diarrhéiques dans la communauté à $\leq 5\%$ tel que consenti par le ministère de la santé publique, hygiène et prévention de la RD Congo.

CONCLUSION

étude est basée sur l'évaluation des effets inattendus (impact) du programme village assaini sur la santé de population de la zone de santé urbanorurale de MASA, dans la cité de Kasangulu, Province du Kongo central. Les maladies diarrhéiques dues au manque de l'EHA conduisent également à d'autres formes de pathologies notamment la malnutrition aigüe et l'anémie, dont souffrent les enfants congolais occasionnant des proportions des dépenses catastrophiques par les paiements directs des services et soins de santé effectués par les ménages, dont les revenus sont très maigres ou quasiment nuls, (rapport de l'Unicef 2019) sur le progrès d'approvisionnement en eau potable en RDC.

Ocha, une agence de nations unies pour les affaires humanitaires, dans son rapport de 2020 intitulé « aperçu des besoins humanitaires 2020 sur la RDC » publié, le 05/01/2021 classant la RDC premier

pays au monde avec 4.4 millions de personnes souffrant de la malnutrition aigüe, dont 3.4 millions d'enfants de moins de cinq ans. Ce rapport démontre que le paludisme reste la première cause de morbidité en RDC avec 14.000 décès enregistrés entre janvier et fin octobre 2020 ; et au niveau mondial, la RDC enregistre 12% des cas de paludisme et 11% des cas de décès dus à la maladie.

Dans son rapport précité de 2019, l'Unicef déclare que les défis d'assurer un accès durable à l'eau, à l'assainissement et l'adoption de bonnes pratiques d'hygiène demeurent une priorité nationale à court, moyen et long terme, afin d'améliorer la santé, mais aussi de soutenir et booster le développement économique local et national.

Au regard de l'omniprésence des questions liées aux coûts et aux défis récurrents de la santé, les interventions à une approche de promotion de la santé apportent un grand ouf de soulagement aux populations qui en bénéficient. Ces actions réduisent les risques financiers liés aux services et soins de santé car la santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie (charte d'Ottawa, 1986).

L'économie de la santé dans nos jours prend la moindre place dans le système politico-économique des pays Africains en général et de la république démocratique du Congo en particulier, pourtant la santé reste un droit humain et sa valeur est inestimable. Il serait temps de repenser à investir dans le secteur de la santé en RDC, ceci contribuerait à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population congolaise, à sauver des vies et surtout permettrait d'atteindre les 17 objectifs de développement durable ODD en sigle d'ici 2030, notamment ceux relatifs à la santé (3^{ème}) et à l'accès de tous à des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement (6^{ème}) (MUTUMBI. A 2020).

Si l'on agit sur les déterminants de la santé, à l'occurrence les

styles ou modes de vie et l'environnement, on peut réduire à 70% le taux de la morbi-mortalité dans la population et arriver à améliorer son état de santé et son bien-être (KIYOMBO. G 2020). La relation de cause à effet entre le taux de prévalence élevé de maladies diarrhéiques observé dans la ZS de Masa, soit 23,6% et le financement du système de santé en république démocratique du Congo est évidente. Au regard des résultats obtenus, il sied de signaler que les usagers des services et soins de santé offerts par le sous-secteur hospitalier sont assujettis par les dépenses catastrophiques de santé qui avilissent leur quotidien.

En effet, la lutte contre les maladies hydriques et féco-orales dans le cadre du programme village assaini est assurée financièrement et de manière logistique par la coopération multilatérale de la RDC avec les institutions étrangères telles que (Unicef, DFID, IMA, USAID etc.) ; cependant l'Etat congolais n'intervient que sur le plan technique qui consiste à accompagner et renforcer les capacités des acteurs sur terrain.

Raison pour laquelle, la population congolaise en général et celle de la ZS de Masa en particulier, avec un pouvoir d'achat de moins d'un dollar américain par jour, et un sous-système hospitalier peu fonctionnel, des soins de santé administrés de faible qualité, se verrait dans un cycle perpétuel de sa misère si jamais les bonnes décisions politiques ne sont pas prises dans le secteur de la santé (rapport PNUD, 2019).

SUGGESTIONS

Eu égard les résultats obtenus de notre étude, nous avons formulé quelques suggestions suivantes pour pouvoir infléchir les attitudes et comportements délétères de populations de la ZS de Masa en comportements favorables afin de restaurer, améliorer et maintenir leur santé, à l'occurrence :

A la population :

- ✓ de maintenir le processus d'évaluation partagée et permanente du programme village assaini entre les villages,
- ✓ D'assurer le partage de pouvoir et de savoirs communautaires entre les membres,
- ✓ Mettre en œuvre, avec engagement communautaire consenti, le plan de rattrapage de normes perdues et le

plan de maintenance de celles maintenues,

A la zone de santé :

- ✓ d'accompagner régulièrement les villages et les équipes de facilitation locale EFL en sigle pendant la période de la post certification,
- ✓ Redynamiser tous les comités villages assainis ayant perdu leur dynamisme et élaborer les plans de rattrapage des villages ayant perdus les normes, ainsi que les plans de maintenance pour les normes maintenues,
- ✓ Former les nouveaux membres des comités village assaini sur le paquet d'activités de la post certification,
- ✓ Vulgariser correctement la philosophie du programme village assaini dans les nouveaux villages éventuels avant leur adhésion au programme,

Au gouvernement :

- ✓ d'appuyer financièrement les activités de la post certification dans les villages déclarés assainis en vue d'encourager les acteurs à bien travailler et maintenir le statut assaini de villages.

Aux futurs chercheurs :

- ✓ de mener les études d'ici et d'ailleurs où le programme village assaini se trouve implémenté sur l'ensemble du territoire national, études portées sur les déterminants des bonnes pratiques en eau et assainissement favorables à la santé, et/ou envisager d'autres stratégies à même d'améliorer les connaissances, attitudes et pratiques de la population en matière de l'EHA en vue de restaurer, améliorer et maintenir la santé de la population.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OUVRAGES :

1. Alouimine S. O. (2014), *Méthodologie de caractérisation des déchets ménagers à Nouakchott* (Mauritanie).
2. Banque Mondiale (2013), *Indoor Air Pollution: Energy and health for the Poor bulletin de*

- la/ESNAP.
3. Bricout F, 2011. Accès à l'eau potable dans les villes d'Afrique subsaharienne.
 4. Brody J, G., et al, (2014), « Breast cancer risk and historical exposure to pesticides from wide-area applications assessed with GIS», Environmental Health Perspectives.
 5. Charlet F, 2015. Maladies associées à l'eau et aux excréta.
 6. Cisse G, 2005. Impact sanitaire de l'utilisation des eaux polluées.
 7. Coalition des ONG Françaises mobilisées pour promouvoir un accès à l'eau et à l'assainissement pérenne pour tous, tout en préservant les ressources en eau, 2018.
 8. Cohe et al, 2013. Manuel du droit à l'eau et à l'assainissement (Genève 2013).
 9. Diano D, et al 2012. Qualité des eaux de boisson des ménages en milieu rural.
 10. Dos Santos, S. 2014. Accès à l'eau et enjeu socio-sanitaire.
 11. FNADE (2012), Lancement de la 4ème édition de la formation eau, hygiène et assainissement en situation d'urgence.
 12. Guène O. (2015), Stratégie de Gestion des déchets solides à Nouakchott, Communauté Urbaine de Nouakchott.
 13. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ, 2015), Environnement et santé, Insalubrité, Québec,
 14. Marc.G et al (2012) Médecine tropicale, 6ème édition.
 15. Ministère de la santé publique (2020). Annuaire de la situation de l'eau, l'hygiène et l'assainissement en république démocratique du Congo.
 16. OMS, 2016. Eau, assainissement et population.
 17. OMS, 2011. Amélioration des pratiques d'hygiène sur l'approvisionnement en eau potable pour lutter contre les maladies diarrhéiques.
 18. OMS, 2014. Liens entre l'eau, l'assainissement, l'hygiène et la santé.
 19. OMS, 2017. Venir à bout de maladies courantes et hygiéniques.
 20. OMS, Genève, 2014. Amélioration de pratiques d'hygiène sur l'approvisionnement en eau.
 21. Ricardo PETRELLA, 2015. Problématique de l'eau et contexte global.
 22. Unicef, 2017. Eau potable pour tous.
 23. Valfrey B. (2013), « L'assainissement autonome: une réponse viable », Le 3ème Forum Mondial de l'Eau, Kyoto PNUE.

2. INTERNETOGRAFIE

- [http:// www.who.int/water_sanitation_h](http://www.who.int/water_sanitation_h).
- [http:// www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/water/protozoa](http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/water/protozoa).
- [http:// fr.wikipedia.org/wiki.Eau_potable](http://fr.wikipedia.org/wiki/Eau_potable).
- [http:// acdevcm.free.fr/hygiene/maladie](http://acdevcm.free.fr/hygiene/maladie).

☆ IMPACT DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES SUR LA PREVALENCE DES MALADIES HYDRIQUES ET FECO-ORALES DANS LA ZONE DE SANTE URBANORURALE DE MASA/RDCONGO