



# Etude socioculturelle rapide

**Zones de santé de Minova, Kalehe, Katana, Miti-Murhesa et  
Bunyakiri, dans la Province du Sud Kivu,  
République Démocratique du Congo.**

Armelle Sacher

Juin 2013

Etude financée par le département d'Aide Humanitaire de la Commission Européenne  
et le Ministère Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada



Aide humanitaire  
et Protection civile



Affaires étrangères, Commerce  
et Développement Canada

Foreign Affairs, Trade and  
Development Canada



Aide humanitaire  
et Protection civile

*Ce document a été réalisé grâce au soutien financier de de la Commission européenne. Le contenu de cette publication relève de la seule responsabilité d'ACF International et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant la position la Commission européenne.*

<b>1.</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>2.</b>	<b>CONTEXTE SOCIOCULTUREL.....</b>	<b>10</b>
2.1	Les religions.....	10
2.2	La magie.....	12
2.3	La mort.....	12
2.4	Les ethnies, les tribus et les langues.....	12
2.5	L'organisation administrative et coutumière.....	13
2.6	Les chefferies.....	13
2.7	Les Pygmées.....	14
2.8	Les sages.....	15
2.9	La société civile.....	15
2.10	Les populations déplacées.....	16
2.11	Les ONG.....	16
<b>3.</b>	<b>LE SYSTEME DE SANTE.....</b>	<b>16</b>
3.1	Historique.....	16
3.2	Organisation de la zone de Santé.....	18
3.3	Mobilisation communautaire.....	20
3.4	Le passage de la PCCMA a la PCIMA.....	21
3.5	Les stratégies pour faire face aux dépenses de santé.....	22
<b>4.</b>	<b>LA FAMILLE.....</b>	<b>22</b>
4.1	Organisation sociale.....	22
4.2	Le mariage.....	23
4.3	Rapport homme/femme.....	24
4.4	Héritage et succession.....	24
4.5	Les interdits.....	24
<b>5.</b>	<b>REPRESENTATIONS ET ATTRIBUTIONS DES MALADIES.....</b>	<b>25</b>
5.1	Les maladies dites « naturelles ».....	26
5.2	Les maladies dites « héréditaires ».....	26
5.3	Les maladies « jetées ».....	26
5.4	Les maladies provoquées par la malveillance d'un tiers.....	27
5.5	L'empoisonnement.....	27
5.6	Les maladies infantiles les plus courantes.....	27
5.7	Diarrhée infantile et utilisation du SRO.....	28
5.8	Problèmes d'allaitement.....	29
5.9	Les maladies autour de la grossesse.....	30
<b>6.</b>	<b>LE CHOLERA.....</b>	<b>30</b>
6.1	La perception du choléra dans la communauté.....	30
6.2	Les croyances liées au choléra.....	31
6.3	La perception du malade.....	32
6.4	Les funérailles.....	33
6.5	Les groupes à risque.....	34
6.6	La perception des produits et les méthodes de traitement de l'eau.....	34
<b>7.</b>	<b>LA MALNUTRITION.....</b>	<b>35</b>
7.1	Reconnaître la malnutrition.....	35
7.2	La perception des causes de la malnutrition.....	35
7.3	Les interdits alimentaires.....	36
7.4	Pratique d'allaitement, l'introduction de la nourriture et le sevrage.....	36

7.5	Perception de l'ATPE .....	37
<b>8.</b>	<b>RECOURS AUX SOINS.....</b>	<b>37</b>
8.1	L'automédication.....	37
8.2	Les tradi-praticiens .....	37
8.3	Le centre de santé et l'hôpital .....	38
8.4	Les « femmes sages » .....	38
8.5	Les médicaments pharmaceutiques.....	38
8.6	Les chambres de prière.....	38
<b>9.</b>	<b>BARRIERES D'ACCES AUX SOINS .....</b>	<b>39</b>
9.1	Distance et insécurité .....	39
9.2	Marginalisation et manque d'information .....	39
9.3	Manque d'intrants au centre de santé pour assurer les soins .....	39
9.4	Coût du traitement .....	39
9.5	Multiplés offres de soin .....	40
9.6	Précarité de l'accès aux traitements .....	40
9.7	Le marasme n'est pas identifié comme un type de malnutrition .....	40
<b>10.</b>	<b>MESSAGES DE SENSIBILISATION A CORRIGER OU COMPLETER .....</b>	<b>40</b>
10.1	Confusion dans les messages sur l'hygiène et l'allaitement .....	40
10.2	Tous les risques de transmission du choléra ne sont pas couverts par les messages de prévention... 40	40
<b>10</b>	<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>42</b>
10.1	Information .....	42
10.2	Langues principales pour les supports de communication .....	42
10.3	Médias.....	42
10.4	Mécanismes de mobilisation sociale.....	43
10.5	Canaux sociaux de communication .....	44
10.6	Réunions propres au système de santé.....	44
10.7	Mobilisation communautaire du système de santé .....	44
10.8	Gestion des infrastructures communautaires .....	45
10.9	Sensibilisation pour la prévention du choléra.....	45
10.10	Sensibilisation sur le dépistage et la prévention de la malnutrition.....	46
10.11	Plaidoyer .....	46

**Remerciements :** A toutes les personnes rencontrées pendant l'enquête, notamment les autorités sanitaires, administratives, coutumières et religieuses. A l'équipe ACF de Kalehe-Minova et Bunyakiri pour son soutien. Aux personnes qui ont effectué les traductions Kandeke Diane Sarah, Bubuyakatende Mapenzi et en particulier à Dieudonné Majaliwa Didi qui a apporté de nombreux éléments à l'étude.

### Liste des Abréviations et Acronymes

ACF	Action Contre la Faim
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
BDOM	Bureaux Diocésains des Œuvres Médicales
CBCA	Communauté Baptiste du Congo
CEPAC	Communauté des Eglises de Pentecôte en Afrique Centrale
CODESA	Comité de développement de l'aire de Santé
COGES	Comité de gestion
COSA	Comite de Santé
CPN	Consultation Pré Natale
CPS	Consultation Pré Scolaire
DPS	Division Provinciale de la Santé
ECZ	Équipe Cadre de Zone
IT	Infirmier Titulaire
IMD	Inspection médicale de District
IRC	International Rescue Committee
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCCMA	Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition
RDC	République Démocratique du Congo
ReCo	Relais Communautaire
PréCo	Président du CODESA, Comité de santé
SSP	Soins de Santé Primaires

## Résumé

Ce rapport présente les résultats de l'étude socioculturelle rapide menée pendant les mois d'avril et mai 2013 dans les Zones de Santé de Minova, Kalehe, Katana, Miti-Murhesa et Bunyakiri, des territoires de Kabare et Kalehe. Les objectifs étaient d'améliorer la compréhension des mécanismes de communication auprès des populations ciblées, la structure de la société, les croyances et leur possible impact sur les programmes menés par ACF, avec un accent particulier sur la perception du choléra et de la malnutrition dans la communauté. Les résultats de l'enquête ont servi pour proposer des améliorations pour les projets à venir ainsi qu'une stratégie de sensibilisation qui sont présentées dans le chapitre 10 (Recommandations) et dans les annexes.

L'étude socioculturelle rapide est basée sur une méthodologie de recueil de données qualitatives. Elle doit permettre de mieux connaître les perceptions, les connaissances et les croyances autour du choléra, de la malnutrition, de la santé en général et des recours aux soins.

L'étude rassemble des données qualitatives issues d'entretiens individuels (89), de groupes de discussion (24), de discussions informelles, de recherche documentaire et d'observation participante.

### Les Limites de l'enquête

La taille de la zone à étudier est très vaste par rapport au temps imparti. Le milieu est très complexe. On trouve une grande diversité d'acteurs, de population, de contextes. L'enquête s'est concentrée sur la Zone de Santé de Minova comme zone témoin, puis des points de comparaison ont été réalisés dans les Zones de Santé de Kalehe, Katana, Miti-Murhesa et Bunyakiri. Certains sites étaient inaccessibles à cause de l'état de la route pendant la saison pluvieuse ou à cause de la situation sécuritaire, notamment toute la partie des hauts plateaux. Les contraintes de l'enquête n'ont pas permis de faire une description exhaustive des spécificités socio-culturelles des nombreux groupes ethniques qui habitent la zone mais elle présente des informations générales pouvant influencer sur l'acceptation et le fonctionnement des programmes en place.

### Principales informations résumées

Les principales ethnies et tribus présentes sont les Bahavu, Bashi, Batembo, Bahunde, Banyanga, Barongeronge, Batwa (Bambutu ou Pygmées) et des populations de souche rwandaise, Hutu et Tutsi.

L'organisation de la Société repose sur la chefferie. Celle-ci est très hiérarchisée et les chefs coutumiers sont influents. Ils ont une grande capacité pour sensibiliser la population. Les chefs de localités et chefs de 10 maisons ont des responsabilités liées à l'hygiène et l'assainissement de leur village ou quartier. Ils sont chargés de l'organisation des travaux communautaires chaque samedi pour l'entretien et le nettoyage des infrastructures communautaires.

De nombreux déplacés se sont réfugiés dans la zone, suite aux conflits récurrents. Ils sont installés dans des camps ou vivent dans des familles d'accueil.

De nombreuses communautés religieuses sont présentes dans la zone d'intervention, parmi lesquelles on trouve l'église catholique romaine, les églises protestantes, l'Islam, les Témoins de Jéhova, les Eglises de Réveil, les Kimbanguistes, les Branamistes et les religions traditionnelles. Chaque communauté a son calendrier de rassemblements quotidiens et hebdomadaires. Les leaders religieux peuvent être sollicités pour passer des messages de santé pendant ces rencontres. Les églises gèrent également des structures sanitaires et des écoles.

La RDC est un état décentralisé divisé en provinces. Les provinces sont divisées en territoires. Les territoires sont subdivisés en secteurs ou collectivités. Les collectivités de Kabare et Kalehe sont des collectivités-chefferies.

Sur le plan sanitaire, les territoires sont découpés en Zones de Santé, divisées en Aire de Santé avec chacune un centre de santé. Les organes de gestion du système de santé sont le COGES pour la zone de santé et le CODESA pour l'aire de santé. Au niveau communautaire, on trouve les relais communautaires (ReCo) qui sont des volontaires en charge de la promotion des services de santé. Une partie des structures sanitaires sont privées et appartiennent aux églises protestantes ou catholiques.

La famille et les liens avec le clan sont des valeurs importantes. On considère seulement la lignée du père. L'héritage se transmet principalement aux fils. Il est donc important pour la femme d'avoir beaucoup de fils. Les rôles hommes/femmes sont très déterminés.

L'attachement à la coutume est très variable selon le milieu socio-économique et le niveau d'éducation. Il existe toutes sortes de traditions et d'interdits pour chaque culture.

Les maladies peuvent être causées aussi bien par des microbes, par les démons, par des sorts, par la violation d'un interdit que par la malveillance d'un tiers. Les traitements sont choisis en fonction de l'explication donnée à la maladie. L'offre de soin est variée : guérisseurs, automédication, centre de santé, dispensaire privé, chambre de prière,...

Le choléra est perçu comme une maladie à 2 facettes. D'une part, beaucoup de personnes pensent que le choléra se transmet seulement par l'eau et la saleté (visible). D'autre part, la peur du malade et de la transmission par voie magique est très forte. Les catégories de personnes qui sont signalées par le personnel soignant comme les plus touchées par le choléra sont les enfants en bas âge (0-5ans), les femmes/les gardes malade), les personnes âgées, les pêcheurs, les Pygmées, les déplacés et les familles des militaires vivant dans des conditions précaires. Les femmes enceintes n'ont été citées lors de l'étude mais sont également un groupe à risque.

Le kwashiorkor est connu comme une sorte de malnutrition et le traitement au centre de santé est bien identifié. Par contre, le marasme n'est pas associé à la malnutrition. Un enfant présentant des signes d'amaigrissement n'est pas forcément amené au centre de santé car c'est un signe que l'on attribue à une maladie causée par un sort ou un empoisonnement. Ce type de maladie est plutôt traité par un guérisseur.

La population est relativement habituée à la présence et aux modes d'intervention des ONG qui sont très nombreuses. Dans la Zone de Santé de Minova, sont actifs notamment ACF, MDA, World Vision, MSF, IRC, NCA, etc. A Bunyakiri, sont présents ACTED, ACF, PIN, AVSI, IRC, etc.

Les principales barrières d'accès aux soins et à l'aide humanitaire sont : la distance et l'insécurité, la marginalisation et le manque d'information, le manque d'intrants au centre de santé, le coût du traitement, la multiplicité de l'offre de soin, la précarité des services et traitements disponibles, le marasme qui n'est pas identifié comme un type de malnutrition, les messages de prévention qui ne couvrent pas tous les aspects du choléra.

Les hauts plateaux et les îlots ont été fréquemment signalés comme des zones vulnérables avec peu de services disponibles et peu d'intervention d'ONG. Les Pygmées ne dépendent pas de la hiérarchie classique de la chefferie. Ils n'ont pas de relais communautaires. Ils sont généralement une population vulnérable. Ils ont un accès réduit aux soins.

## Recommandations principales

Pour améliorer la communication, il faut varier les langues et les médias (communiqués, dépliants, radio, théâtre, chanson..) et utiliser les nombreux canaux sociaux existant de manière à couvrir l'ensemble de la population :

- Développer le support d'information écrite et les diffuser.
- Traduire les modules, affiches et dépliants d'information en Kiswahili. Car le Kiswahili est la langue la plus adaptée pour les documents écrits.
- Renforcer l'utilisation de la radio. C'est un moyen très efficace et économique.
- Continuer à utiliser le théâtre, c'est un media très populaire et qui marque les esprits.
- Impliquer plus fortement les leaders religieux, associatifs, institutionnels et traditionnels, ils sont influents et ont une grande capacité pour diffuser l'information. Commencer par les responsables hiérarchiques (groupement, paroisse, ..)
- Utiliser les réunions en place dans le système de santé pour diffuser l'information : COGES, SSP, CODESA, ...
- Continuer à travailler avec les ReCo. Ils sont un moyen efficace pour la promotion de la santé. Mais attention à ne pas les détourner de leur rôle et à ne pas détruire ce dispositif de mobilisation communautaire. Il vaut mieux chercher à le renforcer dans son ensemble. Tenir compte des villages d'origine des ReCo dans la sélection pour les formations. Inviter des représentants Pygmées dans les formations et réunions de sensibilisation.
- Impliquer les tradipraticiens.

Pour la gestion des infrastructures d'eau, éviter de créer des nouveaux comités si ce n'est pas nécessaire. Il existe déjà de nombreux comités de gestion des infrastructures communautaires (eau, marché, développement..), institutions gouvernementales et associations impliqués dans la gestion de l'eau et de l'assainissement.

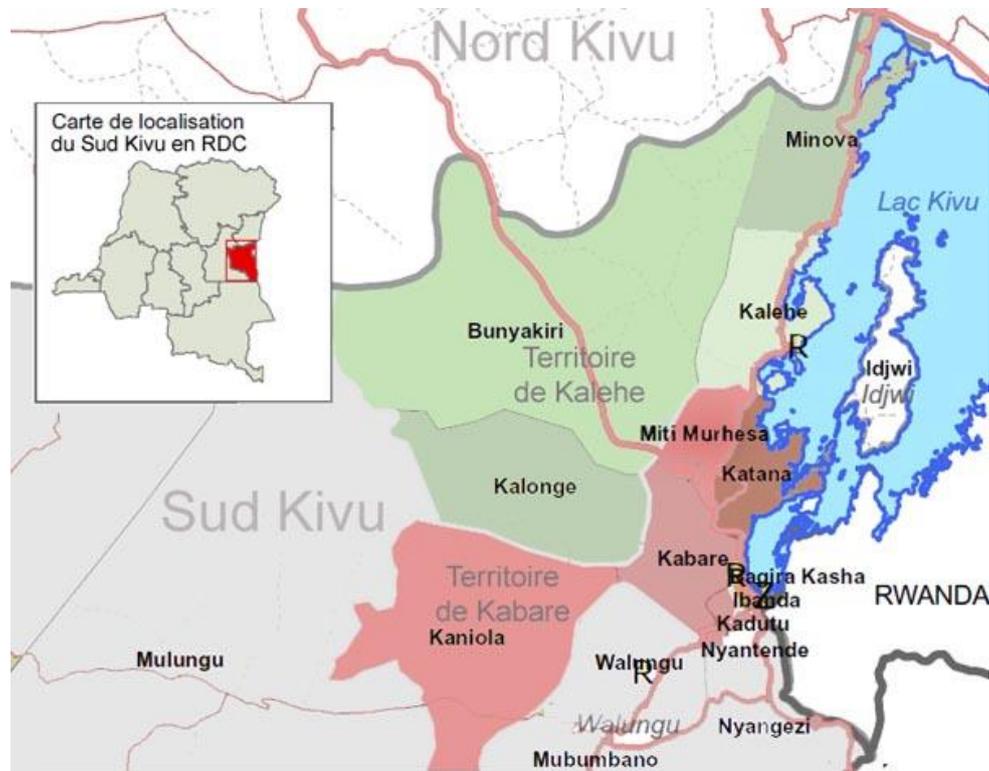
Pour améliorer la qualité des activités de sensibilisation, il faudrait insister sur les aspects de transmission interpersonnelle du choléra et sur les précautions à prendre pour la famille des malades. Il faudrait également faire des sensibilisations spécifiques pour les contextes de transmission (marché, rassemblements, deuil, lieu de transit comme les gares ou les ports..) et les groupes à risque : enfants de 0-5ans, femmes (garde malade, personnes qui transportent le malade), personnes âgées, pêcheurs, Pygmées, déplacés et familles de militaires vivant dans des conditions précaires. Pour le dépistage de la malnutrition, il faudrait insister sur le marasme en utilisant largement les différents canaux et medias de communications.

## 1. Introduction

Les territoires de Kalehe et Kabare se situent dans la province du Sud-Kivu, à l'Est de la République Démocratique du Congo. Ils bordent tous deux le lac Kivu. Les zones de santé de Minova, Kalehe et Bunyakiri font partie du territoire de Kalehe. Celles de Kabare, Miti-Murhesa et Katana sont sur le territoire de Kabare. Elles font partie d'une des 7 zones endémo-épidémiques de RDC définies comme cibles par le Plan Stratégique d'Élimination du Choléra en RDC (2013–2017). La zone de Santé de Minova est l'une des treize zones de santé lacustres identifiées comme étant des zones sources du choléra. C'est une Zone de Santé qui notifie des cas de choléra toute l'année. Les

zones de santé de Bunyakiri, Kabare, Miti-Muresha, Kahele et Katana sont classées comme des zones épidémiques<sup>1</sup>.

Figure 1: Carte des Zone de Santé des territoires de Kalehe et Kabare<sup>2</sup>



A Kabare, le sol est argileux et de plus en plus pauvre à cause des érosions, de la surexploitation et de la surpopulation. Il y a de nombreux conflits fonciers. A Kalehe, il y a aussi un sol argileux et riche à cause surtout de sa proximité avec la forêt. On y trouve des minerais tels que l'or, la cassitérite (minerai d'étain), le coltan (minerai de tantale), la wolframite (minerai de tungstène), la tourmaline (pierre semi précieuse). Le relief est montagneux. On distingue trois zones principales : les hauts plateaux, les moyens plateaux et les zones littorales qui bordent le lac Kivu. Le climat est divisé en deux saisons, l'une pluvieuse et l'autre sèche.

Minova est une zone semi urbaine tandis que le reste du territoire est une zone rurale. Dans la partie littorale, les populations vivent de l'agriculture (banane, manioc), du petit commerce et de la pêche dans le lac Kivu. La production de banane qui était la production principale est gravement affectée depuis plusieurs années par la maladie du *Wilt Bactérien*. Dans les moyens plateaux, les populations vivent de l'agriculture (maïs, manioc, sorgho, haricots, pommes de terre, patate douce, colocase) et de l'élevage des petits bétails. Dans les hauts plateaux, les populations vivent de l'agriculture (maïs, sorgho, haricots, pommes de terre, patate douce, colocase) de l'élevage et de l'exploitation minière. Mais l'élevage est une activité affectée par l'insécurité (vol de bétail). La vente de bois est aussi une ressource importante mais la coupe des arbres entraîne la déforestation.

Avant la colonisation, le Sud-Kivu était divisé en royaumes dont les principaux étaient le royaume du Bushi, du Buhavu, des Barega (ou Balega) et Bifulero. Le royaume du Bushi s'étendait sur ce qui correspond actuellement aux territoires de Kabare, Walungu et une partie de Mwenga. Le royaume du Buhavu s'étendait de Kalehe à Idjwi. Au Nord Kivu on pouvait trouver le Royaume des Bahunde qui correspondait à la région des actuels Territoires de Masisi, Rutshuru, Goma et

<sup>1</sup> Plan Stratégique d'Élimination du Choléra en RDC (2013–2017), février 2013.

<sup>2</sup> Carte adaptée de la Carte des Zones de Santé du Sud Kivu, OCHA

s'étendait dans une partie du Rwanda actuel. Le Royaume des Banyanga qui correspondait à peu près à l'actuel Territoire de Walikale. L'organisation politico-administrative a été changée lors de la colonisation par la Belgique, qui a instauré le découpage en territoires et installé le pouvoir administratif. Les chefferies descendent de ces anciens royaumes.

Depuis 1994, le pays a connu de nombreux troubles et des conflits meurtriers, dont les deux guerres du Congo de 1996 à 1997, puis de 1998 à 2002. Depuis, la situation reste instable avec des affrontements réguliers entre les différentes factions armées qui ont entraîné des déplacements successifs de populations. Dans l'ensemble, les déplacés fuyant l'insécurité se sont rapprochés des axes routiers principaux. Pendant les conflits, le viol a été banalisé comme « arme de guerre ». De nombreux cas de violences sexuelles continuent d'être régulièrement rapportés.

A Minova, zone frontalière avec le Nord Kivu, on a observé une forte présence des militaires ces derniers mois. Cependant, depuis peu, les troupes des Forces Armées de la République Démocratique du Congo (FARDC) se sont déplacées vers Goma pour combattre le M23. La MONUSCO<sup>3</sup> est présente et fait des patrouilles sur les axes principaux. Différents groupes armés sont dans la région, mais la situation est très changeante. Parmi eux, on peut citer les Mayi Mayi Nyatura, les Raia Mutomboki et les Kirikicho sur les hauts plateaux et le M23 dans le Nord Kivu. D'une manière générale, l'information est confuse et de nombreuses rumeurs de mouvements des groupes armés et d'attaques entretiennent le climat d'insécurité.

## 2. Contexte socioculturel

### 2.1 Les religions

De nombreuses religions cohabitent dans le sud Kivu. On peut trouver parmi les principales communautés religieuses : l'église catholique romaine et les églises protestantes, parmi elles CBCA<sup>4</sup>, le 8ème CPAC<sup>5</sup>, les Adventistes du 7e Jour, les tempérants. L'Islam est présent mais minoritaire. On trouve également de nombreuses communautés qui se sont développées ces dernières années telles que les Témoins de Jéhova, les Eglises de Réveil, les Kimbanguistes (disciples de Simon Kimbangu), les Branamistes (disciples de William Braname). Parmi les religions traditionnelles, il y a le culte de Lyangombe et des héros divinisés (Muhima, Nkango, Kalinda Ka Bigiri, Namukumba, Congera ca Nyramateka, Muhima wa Rhongo, Nangengu, Mpalala, Nazibira, Shabijumba<sup>6</sup>), le culte de Nyamazinda (l'être suprême ou Dieu créateur) et le culte des esprits des ancêtres.

Chaque communauté religieuse est organisée selon sa propre hiérarchie et la plupart interviennent dans des domaines d'aide sociale (orphelinats..), d'éducation (écoles primaires, secondaires, instituts..) ou de santé (centres de santé, hôpitaux), en plus de leur mission religieuse.

Pour l'église catholique, le curé est à la tête de la paroisse, en dessous de lui on trouve les vicaires-prêtres, les diacres et les séminaristes, les chefs des *shirika* ou communautés de base (CAB) et enfin les fidèles. La paroisse de Minova s'étend géographiquement sur un territoire approximativement assez proche de la zone de santé. En plus des églises, la paroisse dirige de nombreuses écoles, et possède l'hôpital Général de Référence de Minova et le centre hospitalier de Kiniezire. Cependant, la paroisse dépend de l'évêché du Nord Kivu à Goma, tandis que la zone de santé fait partie du Sud Kivu, dont les activités sont coordonnées à Bukavu par la Division Provinciale de Santé (DPS) du Sud Kivu. D'après le personnel de santé, cette différence de découpage particulière à Minova entraîne des difficultés dans la coordination des activités de santé entre la zone de santé et les organismes religieux de soutien au système de santé tel que le BDOM<sup>7</sup>.

---

<sup>3</sup> Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la Stabilisation en République Démocratique du Congo

<sup>4</sup> Communauté Baptiste du Congo

<sup>5</sup> Communauté des Eglises de Pentecôte en Afrique Centrale

<sup>6</sup> Les rites chez les Bashi et les Bahavu, Dikonda wa Lumanyisa, 1971-1972. Thèse, Université Libre de Bruxelles.

<sup>7</sup> Bureaux Diocésains des Œuvres Médicales

Des révérends pasteurs sont à la tête des églises protestantes, en dessous d'eux on trouve les pasteurs, les diacres et diaconesses et enfin les fidèles. Leur zone géographique d'influence est très variable d'une communauté religieuse à l'autre. Bon nombre des églises protestantes sont rassemblées pour former l'ECC (Eglise du Christ au Congo) et sont investies dans l'éducation et la santé. L'hôpital de Kalungu est géré par le CBCA, les postes de santé de Kasunyu et de Bwisha appartiennent au 8<sup>ème</sup> CEPAC. Les tempérants sont une branche des adventistes, ils sont surtout présents sur les moyens et hauts plateaux de la Zone de Santé de Minova comme de Kirotche et cette religion intègre la médecine naturelle à base de feuille dans ses enseignements. Les tempérants ont recours à leur propres herboristes comme première option thérapeutique en cas de maladie.

Les Eglises de Réveil, les Kimbanguistes sont organisés sur un modèle similaire aux églises protestantes.

Les grands Imams sont à la tête des communautés musulmanes et gèrent des entités géographiques plus ou moins équivalentes aux paroisses. En dessous d'eux on retrouve les Imams qui guident la communauté musulmane sur le plan spirituel et les enseignants qui s'occupent de l'éducation coranique. Ils ont également une école primaire à Minova depuis l'an passé.

Les Témoins de Jehova sont organisés en groupes appelés congrégations dirigées par le *Muangalizi*. Ces congrégations se retrouvent quotidiennement lors des « réunions » à la salle du Royaume. Ils font des prédications porte à porte et ont un grand rassemblement une fois par an.

Pour les catholiques, les fidèles se rassemblent quotidiennement, chaque matin très tôt à 5h dans leur communauté de base, puis à 6h du matin pour la messe et les après-midi pour les dévotions (légions de Maria, Cœur Sacré de Jésus,..) et pour l'enseignement religieux (catéchèse). Les protestants se retrouvent le matin à 5h pour le *mapambazuko*, la prière matinale et pour les veillées de prières (toute la nuit), et dans les après midi pour l'instruction religieuse et les répétitions de chorale. Les musulmans se retrouvent pour les 5 prières journalières (environ à 4h, 5h, 12h30, 18h et 19h) et le vendredi à la Mosquée.

Ces rassemblements pour la prière sont également des moments pour échanger les nouvelles. Il y a aussi des rassemblements hebdomadaires le vendredi, samedi ou dimanche selon la religion, et des fêtes annuelles.

Les religions traditionnelles ne sont plus aussi pratiquées que par le passé mais continuent de coexister avec le christianisme et influencent la vie quotidienne. Ceux qui la pratiquent sont généralement d'une autre religion en parallèle, catholique, protestante ou autre. Les cultes ne sont pas organisés de manière collective, chaque jour ou chaque semaine comme pour les églises chrétiennes. Les cérémonies sont ponctuelles, c'est-à-dire organisées en fonction du besoin, ou annuelles (fête des cultures). Elles peuvent être publiques comme lors de l'intronisation du *Mwami*, ou réservées aux initiés : devins, prêtresses et gardiens de la coutume. Il existe aussi des cérémonies pour marquer les étapes de la vie comme la présentation du nouveau-né, le passage à l'âge adulte, la succession, le mariage, la mort...Ce sont les rites d'initiation.

Les *Bajniji* sont les chefs spirituels, les gardiens des secrets de la coutume. Lors de cérémonies sous les arbres sacrés, ils communiquent avec les esprits des ancêtres et conseillent le *Mwami (Roi)*. Ils donnent à la population des lignes de conduite selon la volonté des ancêtres et héros divinisés. Par exemple, ils peuvent intercéder auprès des esprits si la communauté est frappée par un fléau et leur demander ce qu'il faut faire. Leurs attributs sont le *Mbandi* («boule de médicament » à base de plantes, de substances animales et minérales liées ensemble avec de l'argile), le *Mbale* (assiette traditionnelle qui a la forme de petite pirogue) et le *Mukuzo* (vase) qui contient le *Mavu* (la bière traditionnelle) et les feuilles sacrées. La religion traditionnelle intervient

également dans la justice coutumière pour déterminer si l'accusé est coupable du fait dont on l'accuse, dans la médecine pour soigner ou encore pour accorder la force ou la protection.

## 2.2 La magie

On distingue la magie « blanche » qui est bénéfique de la magie « noire » ou sorcellerie qui est maléfique. La magie blanche sert pour guérir des maladies, pour délivrer des sortilèges, pour se protéger du pouvoir des sorciers, pour purifier après la violation d'un interdit. Celui qui la pratique est reconnu et respecté pour son savoir faire, on peut le consulter ouvertement. En opposition, la sorcellerie est nocive, elle est utilisée pour provoquer la maladie et la mort. Celui qui la pratique est craint, socialement condamné. Il opère de manière cachée. D'après les déclarations et les ouvrages portant sur les traditions congolaises, le sorcier a le pouvoir de détacher son esprit de son corps et de se déplacer à travers la nuit pour commettre ses méfaits. Certains peuvent commander à la foudre, tuer ou envoyer une maladie à quelqu'un, obtenir la richesse et le pouvoir pour celui qui en contre partie sera prêt à sacrifier un proche, endormir quelqu'un pour le voler, lui envoyer des serpents.

A ce jour, les histoires et rumeurs autour de la sorcellerie sont très courantes. A Minova, chaque semaine des cas de vol avec utilisation de « gris-gris » sont rapportés. Les accusations de sorcellerie sont aussi très fréquentes, même si, comme le soulignent certains chefs traditionnels qui doivent gérer ces conflits : « la loi ne reconnaît pas la sorcellerie comme un délit ». L'existence de la sorcellerie est généralement admise même si la pratique de la magie noire est cachée et mal considérée.

## 2.3 La mort

Dans la tradition bantoue, la mort n'est pas considérée comme un phénomène naturel. D'une manière générale la mort est suspecte, surtout si elle est subite. Seule une mort à un âge avancé est acceptée. Si une personne jeune et apparemment en bonne santé est terrassée par la maladie et décède brusquement, on cherchera à comprendre la cause en cherchant si cette personne ne s'est pas disputée récemment, si elle n'est pas l'objet d'une jalousie ou d'une vengeance, ou de la malveillance d'un voisin. La famille du défunt pourra chercher un coupable et l'accuser de sorcellerie. Comme la sorcellerie ne peut faire l'objet de poursuite, soit la famille fera justice elle-même, soit elle aura recours à la justice coutumière qui a des experts (les gardiens des secrets de la coutume) pour déterminer s'il y a eu acte de sorcellerie.

## 2.4 Les ethnies, les tribus et les langues

Les tribus sont un ensemble de clans ayant un ou plusieurs ancêtres communs et liés à une terre. Les groupes ethniques sont des groupes de personnes plus vastes, souvent définis comme un groupe partageant la même culture, des traditions communes, la même langue et ayant un vécu historique commun.

Les principaux groupes ethniques et tribus qui cohabitent dans les territoires de Kalehe et Kabare sont les Bahavu, Bashi, Batembo, Bahunde, Banyanga, Barongeronge, Batwa (Bambuti ou Pygmées) et des populations de souche rwandaise, Hutu et Tutsi émigrés de l'époque coloniale et de la « révolution sociale » survenue au Rwanda en 1959<sup>8</sup>, en mars 1992 et après le génocide du Rwanda. Les Bahavu sont la tribu majoritaire dans le territoire de Kalehe, ils habitent essentiellement les bas plateaux. Les Batembo sont présents à Bunyakiri, dans le groupement de Mubugu, Ziralo et dans les hauts plateaux, les Barongeronge à Kalonge. Les Bashi sont présents sur les territoires de Kabare mais on peut les trouver aussi à Kalehe. Les Bahunde et Banyanga sont venus du Nord Kivu, beaucoup ont fui les violences. Ils sont installés un peu partout mais surtout à Minova. Les pygmées sont éparpillés en petits groupes. Les populations rwandophones habitent les hauts plateaux. La

---

<sup>8</sup> Diagnostic participatif villageois, territoire de Kalehe, Sud Kivu, réalisé d'octobre à décembre 2008. APED-absi, PNUD mars 2009.

population est assez mélangée, surtout à Minova qui est un carrefour commercial et une zone urbaine. D'une manière générale, les ethnies cohabitent ensemble et ont beaucoup d'échanges, sauf les Pygmées qui vivent relativement séparés des autres groupes.

Le kiswahili est la langue nationale comprise par le plus grand nombre à l'oral comme à l'écrit. Les langues locales les plus parlées dans le territoire de Kalehe sont le Kihavu, le Kitembo, le Mashi, le Kihunde et le Kinyarwanda. Le Kitembo est la langue la plus parlée à Bunyakiri et Ziralo. Le français est la langue officielle, elle est utilisée pour les documents administratifs mais elle est parlée et écrite seulement par des personnes ayant eu accès à l'éducation.

## 2.5 L'organisation administrative et coutumière

La RDC est un état décentralisé divisé en provinces avec à leur tête un Gouverneur de Province. Le Sud-Kivu est l'une des trois provinces issues de l'ancien Kivu et n'a pas de districts, de même que le Nord-Kivu<sup>9</sup>. La province du Sud Kivu est divisée en territoires, dont Kalehe et Kabare font partie, gérés chacun par un administrateur du territoire. Les territoires étant très vastes, l'administration territoriale a des postes d'encadrement administratifs répartis dans le territoire pour rapprocher les services administratifs des populations. Ces postes sont gérés par les chefs de poste d'encadrements administratifs. Les territoires sont subdivisés en secteurs ou collectivités. Les collectivités de Kabare et Kalehe sont des collectivités-chefferies, avec à leur tête un chef coutumier, le *Mwami* (roi) qui est également le chef de collectivité. Les services administratifs ont des responsabilités dans les secteurs de l'hygiène publique et de l'environnement.

Le territoire de Kalehe est constitué de deux collectivités-chefferies, celles des Buhavu et des Buloho. La chefferie Buhavu est constituée de 7 groupements qui sont Buzi, Kalima, Kalonge, Mbinga-Nord et Mbinga Sud, Mubugu et Ziralo. La chefferie Buloho compte 8 groupements, Bagana, Bitale, Bulonge, Karali, Lubengera, Musenyi, Ndando et Munyanjiri.

Le territoire de Kabare est composé des collectivités-chefferies de Kabare et de Nindja. La chefferie de Kabare est constituée de 14 groupements, Bugobe, Bushumba, Bugorhe, Bushwira, Chirunga, Irhambi, Ishungu, Kagabi, Luhihi, Lugendo, Mudaka, Mudusa, Miti et Mumosho. La chefferie Nindja compte 3 groupements, Irembe, Iregabarhonyi et Luhago.<sup>10</sup>

## 2.6 Les chefferies

La société est structurée de manière traditionnelle en chefferies dirigées par le *Mwami*, (Roi) dont le pouvoir se transmet généralement par filiation directe ou sanguine selon des règles établies par la coutume. Il est souvent le chef de tribu. Selon la coutume, le *Mwami* est doté de pouvoirs surnaturels. Il est soumis à des cérémonies particulières qui rythment sa vie, de sa naissance à sa mort.

Le Mwami est entouré et conseillé par les notables qui constituent une cour de Sages. Il est le gardien et le dépositaire des traditions de la Collectivité ou Chefferie. Autrefois très influent, le pouvoir coutumier a perdu de son importance au profit des autorités politico-administratives. Mais les leaders coutumiers restent des figures très importantes, respectés et écoutés par leur population.

Une chefferie est composée de groupements, divisés en localités, villages ou cités, eux-mêmes divisés en sous villages, quartiers ou avenues, lesquels sont subdivisés en groupes de maisons, cellules ou collines.

---

<sup>9</sup> MONOGRAPHIE DE LA PROVINCE DU SUD- KIVU, Kinshasa, Mars 2005

<sup>10</sup> MONOGRAPHIE DE LA PROVINCE DU SUD- KIVU, Kinshasa, Mars 2005, République Démocratique du Congo, Ministère du Plan, Unité de Pilotage du Processus DSRP KINSHASA / GOMBE.

Le Mwami est à la tête de la chefferie, en dessous de lui viennent les chefs de groupement également appelés *Batwali* (princes) et qui sont généralement issus de la famille royale. Puis il y a les notables, les chefs de localité ou de village appelés les *Bashamuka*, les chefs de quartiers ou sous villages et enfin les *Nyumba kumi*, terme qui signifie chefs de dix maisons.

Les chefs de localités sont soit nommés par le chef de groupement, soit choisis par la population de leur entité. Après l'élection, ils doivent se présenter au chef coutumier pour demander son approbation, puis auprès de l'Administrateur du Territoire afin qu'il ratifie la nouvelle nomination sur le plan administratif. Ensuite, a lieu la cérémonie d'intronisation du nouveau chef par le chef coutumier devant les notables et la population de la localité. Le chef coutumier peut décider de la révocation du chef ou de sa suspension et proposer une personne pour le remplacer.

Les chefs représentent la population face au gouvernement et sont chargés de faire respecter la loi et lever les taxes dans leurs entités. Ils sont également sollicités en cas de litige lié aux affaires coutumières, comme médiateur. Les conflits les plus courants qui font appel à la justice coutumière sont les conflits fonciers, les conflits d'héritage, les accusations d'adultère, de vol et de sorcellerie. Les médiations peuvent être faites en présence des deux parties prenantes et si le cas est compliqué, les chefs peuvent faire appel aux sages du village et aux gardiens des secrets de la coutume. Les chefs de localités sont également en charge de l'assainissement du village et de l'organisation du travail communautaire. Chaque samedi, les chefs de 10 maisons organisent le « *salongo* », le travail communautaire : nettoyage des canalisations, les travaux d'entretien ou de construction pour améliorer les infrastructures communautaires, etc. Ils sont aussi chargés d'inspecter les conditions d'hygiène et d'assainissement des parcelles et d'interpeller les familles qui ne respectent pas les règles.

Seuls les Pygmées ne dépendent pas de ce système de chefferie. Ils sont organisés en groupe et ont des représentants élus, parfois des comités. Ils dépendent directement des chefs de groupement. Historiquement, ils sont très liés au *Mwami*. Ils ont une réputation de grands guerriers, ils ont combattu pour le *Mwami* pendant les guerres tribales et ils continuent d'assurer la sécurité de la cour royale. Ils ont également un rôle déterminant dans la coutume, notamment lors des rites d'initiation du *Mwami*.

## 2.7 Les Pygmées

Les Pygmées ou Bambuti ont une organisation sociale à part, en dehors du système de chefferie classique. Ils n'ont pas de relais communautaires, pas de leaders religieux. Ils n'ont pas de leaders qui les représentent dans la société civile ni dans les comités de gestion de l'eau ou de développement. Peu d'entre eux savent lire et écrire. Certains ne parlent pas bien le kiswahili. Ils vivent de leur propre production (pêche, cultures). Ils sont peu qualifiés et n'ont pas d'emplois fixes, certains sont journaliers dans l'agriculture, quelques uns dans la construction. Ils ont difficilement accès au *cash* et donc à la scolarisation pour leurs enfants. Ils vivent dans des habitations précaires avec des conditions d'assainissement et d'hygiène médiocres. Beaucoup se plaignent de fatigues et de maux divers, de dormir mal et dans des endroits sales. « C'est ce qui fait que les enfants sont malades, ils dorment dans la saleté. » Ils ont un accès difficile à l'eau potable car « la source est à une heure de marche » ou bien « ils ne peuvent pas payer la cotisation mensuelle pour la borne fontaine et prennent l'eau du lac ». Ils reportent que beaucoup d'enfants sont malades et meurent en bas âge. Certains groupes ont signalé des cas de décès de choléra dans la communauté durant les derniers mois.

Beaucoup se sentent marginalisés et rejetés par le reste de la société qui les considère souvent comme des « arriérés » et des « paresseux » qui « ne peuvent pas évoluer ». Certains disent ne pas aller au centre de santé car ils sont « mal accueillis » ou parce qu'ils craignent d'être « refoulés car ils n'ont pas les moyens de payer ». Ceux qui fréquentent les services de santé soutiennent qu'ils sont acceptés uniquement s'ils payent d'avance mais qu'ils sont bien accueillis. Sur

toutes les personnes rencontrées, très peu avaient bénéficié de services de soins gratuits. Ils sont très nettement moins informés des services de santé disponibles, comme de la gratuité du traitement du choléra. Ils ne connaissent pas les services gratuits pour les enfants de moins de 5 ans (CPS). Leurs enfants n'ont pas été dépistés pour la malnutrition aiguë sévère alors qu'il y a des services gratuits et disponibles et des relais communautaires dans leur voisinage. Ils sont généralement très vulnérables mais il semble qu'ils sont peu ciblés par les projets des ONG. Ils ne connaissent pas les projets de développement ou d'aide humanitaire en cours ni les différentes ONG qui interviennent dans la zone. Certains connaissaient des projets mais pensaient que les Pygmées ne pouvaient pas être bénéficiaires.

Autrefois, ils étaient nomades et principalement chasseurs et pêcheurs. Ils avaient des sorciers craints par les autres tribus et des guérisseurs réputés. Mais leur mode de vie a changé car ils ont du quitter la forêt. Ils n'ont plus la possibilité de manger du gibier. Ils n'ont plus accès aux plantes médicinales et ils ne pratiquent plus autant la médecine traditionnelle. Tous les groupes de Pygmées rencontrés sont sédentaires. Ils cherchent à s'installer et à améliorer leur habitat. Ils ont présenté l'éducation et la santé comme leurs priorités. Les différents groupes de Pygmées se connaissent et communiquent entre eux. Ils envoient des messagers qui se déplacent à pied pour apporter les nouvelles ou ils échangent des informations par téléphone.

## 2.8 Les sages

Les anciens sont considérés comme des sages. Ils sont respectés. Dans le village, comme dans la famille, ils sont consultés pour toutes sortes d'affaires. En cas de conflit entre deux familles, le chef peut faire appel aux sages pour participer à la médiation. Au centre de santé, ils peuvent être invités à la réunion du CODESA ou en faire partie en tant que conseiller. Les sages du village sont souvent des leaders religieux, notables, des anciens PréCODESA (président du comité de santé).

## 2.9 La société civile

La société civile au sens large est l'ensemble des associations non gouvernementales. Mais en RDC, la « société civile » désigne la coordination de l'ensemble des associations qui y participent. En effet, les associations qui forment la société civile sont organisées et sont représentées par des comités au niveau national, provincial, territorial, du groupement et local. Les associations sont regroupées en « composantes » qui ont chacune des représentants. Les différentes composantes sont les associations religieuses, les syndicats, associations de jeunes, de femmes, associations de développement, éthique et déontologie... A chaque niveau, on retrouve un comité et des représentants élus pour chaque composante. Le rôle de ces comités est de représenter et de défendre les intérêts de la population en général face aux pouvoirs publics. Même si en principe la société civile n'est pas politisée, il arrive que certains comités le soient.

La vie associative est très riche. On peut trouver de nombreuses associations et coopératives. Certains villages ont des comités de développement. Les corps de métiers se regroupent généralement en association pour faire face aux « tracasseries administratives ». Ils sont sujets à des taxes de différents services d'état.

Les pêcheurs sont organisés en association locale, parmi elles celles de Minova, Kasunyu, Kiata, Kitembo, Kiata et Vahe. Ces associations sont regroupées dans la FEPEMI, la fédération des pêcheurs de Minova au niveau du groupement qui fait partie de la COPELAKI, la coopérative des pêcheurs du lac Kivu. Les pêcheurs n'ont pas de règles d'hygiène, ni de précautions particulières liées à leur métier mais sont assez touchés par le choléra et les maladies « à cause de leur mode de vie sans hygiène ». Pendant le travail ils boivent l'eau du lac. Les associations rencontrées ne sont pas impliquées dans des activités de prévention des maladies. Seuls les vendeurs de poissons ont reçu des consignes sur l'hygiène et la conservation des aliments par le service d'hygiène publique de la

Zone de Santé. Les pêcheurs sont généralement informés sur la santé par les relais communautaires, la radio, à l'église ou au centre de santé.

### 2.10 Les populations déplacées

Une partie de la population des hauts plateaux est venue habiter près de la route le long du lac Kivu pour fuir les violences des groupes armés. Des déplacés du Nord Kivu se sont réfugiés à Minova. Dans la zone de santé de Bunyakiri, la population est venue également se masser près de la route au centre de la zone de santé à cause de l'insécurité. Certains vivent dans des sites de déplacés et d'autres sont installés dans des familles d'accueil, ce qui impacte considérablement la vie de ces dernières. Certains déplacés sont là depuis une dizaine d'années. Il y a eu plusieurs vagues de déplacés et de retournés successives depuis plusieurs années.

### 2.11 Les ONG

De nombreuses ONG internationales et locales sont implantées depuis des années en RDC. Dans la Zone de Santé de Minova on trouve notamment ACF, MDA, World Vision, MSF-Espagne, IRC, NCA, etc. A Bunyakiri, sont présents ACTED, ACF, PIN, AVSI, IRC, etc. La population est relativement habituée aux interventions des ONG. La plupart des interventions sont à court terme (moins de 1 an) car les Kivus sont considérés comme des zones insécurisées, ciblées par des projets d'urgence. Les projets sont mis en place de manière intensive sur un temps défini, puis s'arrêtent par défaut de financement. Ensuite, soit ils sont repris par un autre acteur, soit le projet est mis en place sur une autre zone où il y a plus de financements disponibles. Les activités des ONG sont assez volatiles par rapport à d'autres pays où les ONG vont travailler plusieurs années sur une même zone d'intervention et renouveler les projets plusieurs années de suite. On observe cependant quelques projets à moyen terme (4 ans). Ce mode d'intervention a un impact sur les centres de santé. Ceci ont des nouveaux services qui s'ouvrent ou restent en *stand by* au gré des appuis des ONG. L'approvisionnement en médicaments et le prix des soins est très inégal d'une structure sanitaire à l'autre.

Les partenaires locaux et notamment les Zones de Santé attendent beaucoup des ONGI. Mais ils recherchent des partenaires financiers plus que des partenaires opérationnels. La population paye des taxes et il y a des institutions chargées des aménagements publics, mais le plus souvent la population, la société civile ou les acteurs locaux font appel directement aux ONGI. Beaucoup de personnes considèrent que les ONG doivent tout faire « car elles ont des moyens ».

## **3. Le système de santé**

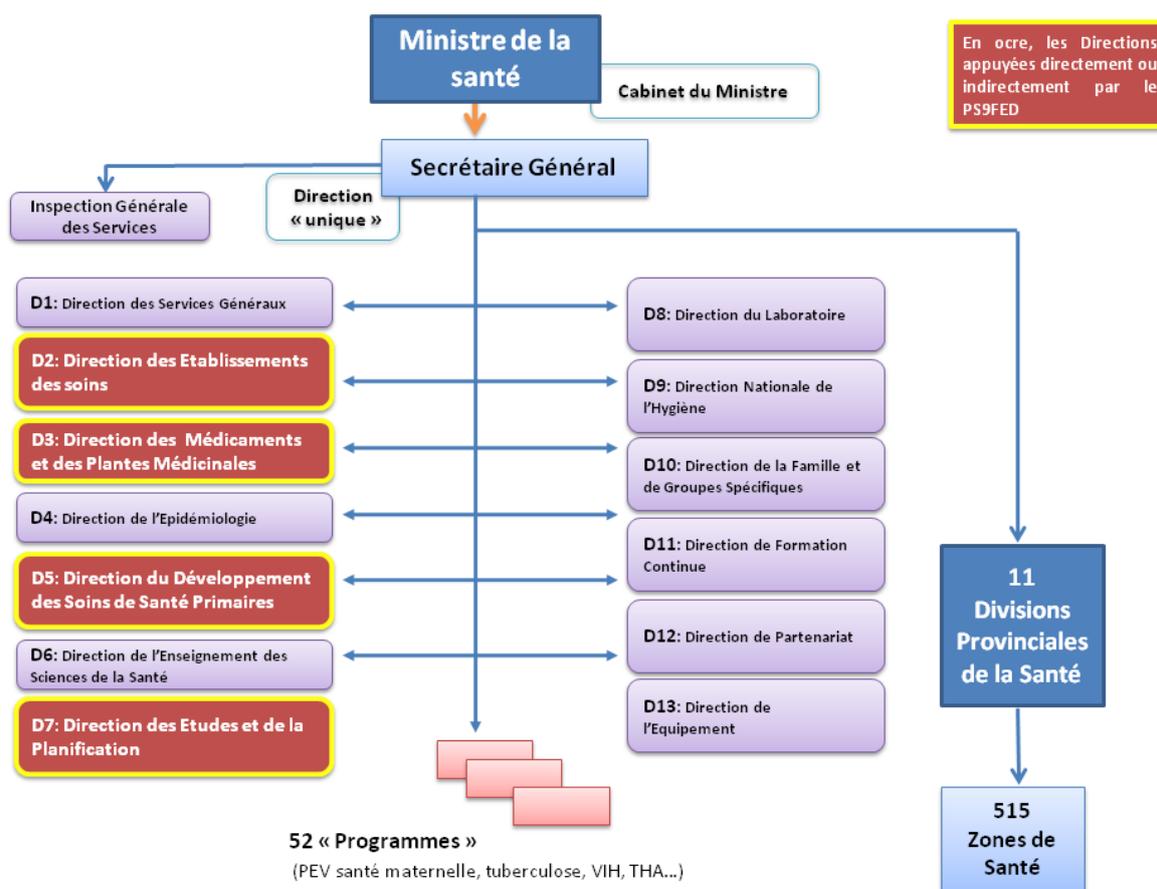
### 3.1 Historique

Les premières expériences en santé communautaires en RDC et la création des Zones de Santé datent des années 70. Cependant, elles sont devenues réellement opérationnelles dans les années 80 quand leur rôle a été défini comme des unités opérationnelles de planification et de mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. La plupart des centres de santé étaient privés et appartenaient aux églises protestantes et catholiques. Pendant les années de conflit, ce système décentralisé qui avait déjà des problèmes de gestion s'est effondré. Les interventions humanitaires ont pris le relais avec généralement des approches sélectives (visant une maladie en particulier). Cette approche sélective s'est accentuée dans les années 2000 avec la mise en place de programmes nationaux verticaux et spécialisés au détriment des soins de santé primaires. Une partie des structures sanitaires étaient privées et notamment les hôpitaux, qui travaillaient de manière complètement autonome des Zones de Santé. Pour les médicaments, des chaînes d'approvisionnements parallèles se sont développées et les bureaux centraux et points focaux se sont multipliés. D'une manière générale, les actions n'étaient pas coordonnées et la couverture des

services de soins était très inégale<sup>11</sup>. Depuis 2006, le système de santé essaye de se réorganiser pour retrouver une cohérence. Le personnel dirigeant des hôpitaux a été associé à la gestion de la Zone de Santé et fait partie des équipes cadre des Zones de Santé (ECZS).

Aujourd'hui, la majorité des centres de santé de la province du Sud Kivu appartiennent à l'état, tandis qu'au Nord Kivu un grand nombre de structures sont restées privées. Les Eglises gèrent quelques Centres de Santé mais sont surtout investies dans la gestion des centres hospitaliers et des hôpitaux et dans l'approvisionnement en médicament comme le fait le BDOM. Les leaders religieux participent à la gestion des affaires liées à la santé à travers les COGES (comités de gestion) et comité d'urgence choléra dont ils sont membres. Les leaders religieux interviennent généralement également dans le CODIR (comité directeur de l'hôpital) pour les hôpitaux leur appartenant.

Figure 2 : Organisation du Ministère de la Santé Publique de la RDC<sup>12</sup>



Depuis plusieurs années, la prise en charge de la malnutrition aiguë était principalement assurée par les ONG, en parallèle du système de santé, selon leur propre protocole. Le Ministère de la santé publique a commencé à harmoniser la prise en charge de la malnutrition à partir de 2000 avec la mise en place du programme national unique de nutrition, PRONANUT et l'élaboration du premier protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë. Le PRONANUT fait partie des 52 programmes verticaux spécialisés du ministère de la santé et se trouve directement sous la Direction IV de Lutte contre les Maladies<sup>13</sup>. Le protocole a été adopté et mis en place par les ONG.

<sup>11</sup> Stratégie de Renforcement du Système de Santé, Deuxième Edition, Mars 2010.

<sup>12</sup> PROTOCOLE NATIONAL DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DE LA MALNUTRITION AIGUË « PCIMA » KISANTU, MARS 2011

<sup>13</sup> EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUË - REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO UNICEF Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest et du Centre Avril 2010.

Après la mise en place de projets pilotes<sup>14</sup> de prise en charge communautaire de la malnutrition grâce à l'utilisation des Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) qui permet un traitement à domicile, le protocole est mis à jour et devient le PCCMA, Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition aiguë en 2008. Mais la plupart des traitements nutritionnels sont organisés dans des structures spécialisées, séparées des soins de santé primaires, très peu sont intégrées dans les structures sanitaires. Ce protocole est nouvellement révisé en 2011 et devient PCIMA, Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë. Les principaux changements apportés sont la reconnaissance de la malnutrition aiguë comme une maladie comme les autres et la planification d'activités de prévention et de prise en charge de la malnutrition aiguë dans le paquet minimum d'activités (PMA) des Zones de Santé<sup>15</sup>, c'est-à-dire 7 jours sur 7.

Aujourd'hui l'action des ONG spécialisées en nutrition comme ACF se focalisent sur le renforcement des capacités et l'appui à la Zone de Santé dans la mise en place de la PCIMA. Cependant dans les faits, la mise en place du paquet minimum d'activités n'est pas systématique, la PCIMA n'est pas un service disponible dans tous les centres de santé et la chaîne d'approvisionnement en intrants nutritionnels reste problématique. Les centres de Santé qui prennent en charge la malnutrition aiguë mais qui ne sont pas soutenus par des ONG connaissent des ruptures de stock de plusieurs mois.

### 3.2 Organisation de la zone de Santé

Au niveau central, le Ministère de la Santé Publique est en charge de la régulation et de la direction du secteur santé.

Au niveau intermédiaire, on trouve la Division Provinciale de Santé (DPS) ou Inspection Provinciale de Santé (IPS) et les Districts Sanitaires. Ces institutions sont chargées de la supervision et ont des responsabilités dans la gestion des services de santé. La province du Sud Kivu compte 5 districts sanitaires. Les Zones de Santé de Minova, Kalehe, Katana, Miti-Murhesa et Bunyakiri sont regroupées dans le District Nord et dépendent de la DPS du Sud Kivu.

Les Zones de Santé, qui sont des unités opérationnelles de planification et de mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. La Zone de Santé (ZS) est une entité géographique qui comprend au moins 100.000 habitants et dispose au minimum de Centres de Santé et d'un Hôpital Général de Référence. Elle est subdivisée en « Aires de Santé », chacune couverte par un Centre de Santé. Théoriquement, l'Aire de Santé couvre environ 10 000 habitants et les structures de santé (Centre ou Poste de Santé) doivent se trouver à moins de 5 km. Dans les aires de santé qui sont vastes, on trouve des postes de santé, structures plus basiques qui rapprochent les services de santé de la population.

Le découpage sanitaire n'est pas complètement figé. Dans la zone de Santé de Bunyakiri, il doit être remanié à cause des déplacements de population. Quand à la Zone de Santé de Minova, elle faisait auparavant partie de la Zone de Santé de Kirotshe mais a été détachée de celle-ci afin que le découpage sanitaire soit plus cohérent avec le découpage administratif. En effet, une zone de Santé ne doit pas se trouver à cheval sur deux territoires ou deux provinces différentes. La zone de Santé de Minova a été créée fin 2005 et comptait une dizaine d'aires de santé à l'origine. Aujourd'hui elle en compte 18.

Le Médecin Chef de Zone (MCZ) est à la tête de la Zone de Santé et dirige le Bureau Central de la Zone (BCZ). Les organes de gestion de la Zone de Santé sont l'Equipe cadre de la Zone de santé

---

<sup>14</sup> Projets pilotes mis en place par quatre ONGs sur les provinces de l'est du pays : Sud Kivu (ACF-USA), Nord Kivu (WVI), Maniema (Concern Worldwide) et Ituri en Province Orientale (COOPI), en collaboration avec VALID –INTERNATIONAL.

<sup>15</sup> PROTOCOLE NATIONAL DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DE LA MALNUTRITION AIGUE « PCIMA » KISANTU, MARS 2011.

(ECZS) qui regroupe des cadres du BCZ et de l'hôpital, le comité de gestion de la Zone de Santé (COGES ou COGE) et le Conseil d'Administration (CA).

Chaque mois des réunions sont organisées pour le suivi et la planification des activités dans la zone de sante, parmi lesquelles il y a :

- La réunion Soins de Santé Primaire (SSP): Chaque mois, au BCZ, tous les Infirmiers Titulaires et Présidents des CODESA (PreCo) se rencontrent pour faire le point sur chaque aire de santé de la Zone de santé.
- La réunion du COGES: chaque mois après la réunion SSP, réunion de l'ECZS (équipe cadre zone de santé), des représentants religieux et de la société civile, le représentant des CODESA et les partenaires de la zone de santé pour faire le bilan des activités du mois et discuter des orientations pour la zone de santé.
- La réunion du CODIR: réunion une fois par mois de l'équipe cadre de l'hôpital sur les activités de l'hôpital.

Des réunions ad hoc sont également mise en place pour les situations d'urgences, par exemple en cas d'épidémie de choléra, le comité d'urgence constitue d'un responsable administratif (Administrateur du Territoire ou Chef de poste), des autorités sanitaires, d'un responsable de la Croix Rouge Congolaise, de représentants de la société civile et des leaders religieux, et de partenaires de la Zone de Sante peut être convoqué.

#### Organisation de l'Aire de Santé

L'infirmier Titulaire (IT) est le responsable de l'Aire de Santé et dirige l'équipe du centre de santé et des postes de santé lorsqu'il y en a. Il est également le conseiller technique du CODESA ou du COSA, Comité de Santé. Ces comités sont les organes de gestion communautaire des services de santé. L'organisation varie d'une zone de Santé à l'autre. A Bunyakiri, il y a des COSA constitués d'une dizaine de membres, de l'IT, des leaders communautaires et des représentants des relais communautaires comme décrits dans le recueil des normes d'organisation et de fonctionnement de la Zone de Santé<sup>16</sup>. A Minova et Kalehe, l'organisation est différente, on parle des CODESA qui sont constitués de 25 à 30 membres qui sont tous des représentants des relais communautaires. Ces comités se réunissent une fois par mois pour faire le bilan des activités de l'Aire de Santé. Le bilan s'articule autour des activités curatives, préventives, promotionnelles, et activités de gestion. Les CODESA sont plus ou moins investis dans la gestion du Centre de Santé d'une Aire de Santé à une autre. Chaque mois, après la réunion du CODESA, l'IT et le Président du CODESA rendent compte des activités de l'Aire de Santé au BCZ, lors de la réunion des Soins de Santé Primaire (SSP).

Le financement du secteur de santé repose théoriquement sur la participation de l'état, les apports extérieurs et le recouvrement des coûts. Mais le fonctionnement de l'Aire de Santé repose principalement sur le recouvrement des coûts et les appuis des partenaires qui diffèrent d'un centre de santé à un autre dans une même Zone de Santé. Les consultations *curatives*<sup>17</sup> sont payantes et les recettes servent à racheter des médicaments (30%) et à payer les primes du personnel (50%). Le reste est utilisé pour les frais de fonctionnement et une partie est reversée au BCZ. Les prix des consultations varient d'un centre à un autre : en moyenne pour adulte de 800 à 2000 francs, pour un enfant de 500 à 1000 francs. Certains centres de santé offrent des soins gratuits mais leur personnel est payé par des ONG partenaires, ce qui est perçu comme une concurrence déloyale par le personnel de santé dont le salaire dépend des recettes des soins payants. Le personnel de santé signale également le problème de l'endettement des patients qui influe sur le montant de leur

<sup>16</sup> Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement de la Zone de Santé, RDC Ministère de la Santé, septembre 2009.

<sup>17</sup> A la différence des consultations préventives: consultations prénatales et préscolaires

prime : « Les malades laissent des factures impayées et à la fin du mois il manque des recettes. Ceux qui ne peuvent pas payer, ne reviennent pas. »

C'est aussi pourquoi beaucoup de services gratuits (vaccination, prise en charge de la malnutrition aigüe, prise en charge du choléra,..) sont considérés comme des manques à gagner par le personnel soignant. Les ONG partenaires fournissent des intrants et donnent généralement des primes mensuelles au centre de santé, qui compensent plus ou moins les consultations gratuites mais qui s'arrêtent avec la fin de l'appui. Le montant des primes et les modalités d'utilisation sont très variables d'une ONG à une autre.

Dans d'autres Zones de Santé, par exemple à Katana, il y a des partenaires de financement du système de santé basé sur l'achat des performances (AAP<sup>18</sup>). Plus le centre de santé a de patients et plus il est actif, plus le personnel soignant est rémunéré.

Dans la Zone de Santé de Kalehe, les services de santé appuyés par un programme de Santé Communautaire d'IRC qui entame un processus de désengagement sont en train de passer progressivement des soins gratuits aux soins payants. La Zone de Santé travaille sur la mise en place d'une nouvelle tarification.

### 3.3 Mobilisation communautaire

La mobilisation communautaire est un dispositif reposant le plus souvent sur le volontariat, mis en place pour accroître la couverture des services de santé. Plutôt que d'aller de village en village pour couvrir toute l'Aire de Santé, ou de mettre en place des cliniques mobiles, le personnel de santé fait appel à des volontaires de chaque village et les charge de diffuser les informations sur les services disponibles au centre de santé, de dépister et référer des patients au centre de santé et de promouvoir des bonnes pratiques de santé. Le cas de la RDC est un peu particulier car les relais communautaires (ReCo) ont également un rôle de représentation de la population face aux autorités sanitaires et participent à la gestion des services de santé au niveau de l'Aire de Santé et de la Zone de Santé.

Le BCZ organise des élections de ReCo dans les villages. La population se regroupe par groupes de 10 à 15 familles pour élire son ReCo pour un mandat de 3 ans. Ensuite, les ReCo se regroupent par quartiers ou sous villages pour constituer les cellules d'animation communautaire (CAC). Chaque CAC choisit un ReCo qui le représentera au CODESA. Le nombre de membres du CODESA dépend donc du nombre de ReCo de l'Aire de Santé. Tous les relais de l'Aire de Santé se rassemblent pour élire le Président du CODESA (PréCo). Le PréCo est en charge de compiler les rapports mensuels des ReCo et représente la population de l'Aire de Santé lors des réunions mensuelles de soins de santé primaires (SSP) de la Zone de Santé. Les PréCo des Aires de Santé ont un représentant élu, le Président des PréCo qui représente la population des Aires de Santé et les relais communautaires lors des réunions de COGES.

Pour faire passer les messages, l'IT réunit le CODESA ou contacte le PréCo qui informe les ReCo. Les ReCo consacrent généralement une ou deux demi-journées par semaine selon leur disponibilité à faire passer les messages et certains vont aider au centre de santé un jour par semaine. La plupart utilisent les réunions des communautés religieuses tôt le matin ou dans l'après midi pour faire passer le message. Certains informent le chef de localité ou de 10 maisons qui peut les aider à convoquer une réunion ou ils peuvent aussi passer de maison en maison pour inviter les femmes à la CPN ou sensibiliser chaque ménage sur le message dont ils sont chargés. Dans certains centres de santé, on peut aussi prêter un mégaphone au ReCo pour qu'ils passent dans les rues et informent la population. Le jour de la CPN le personnel soignant, la « femme sage » ou les ReCo peuvent profiter de la présence des femmes au centre de santé pour les sensibiliser. Dans certaines

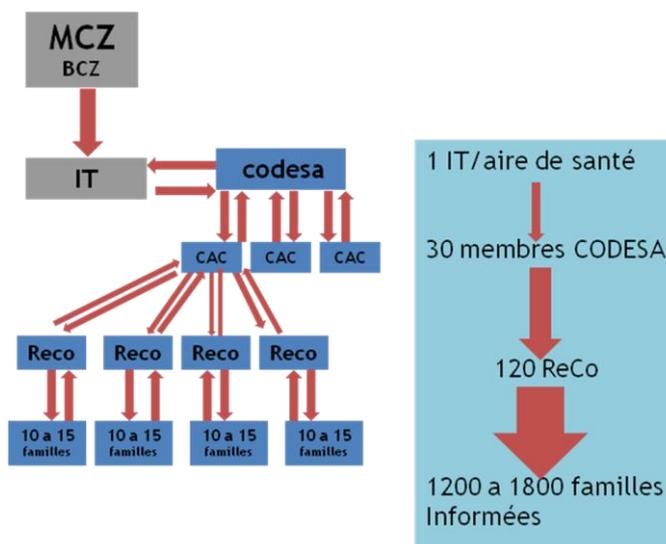
---

<sup>18</sup> Agence d'Achat des Performances

zone de santé, les IT impliquent également les guérisseurs de manière à ce qu'ils réfèrent les patients au centre de santé, dans d'autres zones ils n'y a pas ou très peu de collaboration avec les tradipraticiens.

En cas d'information importante, l'IT informe aussi le chef de localité pour qu'il fasse passer le message aux chefs des sous villages et chefs des 10 maisons. S'il s'agit d'une urgence, comme d'une épidémie, il va réunir les leaders religieux, les chefs, les notables et les directeurs d'écoles. Là où il y a une radio communautaire, l'IT peut parfois solliciter la radio pour faire passer une annonce gratuitement.

Figure 3: Effet cascade de la mobilisation



Les ReCo s'occupent d'informer les familles dont ils sont chargés. Là où il y a des ReCo actifs ce système d'information est très efficace. Mais dans la réalité, il n'y a pas un ReCo pour 10 à 15 ménages. Le nombre de ReCo est insuffisant par rapport au nombre d'habitants. Certains ReCo ont été élus mais ne sont pas actifs. On trouve aussi des quartiers où aucun ReCo ne s'est présenté ou encore des communautés qui n'ont aucun relais les représentant. La couverture est inégale. Dans les différentes Zone de Santé qui ont fait l'objet de l'enquête, on remarque qu'en moyenne le nombre de ReCo actifs est à peu près la moitié du nombre de ReCo prévus. Une aire de santé a entre 50 et 120 ReCo en fonction du nombre de ses habitants. Une Zone de Santé peut compter entre 800 et 1200 ReCo actifs en moyenne.

Les ReCo sont régulièrement utilisés par les ONG pour des interventions spécifiques en santé, Eau Assainissement Hygiène, sécurité alimentaire et autres projets de développement. Certaines ONG pour atteindre leurs objectifs en un temps limité font le choix de rémunérer un petit nombre de ReCo qui sont dédiés à leur projet. L'avantage est que le travail des relais est garanti sur le temps du projet mais cela risque de démotiver les autres relais qui eux sont bénévoles et de créer des jalousies. Cela peut aussi détourner les relais indemnisés de leurs tâches d'origines et cela ne garantit pas qu'ils vont continuer quand le projet s'arrête.

### 3.4 Le passage de la PCCMA à la PCIMA

Dans l'ensemble, le passage de la Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aigüe (PCCMA) à la Prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe (PCIMA) est perçu comme une amélioration par le personnel de santé. Premièrement, la plupart des infirmiers soulignent que la PCIMA permet d'éviter de stigmatiser la malnutrition aigüe en la traitant comme «une maladie comme les autres». Deuxièmement, le fait de répartir la prise en charge sur toute la semaine plutôt que de concentrer tous les patients malnutris sur une seule journée par semaine facilite la gestion

des patients. « La charge de travail est mieux répartie ». « Avant avec la PCCMA, une fois par semaine, le jour du traitement il y avait beaucoup de mères et d'enfants en même temps au centre de santé, cela causait beaucoup de stress. » Par contre, le dépistage systématique est un peu difficile à mettre en place car il faut être deux pour prendre les mesures anthropométriques, et cela demande plus de travail. « C'est surtout prendre la taille de l'enfant qui est difficile car la personne qui s'occupe de la réception a besoin d'une autre personne pour l'aider ».

Certains IT déplorent que malheureusement même si maintenant le traitement est intégré, le « Plumpy Nut » n'est pas inclus dans les « médicaments essentiels », ce qui complique la continuité du traitement une fois les partenaires ONG désengagés. « La dernière fois que le soutien de ACF s'est arrêté, après on a connu des ruptures de stock de 3 à 6 mois. »

Dans les centres de santé ou les infirmiers n'ont pas été formés à la PCCMA ou PCIMA, les infirmiers diagnostiquent la malnutrition par l'observation et en faisant des analyses des selles. Les signes qu'ils connaissent sont ceux du Kwashiorkor (changement de la couleur de la peau, gonflement des pieds). Les traitements donnés sont généralement des vermifuges.

### 3.5 Les stratégies pour faire face aux dépenses de santé

Il existe quelques mutuelles de santé (MUSA) qui peuvent prendre en charge les dépenses de santé sur un principe d'adhésion annuelle. Les membres cotisent environ 3\$ par an, chaque personne de la famille paye une cotisation. Il y a une période d'observation de 3 mois après le premier dépôt de cotisation avant l'acceptation dans la mutuelle. Après 3 mois, les dépenses dans les structures sanitaires affiliées seront prises en charge à 50%, et après 2 ans à 80%.

Une part de la population va préférer aller se faire soigner dans une autre aire de santé que celle dont elle dépend pour accéder aux soins gratuits offerts par des structures appuyées par des ONG.

Il y a des associations de femmes qui se regroupent pour cultiver dans un champ communautaire. Le fruit des récoltes est destiné en général à la mise en place d'un projet d'activités génératrices de revenus (achat de petit bétail ou d'un moulin) et pour faire face aux imprévus (frais de santé, décès,..).

Pour le cas des personnes qui se retrouvent contraintes d'utiliser les services de santé payants et qui n'ont pas les moyens de payer, le patient s'endette auprès du Centre de Santé et dispose d'un délai pour rembourser.

Dans certaines Zones de Santé, comme à Bunyakiri, il y a des services gratuits pour les vulnérables (veuves, déplacés, orphelins, indigents,..). Une liste est constituée pour l'Aire de Santé et les personnes peuvent se présenter pour bénéficier des soins. Mais ce système est subventionné par une ONG qui compense les consultations gratuites par un appui financier et en médicament. La Zone de Santé de Kalehe qui va passer progressivement de services gratuits à des services payants entre 2013 et 2014 est également en train de constituer une liste d'indigents qui devraient avoir un accès gratuit aux soins. On y trouve également un centre de santé privé qui avait été spécialement créé à l'origine pour soigner gratuitement les pygmées et qui continue aujourd'hui de donner des soins gratuits aux indigents. Théoriquement, selon un arrêté ministériel, chaque Zone de Santé devrait définir des critères d'indigence pour déterminer qui peut accéder aux consultations curatives gratuitement.

## **4. La famille**

### 4.1 Organisation sociale

D'une manière générale la société se structure autour de la tribu. Chaque tribu est liée à sa terre et à son chef traditionnel qui est le garant de l'unité et de la coutume. La tribu est constituée par des clans dont tous les membres affirment descendre d'un ou plusieurs ancêtres communs. Le clan comprend les familles élargies ayant un ancêtre commun auquel on peut facilement remonter ou qui a été connu par les anciens. On considère uniquement la lignée du père pour déterminer l'appartenance au clan. Le nom du clan vient généralement du nom ou surnom de l'ancêtre qui l'a fondé<sup>19</sup>. Des liens économiques et de solidarité relient les familles d'un même clan. Ensuite, viennent la famille élargie et la famille restreinte. La femme qui se marie quitte son clan pour celui de son mari.

#### 4.2 Le mariage

Une personne qui n'est pas mariée est considérée comme un enfant. Pour se marier il faut normalement être majeur mais dans la réalité ce n'est pas toujours le cas. Le garçon doit avoir une maison et avoir des revenus. Autrefois, lorsqu'un jeune homme voulait se marier, il exprimait à ses parents son désir de se marier. Ceux-ci allaient lui proposer une jeune fille en fonction de leurs relations et alliances avec d'autres familles. Le jeune homme devait faire la connaissance de la jeune fille et lui présenter un petit cadeau appelé « souvenir » qui lui signifiait sa demande en mariage. Aujourd'hui, dans beaucoup de cas, c'est le garçon qui choisit la jeune fille et qui va demander l'autorisation de se marier à ses parents. Ensuite, les deux familles se rencontrent pour s'accorder sur le montant de la dot. La famille du garçon remet la dot à celle de la fille, ce qui scelle les fiançailles. Le garçon doit nécessairement donner une houe, en l'acceptant, la famille de la fille accepte le mariage. La famille du garçon prépare alors la bière traditionnelle et va solliciter la famille de la fille pour que la fille vienne habiter chez eux. Après cette étape, les deux familles vont entamer les procédures administratives pour le mariage civil et religieux.

Dans la tradition Bahavu, un devin devait être consulté pour vérifier si la fille choisie convient au jeune homme. Il est difficile de dire si cette coutume est toujours pratiquée, en revanche, la dote est toujours une étape nécessaire pour se marier. Dans la coutume Bashi<sup>20</sup>, deux membres d'une même lignée ne peuvent se marier afin d'éviter la consanguinité mais la définition de lignage n'est pas très précise.

Le montant de la dot est élevé. Chez les Bahavu traditionnellement on doit donner à la famille de la jeune fille : 2 vaches (>500\$/vache), 12 chèvres (>80\$/chèvre), un pagne pour la belle mère (100\$), un complet-veste et des chaussures pour le beau-père, des grandes casseroles, un bidon, une houe, la boisson. Certains jeunes ont des difficultés pour rassembler la dot et accéder au mariage. Ils doivent s'endetter, ce qui peut causer par la suite des tensions entre les deux familles, ou obliger la femme à beaucoup travailler pour prouver sa valeur.

Si le garçon n'a pas le montant de la dote, ou si il n'a pas l'aval des parents, il peut convenir avec la fille de s'enfuir, c'est ce qu'on appelle le *Kurendeza* (le mariage par rapt). Après la fuite, la famille du garçon doit aller annoncer à la famille de la fille que celle-ci est chez eux et discuter de la façon de régulariser la situation.

Certaines femmes, les *Nabiragi* (ego), ne se marient pas dans la vie civile mais se marient symboliquement avec un des héros divinisés et lui consacrent leur vie. Aujourd'hui ces femmes sont assez rares.

Le concubinage entre Pygmées et Buhavu est possible mais le mariage se fait très difficilement. Les jeunes hommes Pygmées ont aussi des problèmes pour rassembler la dot et se marier.

---

<sup>19</sup> "Les clans au pays des Bashi (Bunyabungu) par le R. P. Colle, des Missions d'Afrique. Extrait de la revue "Congo." Vol.II ( 1992), tome I.

<sup>20</sup> Les rites chez les Bashi et les Bahavu, Dikonda wa Lumanyisa, 1971-1972. Thèse, Université Libre de Bruxelles.

#### 4.3 Rapport homme/femme

Le mari est le chef de famille. Il est chargé de subvenir aux besoins de la famille, de la sécurité, de la scolarisation des enfants. La femme est chargée de tenir le foyer (cuisine, propreté,..), de l'éducation des enfants, de l'approvisionnement en eau, et de procréer. Chez les *Batembo*, la femme est aussi chargée des travaux champêtres (cultiver, sarcler, semer et récolter). Pendant que la mère est aux champs, les jeunes enfants sont laissés à la surveillance des plus grands.

Dans le mariage monogamique, la responsabilité de la gestion du foyer est confiée à la femme, notamment la gestion économique. Dans le mariage polygamique, la responsabilité du foyer peut être déléguée au fils aîné, s'il est assez grand. Les femmes ont moins de soutien et doivent chercher à subvenir à une partie de leurs besoins.

#### 4.4 Héritage et succession

Dans la coutume, la femme ne pouvait pas hériter, ne gérait pas les propriétés et les revenus importants en l'absence de son mari. Si le mari s'absentait ou décédait, c'était souvent le frère de son mari qui était chargé d'administrer les biens. En cas de veuvage, c'est seulement ses enfants garçons qui héritaient. Aujourd'hui encore, si la loi permet que la veuve puisse hériter des biens du mari décédé, cette loi n'est pas vraiment appliquée. La famille du mari a plus de facilités à revendiquer les biens de celui-ci que sa veuve. Avoir des garçons reste pour une femme l'assurance qu'en cas de veuvage elle ne sera pas démunie.

L'héritage est le partage des biens entre les enfants ou autres héritiers. L'aîné garçon reçoit en général une part plus importante des biens. Pour les familles monogames, les biens sont répartis entre les enfants garçons. Pour les familles polygames les biens sont répartis entre les aînés garçons de chaque femme. Si la femme n'a pas d'enfant, on choisit généralement quelqu'un de la famille du père pour que les biens restent dans la lignée.

La succession concerne la passation du pouvoir et des responsabilités. Elle se fait du père au fils aîné ou bien la famille peut désigner un autre fils qui présente les qualités requises pour succéder. Traditionnellement, la personne choisie doit se présenter auprès du chef coutumier qui approuve le choix de la famille et lui remet une houe en signe de prospérité et une lance qui symbolise la responsabilité du chef de famille de subvenir à ses besoins et de la protéger. L'héritier reçoit ensuite les attributs de son père au cours d'une cérémonie.

#### 4.5 Les interdits

Les coutumes comprennent de nombreux interdits qui sont encore plus ou moins observés. Les exemples qui suivent ne sont pas exhaustifs.

Autrefois la femme devait respecter de nombreux interdits liés à la coutume. Elle ne pouvait pas monter sur un arbre ou sur le toit d'une maison, ni sauter par-dessus une corde tendue pour éviter d'exposer sa nudité. Elle ne pouvait pas siffler, car siffler est un acte de liberté et d'autorité réservé à l'homme, elle ne pouvait pas parler en présence des hommes<sup>21</sup>. Pour « protéger la femme contre la friandise immodérée qui pourrait entraîner au vol, » celle-ci ne pouvait pas manger de viande (surtout celle du porc), la poule, les œufs, les rats, le poisson "isombi", les sauterelles<sup>22</sup>, etc., nourritures qui étaient réservées aux hommes. Aujourd'hui, la plupart de ces interdits ne sont plus observés.

Selon la tradition buhavu, la virginité était importante. Une famille était respectée pour avoir su préserver la virginité de la jeune fille jusqu'au mariage. Par contre, dans la coutume mashi, pour

<sup>21</sup> LES INTERDITS SUR LA FEMME CHEZ LES BASHI ET LE ROLE DU GUERISSEUR: ETUDE ANTHROPOLOGICO-PHILOSOPHIQUE

<sup>22</sup> GOUVERNANCE ET CULTURES/TRADITION DE PAIX DANS LES VILLES DE BUKAVU, BUTEMBO ET GOMA (RDC) 2007

une partie de la population, une jeune fille ne devait pas être vierge pour le mariage. Les jeunes filles devaient accomplir des préparations secrètes en se cachant dans les bananeraies. Si une jeune fille était surprise par un garçon dans une de ces préparations, il pouvait lui demander d'avoir des relations sexuelles et la jeune fille ne pouvait pas refuser. D'une manière générale, une femme non mariée ne pouvait se refuser à un homme.<sup>23</sup>

L'adultère est interdit. Le mari ou la femme qui commet l'adultère risque de provoquer des maladies chez son conjoint ou son enfant. Si le mari est malade, il ne doit pas recevoir de visite de l'amant de sa femme car cela pourrait causer sa mort.

Pour des questions de respect de l'intimité et d'éducation, chez les Bahavu, le beau père ne peut pas regarder sa belle fille manger, de même pour le gendre avec sa belle mère. Si la belle mère est en train de manger et que son gendre entre, elle doit quitter la pièce. Elle ne peut pas dormir sous le même toit et **la belle mère ne peut pas utiliser les mêmes toilettes que son gendre.**

L'homme ne peut pas frapper sa femme avec le pilon pour la farine. Car le pilon ne doit pas être utilisé pour combattre ou frapper quelqu'un dans la coutume Mashi.

Il ne faut pas couper le bananier avec une hache. Pour éviter les accidents il est interdit de couper le bananier avec une hache, l'explication donnée pour dissuader les hommes de le faire est que leur sexe va se retrouver sur leur front.

A la mort du *Mwami*, pendant la période de deuil, il est défendu de cultiver, de semer. Les taureaux sont séparés des vaches<sup>24</sup>. Cette période de deuil peut durer longtemps, elle prendra fin seulement avec l'intronisation du nouveau *Mwami*. Si la recherche de la succession du *Mwami* prend beaucoup de temps, les conséquences sur les récoltes à venir seront importantes.

A la naissance d'un enfant, entre le moment de l'accouchement et la présentation du nouveau-né à la famille quelques jours plus tard, la famille proche des parents doit observer une période d'abstinence dans les relations sexuelles. D'une manière générale, les relations sexuelles dans le couple sont très réglementées.

Les clans ont généralement des totems. Ceux-ci peuvent être des plantes, des objets ou le plus souvent des animaux qui sont attachés à l'histoire du fondateur du clan et considérés comme leur parent. On ne doit pas tuer l'animal totem de son propre clan ou du clan de son *Mwami*. On ne doit pas le manger non plus, sous peine de tomber gravement malade. Le chien est l'animal totem du clan des Beshaza. L'oiseau Kafunzi est celui des Balega. Dans la tradition des Bashi et des Bahavu, le chat tigre et le léopard sont respectés car ce sont des animaux dans lesquels le *Mwami* peut se réincarner. Une femme enceinte du clan des Beshaza ne doit pas traverser par-dessus un endroit où un chien a été enterré car cela peut entraîner des maladies pour le bébé à venir.

## 5. Représentations et attributions des maladies

D'une manière générale, le malade cherche un sens à sa maladie : une maladie n'arrive pas par hasard, elle est le résultat d'une suite d'événements survenus dans la vie d'une personne et porte une signification. La maladie peut survenir à la suite d'une émotion forte, d'un stress intense, d'une dispute, d'un acte contraire à la coutume (violation d'un interdit), etc.

La médecine moderne s'intéresse à la dimension physique de la maladie en tant que phénomène, à ses symptômes et à ses causes immédiates : « Le *vibrion cholerae* est l'agent qui provoque le choléra et les symptômes sont une diarrhée profuse et incolore, et/ou des vomissements .... ».

---

<sup>23</sup> Les rites chez les Bashi et les Bahavu, Dikonda wa Lumanyisa, 1971-1972. Thèse, Université Libre de Bruxelles.

<sup>24</sup> Journal des Africanistes 72-1, 2002 ; 227-261

La médecine traditionnelle s'intéresse au malade et à son histoire. Elle recherche les causes d'origine de la maladie et sa signification symbolique: s'il s'avère que le malade a contracté une maladie suite à un acte qui a mécontenté les ancêtres, alors le traitement passe par un médicament qui soignera les symptômes mais également par des actions de réconciliations ou rites de purifications qui viendront apporter une solution aux causes des maladies.

La typologie des maladies dans la communauté est assez complexe. Les mêmes symptômes peuvent correspondre à différentes maladies, chacune pouvant être provoquée à son tour par différentes causes biologiques ou magiques. Par conséquent, elles ne nécessitent pas forcément le même traitement. L'identification de la cause de la maladie déterminera le choix thérapeutique. Par exemple, les symptômes « diarrhée, vomissement, affaiblissement et amaigrissement » peuvent être attribués aussi bien au choléra comme à l'effet du « *Karuho* », un poison mortel. Le choléra peut être causé par l'absorption de microbes du choléra mais également par un sort. L'empoisonnement au « *Karuho* » peut être dû à l'absorption d'une substance toxique ou à un acte de sorcellerie. Si l'on considère que le choléra peut être soigné par un guérisseur comme au centre de santé, en revanche l'empoisonnement au « *karuho* » ne peut être soigné que par un guérisseur expérimenté.

### 5.1 Les maladies dites « naturelles »

On considère que si l'enfant est né avec une pathologie, il n'y a pas de traitement possible. « Si l'enfant naît comme ça, c'est une maladie naturelle, on ne peut rien faire » par opposition aux maladies survenues après la naissance qui elles peuvent être traitées.

### 5.2 Les maladies dites « héréditaires »

La notion « d'hérédité » peut être interprétée de différentes manières. On peut parler « d'hérédité » quand une même maladie touche plusieurs personnes d'une même famille, par exemple plusieurs enfants malnutris au sein d'une même famille. Les maladies héréditaires peuvent aussi désigner les maladies transmises pendant la grossesse de la mère au fœtus. Elles peuvent avoir une origine biologique ou magique. Pour le cas des maladies magiques transmises au fœtus, celles-ci peuvent avoir été provoquées intentionnellement par une personne malveillante qui cherche à se venger ou être la conséquence d'une action contraire à la coutume. Par exemple, le fait pour une femme enceinte *mwishaza*<sup>25</sup> de marcher sur un endroit ou un chien a été enterré pourrait entraîner le « *Ngonga* » une maladie infantile, chez son enfant. De même on considère que l'adultère peut entraîner la maladie chez l'enfant.

### 5.3 Les maladies « jetées »

Les maladies « jetées » sont celles qui ont été provoquées par un sort. Ce sort peut être envoyé de manière intentionnelle et préméditée lorsque « par envie une personne a recours à un sorcier pour qu'il envoie une maladie à la personne qui fait l'objet de la jalousie ». La personne visée par le sort sera alors « attrapée par la maladie ». Le sort peut être envoyé par une personne malveillante, par des ancêtres mécontents ou de mauvais esprits. Mais un sort peut être également jeté de manière accidentelle ou non préméditée, comme par des « paroles prononcées » ou par des songes. Une personne sous le coup de la colère va prononcer des paroles chargées de menace, comparables à une malédiction qui pourra par la suite affecter négativement la vie de la personne interpellée. Si celle-ci tombe malade ou meurt subitement, on fera le lien entre cet événement et les paroles prédisant un avenir funeste. « Cette malédiction est assez courante dans les disputes », et « la pire chose qui puisse être souhaitée à une femme est qu'elle n'ait jamais d'enfants » ou « qu'elle meure sans avoir d'enfant ». Si lors d'une dispute, une femme a été offensée de la sorte et qu'ensuite elle a des difficultés à concevoir un enfant alors il faudra la libérer du sort pour qu'elle puisse enfin avoir des enfants.

---

<sup>25</sup> Le chien est l'animal totem du clan des Beshaza.

#### 5.4 Les maladies provoquées par la malveillance d'un tiers

D'une manière générale, on considère que la jalousie, l'envie, la vengeance et la haine peuvent pousser des personnes à nuire à une autre personne ou à son enfant en lui infligeant des blessures ou des maladies. Dans cet ordre d'idée, on trouve le cas des « nourrissons dont on a cassé volontairement la dernière côte » pour se venger des parents ou par jalousie envers la mère. Une telle blessure pourrait être causée par un accident –un enfant plus âgé qui fait tomber son petit frère par mégarde- ou peut-être durant l'accouchement, mais si une mère découvre que son nouveau-né est blessé ou malade, les soupçons pourront se tourner vers une femme qui était sa voisine à la maternité et qui a pu chercher à lui nuire en maltraitant son bébé. Un autre cas souvent cité de maladie causée par la malveillance est l'empoisonnement par une nourriture dans laquelle quelqu'un a mis du poison ou par un sort.

#### 5.5 L'empoisonnement

L'empoisonnement est un terme assez générique qui englobe l'intoxication alimentaire, l'empoisonnement prémédité par une tierce personne à l'aide d'une substance toxique de type produit phytosanitaire, d'un poison élaboré à base de peau de crapaud et serpent venimeux et des suc gastrique du crocodile, tel que le *karuho* ou de plantes vénéneuses. La personne va mettre du poison sur un objet que sa victime va toucher tel que la poignée de la porte ou son téléphone portable et si celle-ci porte sa main à la bouche alors elle sera infectée. Enfin comme beaucoup de maladies, l'empoisonnement peut être causé par un sort. La peur du *karuho* se serait développée au Nord Kivu puis dans le Sud Kivu au cours des années 2000 et aurait entraîné une sorte de psychose. D'après les articles et témoignages sur internet, les gens n'osaient plus utiliser de verres au restaurant de peur qu'il y ait du poison sur la bordure. Ils ont commencé à se laver les mains à tout moment pour se protéger. Aujourd'hui, le phénomène du *karuho* s'est atténué mais il reste dans les esprits.

#### 5.6 Les maladies infantiles les plus courantes

Les maladies courantes telles qu'elles sont dénommées dans la communauté sont la *malaria*, le *ngonga*, la diarrhée, le choléra, le *bwaki (kwashiorkor)*, le *kilonda tumbo*, la *méningite*, la *bronchite*, l'*ernie*, l'*echo*.

Maladie infantiles "connues" (appellation commune dans la communauté)	Signes	Causes
<b>NGONGA</b> ou <b>MWENGUGA</b> ( <i>pleure-pleure</i> )	Amaigrissement, pas de santé, bébé qui pleure beaucoup, son crâne n'est pas fermé, boutons dans la bouche (problèmes pour téter), diarrhée	Adultère, mère en contact avec quelque chose d'étrange (femme enceinte qui a traversé par dessus un chien enterré), cause 'héréditaire' car dans une même famille beaucoup de cas. La mère a mangé trop de piment ( <i>pili pili</i> ) pendant la grossesse.
<b>KILONDA TUMBO</b> ou <b>KIVUBO</b>	Amaigrissement, fil dans les excréments, plaies à partir de la bouche jusque dans l'anus, les intestins sont brûlés, ça peut toucher les bébés et ça peut devenir le <i>kwashiorkor</i> par la suite et entraîner la mort	Sort, enfant qui a mangé des saletés, femme qui continue d'allaiter le bébé alors qu'elle est de nouveau enceinte. L'enfant n'est pas changé assez souvent, cela crée des irritations.
<b>KUHARA</b>	Diarrhée	Boire de l'eau non potable, mauvaise alimentation, aliment souillé, empoisonnement, lait maternel infecté, enfant qui a mangé des saletés, femme qui continue d'allaiter le bébé alors qu'elle est de nouveau enceinte, vers intestinaux (amibes), sort, peur, stress ou émotion forte qu'on ne peut pas supporter,

		enfant qui fait ses dents ou qui commence à marcher
<b>ESTOMAC</b>	Maux d'estomac, renvois, vomissement	
<b>MALARIA</b>	Fièvre, froid ou chaud, rhume, vertige, battements rapides du cœur, manque d'appétit, douleur aux articulations	
<b>KAJURU</b>	Diarrhée, amaigrissement	sortilège mis sur quelque chose que l'on touche
<b>EMPOISONNEMENT</b>	Diarrhée, amaigrissement, mal de tête, malaria qui ne passe pas, maux de ventre. Diagnostic par la salive ou l'haleine du patient. L'effet du poison peut être rapide (quelques heures) ou lent (plusieurs mois ou années)	Causé par la haine, la vengeance, la jalousie, la malveillance, empoisonnement au KARUHO (poison à base de crapaud ou sort), cigüe, acide, le poison peut être lent ou rapide, sorcellerie, eau funèbre, intoxication alimentaire ou produit phytosanitaire (MUSO)
<b>BWAKI, OBWAKI ou KWASHIORKOR</b>	Gonflement des pieds, du ventre et des joues, changement de la peau (jaune) et des cheveux, les cils sont longs. L'enfant refuse de la nourriture, il sélectionne la nourriture (ne mange que le fofou et le fretin), pas d'appétit	Saleté dans le sang, enfant qui a volé le lait de son frère (fœtus dans le ventre de la mère), pour les agents de santé et les staffs nutrition la cause principale c'est l'ignorance des bonnes pratiques (pas d'alimentation équilibrée, sevrage brusque)
<b>ERNIE</b>	Petite boule, gonflement au niveau de l'aîne pour les garçons, tiraillement au niveau du cordon ombilical, irritation au nombril et gonflement du nombril pour les filles.	
<b>BRONCHITE</b>	Essoufflement (halètement), forte toux, voies respiratoires encombrées, fièvre	Par la fumée, coup de froid
<b>Nouveau né dont on a brisé les côtes par malveillance</b>	La dernière côte du bébé est cassée, fièvre, le côté est gonflé, il ne respire pas bien, il risque de mourir.	Malveillance, jalousie, accident
<b>Vers intestinaux</b>	Ventre gonflé	Manger des saletés, boire de l'eau sale
<b>KAFURA</b>	Température élevée 39/40 degrés à la tête seulement, le reste du corps est à température normale. Le nez est douloureux, abcès dans le nez.	
<b>ECHO, SEKUSEKU</b>	Difficulté à respirer, hoquètement qui ressemble à une crise d'asthme	
<b>BITEGE</b>	Déformation des membres postérieurs qui apparaît durant l'enfance	Maladie dite naturelle qui ne peut pas être traitée, ni par un guérisseur ni au centre de santé

### 5.7 Diarrhée infantile et utilisation du SRO

La diarrhée est une des maladies infantiles les plus courantes dans la communauté. Mais l'utilisation des sels de réhydratation orale (SRO) à la maison ne semble pas très répandue. La recette de SRO maison<sup>26</sup> à base d'eau, de sel et de sucre, était parfois connue. Elle est enseignée à l'école primaire : « un petit verre de sucre pour une petite boîte de tomate rase de sel dans un litre d'eau ».

<sup>26</sup> Recette de SRO maison : On peut donner à l'enfant une boisson préparée avec 6 cuillères à café rases de sucre et une demi-cuillère à café rase de sel dissout dans 1 litre d'eau potable. Savoir pour sauver, 2010 UNICEF

Les éléments recueillis pendant l'enquête ne permettent pas de dire si l'utilisation du SRO maison est fréquente ou non. Par contre, certains parents disent donner des vermifuges à l'enfant qui a la diarrhée sans avis médical. En cas de diarrhée prolongée, les familles vont se tourner vers les chambres de prière, les guérisseurs traditionnels ou le centre de santé. Le sachet de SRO est surtout utilisé au centre de santé. Les sachets sont disponibles en pharmacie, vendus entre 200 et 300 francs l'unité.

Certains phytothérapeutes prescrivent une solution à boire à base de sucre et de sel : *Boisson à boire petit à petit : mélanger 1 litre d'eau propre, du miel, 2 cuillères de sucre, 2 cuillères de sel.* Ces recettes connues dans la communauté sont trop chargées en sel par rapport aux recommandations de l'OMS.

D'autres guérisseurs donnent un peu de bière pour nettoyer le tube digestif en cas de diarrhée. Des sages femmes Pygmées ont expliqué que pour traiter les diarrhées, on pouvait donner à l'enfant un remède à base de chanvre en très petite quantité, une ou deux cuillères. Ce remède est également utilisé pour soigner la malnutrition, son rôle est de redonner l'appétit à l'enfant.

Selon l'OMS<sup>27</sup>, Le choléra est une maladie diarrhéique aiguë, dont on peut mourir en quelques heures en l'absence de traitement. On peut réussir à traiter jusqu'à 80% des cas avec les sels de réhydratation orale. Le module de formation sur la prise en charge du Choléra<sup>28</sup> préconise de mélanger dans un litre d'eau potable (bouillie), une 1 / 2 cuillère à café de sel et 4 cuillères à soupe de sucre pour préparer le SRO à domicile et de compenser la perte de potassium en mangeant par exemple des bananes. Mais ces informations ne sont pas incluses dans les Pratiques Clés Familiales, le guide de sensibilisation utilisé dans les centres de santé pour la CPN.

## 5.8 Problèmes d'allaitement

Les principales difficultés exprimées par les femmes autour des problèmes d'allaitement sont les abcès au sein, les plaies au mamelon, le manque de lait, le bébé qui ne peut pas téter à cause de boutons dans la bouche, le « lait infecté, abimé ou sale ».

Une nouvelle grossesse va entraîner l'arrêt de l'allaitement, car « le lait devient sale pour l'enfant que l'on allaite ». Il peut causer la diarrhée, et par la suite, l'amaigrissement du bébé ou le kwashiorkor. Dès que la femme se rend compte qu'elle est de nouveau enceinte, elle arrête l'allaitement. Le sevrage est brutal, le lait maternel est remplacé subitement par la bouillie, faite d'eau et de bananes séchées, de manioc ou par la pâte de tarot. Pour arrêter l'allaitement, certaines mères mettent du piment sur leur sein afin que l'enfant refuse le sein. Ce type de sevrage se fait en quelques jours. Les pratiques de sevrage en cas de nouvelle grossesse sont plus ou moins répandues selon les villages. Certaines mères rapportent qu'on leur a conseillé d'arrêter l'allaitement si elles sont de nouveau enceintes ou d'arrêter après 6 mois de grossesse. D'autres disent qu'il leur a été conseillé de toujours continuer à allaiter en cas de nouvelle grossesse.

Le lait maternel peut également être « sale » suite à la violation d'un interdit. Dans la tradition Mashi, on trouve beaucoup de règles régissant les relations sexuelles dans le couple suite à l'accouchement de la femme qui peuvent entraîner des maladies ou la souillure du lait maternel si elles ne sont pas respectées. Il est difficile de déterminer dans quelle mesure ces croyances sur le lait maternel influencent encore aujourd'hui les pratiques d'allaitement. Le degré d'attachement à la coutume est très variable dans la population. Il dépend de la génération, du contexte familial, du niveau d'éducation, de l'environnement, etc. On ne peut pas généraliser sur ces croyances mais on peut dire que ces cas de figure peuvent exister.

---

<sup>27</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/fr/>

<sup>28</sup> Module de formation sur la prise en charge du Choléra. Sud Kivu, 2007. IPS-OMS-CRS

## 5.9 Les maladies autour de la grossesse

Les principales préoccupations des femmes autour de la grossesse sont principalement l'avortement à répétition et la «stérilité primaire» ou «secondaire». La «stérilité primaire» concerne les femmes qui n'arrivent pas à avoir un premier enfant, tandis que la «stérilité secondaire» désigne le cas des femmes qui ont déjà eu des enfants et qui n'arrivent plus à procréer. Cette forme de stérilité ne se réfère pas à la ménopause. Elle peut survenir après des avortements naturels, être associée à des saignements, kystes ou des infections urinaires selon les descriptions données par les tradipraticiens. Elle peut être causée par des causes biologiques, par un sort ou par la violation d'un interdit. Les femmes ainsi que les guérisseurs et le personnel de centre de santé rencontrés s'accordent sur le fait que la peur de ne pas pouvoir procréer est une préoccupation très importante chez les femmes.

D'autres maladies ou problèmes pendant la grossesse souvent cités par les sages femmes et guérisseurs sont le *fumbi*, maladie caractérisée par des «kistes» ou «champignons dans la matrice», avec des saignements et des douleurs. Cela peut «manger le fœtus» ou entraîner plus tard chez l'enfant la «perte de ses cheveux sur un côté de la tête». Il y a aussi le *ndandami*, une «infection avec sécrétion de muqueuse bleue et des douleurs», avec vertiges, nausées et fatigue.

Enfin, un cas de grossesse particulière est la grossesse «nouée». Il s'agit d'une grossesse qui dure plus de 9 mois. La grossesse pourra durer dans certains cas «12 mois, et même jusqu'à 2 ans ou plus» avant que l'enfant ne naisse enfin grâce à l'action d'un guérisseur qui aura «dénoué» cette grossesse. Ce sont des cas assez rares et qui «ne peuvent être soignés au centre de santé ou à l'hôpital».

## 6. Le choléra

### 6.1 La perception du choléra dans la communauté

On observe une dualité dans la perception du choléra. D'un côté, il y a la perception «rationnelle» du choléra qui serait causée par un microbe venant de l'eau du lac, des pluies et ruisseaux venant des montagnes et par une mauvaise hygiène «la vaisselle sale, la saleté en général, les cacas sur le sol de la parcelle, ne pas se laver les mains après être allé aux toilettes». On peut parler de «perception rationnelle» dans le sens où c'est l'explication rationnelle issue de ce que ces personnes comprennent du choléra en tant que maladie causée par un microbe, qu'elle soit juste ou non.

Dans la communauté très peu de personnes interrogées ont cité, sur les modes de propagation du choléra, des causes relatives à la transmission interpersonnelle du microbe, comme le fait de ne pas se laver les mains après avoir été en contact avec un malade ou après un rassemblement où l'on a serré beaucoup de mains. Pourtant on observe une peur du choléra par transmission magique et par contact avec le malade. C'est une «perception irrationnelle» dans le sens où les personnes interviewées expriment un sentiment de peur et d'impuissance face aux causes inexplicables du choléra. «On ne peut rien faire pour se protéger. Si le malade est de la famille on doit s'occuper de lui parce que c'est obligé, même si c'est très dangereux, même si on risque la mort». C'est-à-dire qu'il y a une conscience du danger de transmission par le malade mais aucun mécanisme de protection identifié. Le garde malade s'en remet à «la prière». Très peu de personnes sont informées sur les mesures de précaution spécifiques à prendre pour éviter que les autres membres de la famille ou lui-même ne soient contaminés.

Ces deux facettes du choléra ne sont pas incompatibles. Les messages de prévention du choléra qui sont diffusés couvrent les risques de transmission par l'eau de boisson contaminée, le manque d'assainissement, le manque d'hygiène au foyer, et succinctement par la nourriture contaminée. Les risques liés aux déplacements, aux contacts avec les mains des autres personnes, et

avec le malade ou un cadavre ne font pas l'objet de messages particuliers. Le vomi et les excréments du malade du choléra ne sont pas identifiés comme des substances comportant un risque élevé pour la concentration de *vibrions cholerae* qu'ils contiennent. Cependant l'expérience de la population a montré que beaucoup de gardes malades ont péri dans des épidémies au cours des années précédentes ou qu'il y avait un risque lié au contact avec les mains des autres, même si l'explication du danger n'est pas claire, ce danger est perçu comme réel. Donc une même personne peut penser que le microbe du choléra se trouve dans l'eau ou la saleté tout en ayant peur d'être contaminé par un sort, ou par contact avec un malade.

Seul le personnel soignant des centres de santé, quelques relais communautaires et des personnes ayant plus d'éducation ont mentionné que l'on pouvait toucher le malade du choléra à condition de se laver les mains ensuite et que la manipulation du cadavre d'une personne décédée du choléra nécessitait des précautions spéciales et devait être réalisé par un agent de santé. Le personnel de santé a également souligné le risque de transmission au sein des centres de santé dû à l'impossibilité d'isoler le malade.

Très peu de personnes ont mentionné des risques de contamination liés à la préparation de la nourriture, et les précautions qui en découlent comme le fait d'éplucher ou laver les fruits et légumes que l'on va manger crus ou de bien cuire les aliments pour les plats cuisinés. Certaines personnes ont évoqué le danger de manger des fruits crus (banane, mangue, avocat) mais parfois sans pouvoir expliquer clairement pourquoi.

Enfin, pour les pêcheurs, le choléra est avant tout une maladie qui peut vous tuer en quelques heures. Si le choléra les prend alors qu'ils sont sur le lac ils risquent la mort. Selon eux cette maladie est liée à leur mode de vie. En tant que pêcheurs ils sont particulièrement exposés car pendant le travail au port et pendant la pêche, ils boivent directement l'eau du lac. Au port, les pêcheurs disent qu'il y a très peu de latrines par rapport au nombre des pêcheurs qui y travaillent et beaucoup de déchets sont jetés dans le lac. Dans certains ports, le bord du lac est marécageux, les latrines ne sont pas étanches et coulent dans le lac. L'eau du lac utilisée pour la boisson est polluée car beaucoup de pêcheurs entrent dans le lac pour laver leur vaisselle et se laver.

## 6.2 Les croyances liées au choléra

« Si une personne en bonne santé décède subitement foudroyée par une maladie, c'est que quelqu'un lui a jeté un sort. » Le choléra est une maladie qui peut terrasser une personne très rapidement. Si le malade est affaibli, va au centre de santé et décède là-bas, on va penser que c'est une maladie normale. Mais si vous apprenez qu'une personne que vous avez vue en pleine forme la semaine passée est subitement décédée, sa mort peut paraître suspecte. On va alors essayer de découvrir si elle ne s'est pas disputée ou si elle n'était pas l'objet de la jalousie d'une personne malveillante.

« Un microbe ne peut pas attraper un Congolais », « le microbe est distrait ». Il y a des personnes qui boivent l'eau du lac ou qui ne se lavent pas les mains au savon avant de manger et pourtant elles sont toujours là, elles n'ont pas le choléra. En général, les gens ont plutôt l'habitude de se laver les mains au savon après avoir mangé, puisque l'on mange avec les mains et que l'huile reste sur les doigts. Il y a des communautés qui vivent ainsi depuis des générations et qui ont survécu jusque là, donc il peut être difficile de comprendre que subitement il soit nécessaire de se protéger de soi-disant microbes. L'idée des microbes n'est pas prise au sérieux puisque l'expérience vécue ne prouve pas que les microbes existent et sont dangereux. Si la nourriture tombe par terre ce n'est pas perçu comme vraiment dangereux, on peut la ramasser vite et manger sans que cela porte à conséquence, il s'agit juste « d'être plus rapide que le microbe ». Cette attitude se retrouve surtout chez les hommes.

«Le danger de l'utilisation de l'eau funèbre pour commettre des méfaits». Lors de funérailles, le corps du défunt doit être lavé et préparé pour les cérémonies. L'*eau funèbre* est l'eau qui a servi pour laver le cadavre, lors de la préparation du corps. On considère que cette eau a des propriétés magiques puissantes et que si cette eau est récupérée par des personnes malveillantes, elle risque d'être utilisée pour perpétrer des actes de sorcellerie. Cette eau est très convoitée et fait l'objet de consignes de précaution de la part du Groupement de Buzi pour éviter son utilisation à des fins maléfiques. Dans le cas où cette eau funèbre proviendrait du corps d'une personne décédée du choléra, son potentiel contaminant serait très élevé.

« Le garde malade risque d'être emporté avant le malade » ; « Si le malade est de la famille on doit l'aider, mais on risque sa vie.» Les personnes rencontrées se rappellent que lors des épidémies de choléra dans les années passées, il y a eu de nombreux cas de personnes qui sont venues au centre de traitement du choléra (CTC) pour accompagner un parent malade du choléra, que le « malade a reçu des soins et a pu rentrer chez lui guéri tandis que le parent qui l'accompagnait a contracté le choléra et est décédé ».

« Si la parcelle est ensorcelée, il n'y a rien à faire à part quitter. » Si dans une même famille plusieurs membres sont touchés par le choléra on peut penser que c'est la maison ou la parcelle qui est ensorcelée et qui fait que le sort s'acharne sur cette famille.

« Les gens qui ont eu le choléra sont sales, c'est pour cela que l'on dit la maladie des mains sales». Ici, la notion de saleté fait référence à la saleté visible, au manque de propreté corporelle ou de tenue de la maison.

Le choléra est une « maladie honteuse » et qui fait peur « on ne peut pas dire que l'on a eu le choléra, mais on peut dire qu'on a eu des amibes ». Dans certains villages, le choléra est assez stigmatisé.

Les symptômes d'amaigrissements, diarrhées, peuvent être dus au choléra mais également à un empoisonnement ou un sort. Or, seul le guérisseur traditionnel peut détecter et soigner l'empoisonnement ou les maladies issues de sort. Donc, si la personne malade suspecte une personne de vouloir lui faire du mal, elle doit d'abord vérifier auprès d'un guérisseur l'origine de la maladie avant d'écarter cette possibilité. Par contre, si elle attribue son mal à une nourriture qu'elle a mangé, alors son choix se tournera plutôt vers le centre de santé.

Le choléra peut être soigné au Centre de santé ou par un guérisseur. L'efficacité du traitement du choléra au centre de santé est reconnue, mais il est admis qu'il y a des cas qui sont soignés directement dans la communauté. La plupart des guérisseurs rencontrés ont déclaré pouvoir soigner le choléra.

Une perception très répandue du choléra est qu'il est perçu uniquement comme une maladie « hydrique ». Le choléra est causé par le fait de boire de l'eau contaminée notamment l'eau du lac ou de l'eau stagnante, par un manque de latrine à la maison ou d'hygiène domestique.

### 6.3 La perception du malade

En zone urbaine, le malade touché par le choléra semble mieux accepté qu'en zone rurale. Les personnes rencontrées à Minova ont dit qu'il était possible de partager un repas avec quelqu'un qui avait eu le choléra et de le saluer. En comparaison, dans des villages isolées, certaines familles touchées par le choléra ont du partir habiter à Minova car leur parcelle était considérée comme ensorcelée.

Le choléra est connu comme étant « la maladie des mains sales », ce qui est perçu comme péjoratif. Une personne qui a les mains sales est une personne qui ne se lave pas, qui n'a pas d'hygiène, qui est sale, qui sent mauvais. La saleté est quelque chose qui se voit et qui peut être due

à la poussière, à la terre, aux cambouis, aux ordures, etc. La saleté peut être due également aux excréments mais ne fait pas nécessairement référence aux microbes.

Enfin, le regard porté sur le malade n'est pas le même pour les enfants, le problème de stigmatisation du malade concerne plutôt les malades adultes.

#### 6.4 Les funérailles

Pour un décès normal chez les catholiques et protestants, la préparation du cadavre se fait par les frères ou les fils, si le père est le défunt. Si c'est une femme, ses sœurs et belles sœurs vont préparer le corps. On lave et on habille le corps. On l'emballé dans un linge qui ne laisse voir que sa tête. Le corps est alors exposé pour la famille et les proches qui souhaitent le voir. Normalement les parents ne touchent pas le défunt. Le plus souvent, le défunt est enterré le lendemain du décès, après la messe de funérailles. Si c'est un ancien, ou une personne qui a toujours vécu là, il est enterré devant sa maison dans la parcelle. Sinon il est enterré au cimetière. Les personnes qui ont quelque chose à se reprocher vis à vis de la mort du défunt ou qui ont causé sa mort ne peuvent pas assister à l'enterrement. Ils risqueraient de mourir eux-mêmes<sup>29</sup>. Ceux qui s'abstiennent d'assister aux cérémonies sont donc considérés comme suspects. La tombe du défunt doit être surveillée pour éviter que des personnes malveillantes ne viennent prendre de la terre afin de l'utiliser pour pratiquer de la sorcellerie. Après l'enterrement, les cérémonies de deuil commencent. Les cérémonies vont durer 3 jours pour un ancien, 2 jours pour une femme ou un enfant, 3 à 4 jours pour le chef de famille. La durée du deuil dépend également des moyens de la famille.

Pendant le deuil, on échange les souvenirs sur le défunt, on joue aux cartes, on boit et on mange de jour comme de nuit. Les proches discutent pour savoir s'il avait des dettes, si on lui doit quelque chose, s'il a des biens à transmettre, ce que va devenir sa famille. Parfois on peut demander au frère du défunt d'épouser la veuve pour subvenir à ses besoins et pour que les biens du défunt restent dans la famille. Selon la coutume, pendant le deuil, les proches ne peuvent ni travailler, ni balayer la maison, ni se laver, ni avoir des relations sexuelles. Il est cependant autorisé de se laver les mains avant de manger. Toute la famille, les amis, les invités contribuent pour les repas.

Pour la levée du deuil, le 3eme jour, le matin on balaye la maison. Les membres de la famille éprouvés vont se laver le corps avant d'assister à la messe qui clôture le deuil. On va présenter la famille du défunt à l'assemblée et si c'est le chef de famille qui est décédé, on va introniser le nouveau chef de famille. Ensuite il y a une grande fête avec un repas et des boissons.

Une partie de la famille élargie reste pour assister et conseiller la famille éprouvée pendant 40 jours. Si c'est la femme qui était décédée, des femmes de sa famille vont rester pour aider le veuf. Au 40<sup>ème</sup> jour, on fait une commémoration à laquelle toute la famille participe. Le nouveau chef de famille qui a été accompagné et conseillé jusque là par ses oncles et les amis de son père peut commencer à gérer les affaires de la famille.

Les témoins de Jéhovah ne font pas de veillées, ils partent tout de suite après l'enterrement. Pour les Pygmées des groupes rencontrés, après un décès, le corps est lavé, entouré de feuilles avant d'être enterré. Le deuil dure 2 jours et 2 nuits.

Pour un cas de décès à l'hôpital, c'est le personnel soignant qui prépare le corps. Si le patient est décédé du choléra au CTC ou au centre de santé, l'infirmier qui prépare le corps, l'emballé dans un linge et le remet à la famille pour l'enterrement. La consigne donnée est d'enterrer le corps rapidement.

Pour le cas d'un décès du choléra dans la communauté, aucune précaution particulière n'a été mentionnée. Les funérailles se font normalement.

---

<sup>29</sup> Les rites chez les Bashi et les Bahavu, Dikonda wa Lumanyisa, 1971-1972. Thèse, Université Libre de Bruxelles.

## 6.5 Les groupes à risque

Les groupes à risque ou catégories de personnes qui sont signalées par le personnel soignant comme les plus touchées par le choléra sont les enfants en bas âge (0-5ans), les femmes, les personnes âgées, les pêcheurs et les Pygmées, les déplacés et les familles des militaires. Les femmes enceintes ne sont pas perçues comme un groupe à risque.

Les enfants en bas âges sont considérés à risque car ils sont plus sensibles et sont souvent touchés par les diarrhées ; les femmes car ce sont elles qui s'occupent des malades et ont plus de chance d'être contaminées ; les personnes âgées car elles sont plus faibles ; les pêcheurs et les Pygmées sont plus exposés aux maladies à cause de leur mode de vie, ils boivent l'eau du lac et vivent dans de mauvaises conditions d'hygiène. Les déplacés vivent dans des conditions précaires, ils sont vulnérables aux maladies et peuvent transporter le choléra dans leurs déplacements, de même que certaines familles de militaires.

Les militaires d'infanterie viennent généralement d'autres provinces et restent temporairement sur un site le temps de leur affectation. Ils se déplacent avec leurs familles et s'installent dans des maisons réquisitionnées ou chez des familles d'accueil, dans des abris de fortune ou dans des camps. Une partie de ces militaires et leurs familles vivent dans des conditions assez similaires à celles des déplacés.

Les déplacés ont un accès restreint aux latrines. Ils ne connaissent pas le milieu, ne parlent pas toujours les langues locales, ne sont pas habitués au climat, ne viennent pas forcément de zones où le choléra est endémique.

Les personnes qui aident pour transporter le malade et les gardes malade sont considérées à risque par la communauté car elles sont très exposées mais ne connaissent pas les moyens de protection.

## 6.6 La perception des produits et les méthodes de traitement de l'eau

Le chlore est perçu comme un produit efficace de traitement de l'eau. Par traitement de l'eau au chlore, la population comprend généralement le chlore du point de chloration mais pas les autres produits à base de chlore comme le *Pur*® ou l'*Aquatabs*®. Il y a beaucoup de demandes pour la mise en place de chloration au bord du lac. Certaines personnes préfèrent prendre l'eau du lac chlorée aux bornes fontaines pour des questions de proximité. Le lac est plus proche. L'eau des points de chloration dégage une odeur mais les points de chloration existent depuis plusieurs années et les gens sont habitués.

La plupart des personnes rencontrées ne connaissent pas d'autre produits ou moyens de traitement à part bouillir l'eau. Mais elles disent ne pas bouillir l'eau car c'est trop coûteux en temps et en bois de chauffage. De plus le temps d'ébullition nécessaire n'est pas vraiment connu. Elles n'ont pas entendu parler de la méthode *SODIS* de désinfection de l'eau par rayons solaires.

Une partie des personnes interviewées connaissent le sachet de *Pur*® et l'ont déjà utilisé. La plupart l'ont obtenu par des distributions gratuites par des ONG. Le *Pur*® est apprécié car l'eau semble propre (effet de floculation) et ne sent pas mauvais. En comparaison, des communautés qui avaient reçu des comprimés d'*Aquatabs*® lors de distributions gratuites n'ont pas voulu utiliser ce produit. La raison donnée est que l'eau avait une odeur désagréable et restait trouble. Il est difficile de dire si cette perception est répandue ou si le produit pourrait être mieux accepté avec plus de sensibilisation sur l'importance du traitement de l'eau pour se protéger du choléra. Le temps n'a pas permis d'approfondir cet aspect.

L'efficacité du savon pour le lavage des mains est reconnue. Celle de la cendre est moins reconnue. Beaucoup de personnes disent se laver les mains avant de manger mais l'observation n'a pas vraiment confirmé cette information. Par contre, une pratique courante observée est de se laver les mains au savon après avoir mangé pour enlever la sensation désagréable d'avoir les mains grasses car on mange avec les doigts.

## 7. La malnutrition

### 7.1 Reconnaître la malnutrition

La malnutrition, traduit par *bwaki* en swahili est une maladie connue dans la communauté. Cependant les signes qui sont cités pour décrire le *bwaki*, sont ceux du Kwashiorkor uniquement. La plupart des personnes interviewées et en particulier les mères parlent de « gonflements des pieds et des mains, de changement de la couleur de la peau et des cheveux, de l'enfant qui commence à sélectionner la nourriture » notamment les légumes ; « L'enfant refuse le *sombe* (les feuilles de manioc), et préfère le fretin (petits poissons) » ; « Quand on appuie sur sa main gonflée avec le doigt ça fait un trou ».

Par contre, les signes tels que l'amaigrissement, les côtes visibles, la perte de poids, une grosse tête, les yeux grands et enfoncés, l'enfant avec un visage de vieillard, ne sont en général pas associés à la malnutrition. La plupart des mères rencontrées connaissent ce type de signes, mais disent qu'il s'agit de maladies qui n'ont pas à voir avec la malnutrition. Les guérisseurs traditionnels ont décrit différentes maladies qui pourraient ressembler au marasme, être des signes précurseurs ou des maladies associées. Le *Ngonga* par exemple désigne l'état d'un enfant né avec un petit poids de naissance, « chétif, maigre, qui pleure beaucoup et réclame le sein à chaque instant, et dont le crâne n'est pas terminé ». Certains guérisseurs mentionnent que cet enfant peut avoir des boutons dans la bouche et qu'il risque de contracter le kwashiorkor et de mourir s'il n'est pas soigné. C'est une maladie qui peut se soigner auprès d'un guérisseur mais pas au centre de santé. Le *kilonda tumbo* (ou *kivub*) est une autre maladie qui touche les enfants qui présentent des signes d'amaigrissement et des troubles intestinaux. Cette maladie a été également signalée comme pouvant entraîner le kwashiorkor. Enfin, la diarrhée est très souvent citée comme un mal affectant les jeunes enfants.

La PCIMA a apporté des changements dans la perception de la malnutrition par les soignants qui insistent sur le fait que maintenant c'est une maladie comme les autres. Mais si les enfants malnutris ne sont plus cachés par leur famille, dans la communauté la malnutrition reste une maladie honteuse. Une mère peut difficilement accepter d'entendre que son enfant est malnutri. En français, la population parle généralement d'enfants « mal nourris » et non malnutris, ce qui peut être perçu comme péjoratif ou insultant pour les parents. Ils peuvent sentir que l'on rejette la faute de la maladie de leur enfant sur eux. Les relais communautaires s'accordent pour dire qu'ils vont dire aux parents que l'enfant est malade et a besoin de soin, mais ne vont pas parler directement de malnutrition.

### 7.2 La perception des causes de la malnutrition

Les causes du kwashiorkor (*bwaki*) sont : la « mauvaise nutrition », c'est-à-dire une nourriture « sans huile, sans tomates, sans fruits et sans sel », le fait de « ne pas manger 3 types d'aliments », le fait que la mère ait continué d'allaiter alors qu'elle était enceinte, les conséquences d'une autre maladie. « Souvent l'enfant qui est affaibli ou convalescent va tomber dans la malnutrition, s'il ne reçoit pas la bonne nourriture », « les enfants qui sont faibles, qui ont la *toux* ou la *bronchite* » sont plus vulnérables. « Ceux qui ont déjà le *kilondo tumbo* peuvent facilement tomber dans la malnutrition. » Si dans une même famille, plusieurs enfants sont malnutris on peut conclure que c'est une question « héréditaire ». Le fait d'avoir de nombreux enfants, les naissances

rapprochées sont évoquées pas le personnel soignant comme des causes de la malnutrition mais n'ont pas été citées par les femmes rencontrées.

A Bunyakiri, la guerre et les déplacements sont cités fréquemment comme les causes profondes de la malnutrition. A Minova, la cause principale invoquée est la pauvreté et notamment la baisse des revenus tirés de la production de la banane, suite à la propagation du *wilt bacterien*, une maladie qui ravage les plantations de bananiers de la région depuis plusieurs années.

Pour les maladies infantiles qui présentent comme signe l'amaigrissement, les causes peuvent être multiples, comme la mauvaise alimentation, les vers intestinaux, l'enfant qui a mangé des saletés, l'empoisonnement, l'adultère d'un des parents ou le fait que l'enfant ait continué à téter alors que sa mère était déjà enceinte et ait pris du « lait sale ».

### 7.3 Les interdits alimentaires

Autrefois, les femmes congolaises devaient respecter de nombreux interdits alimentaires. Les femmes n'étaient pas autorisées à manger de la viande, de la poule, des œufs, certains poissons, les sauterelles, le lait... Mais aujourd'hui cette coutume n'est plus observée. Les femmes disent que maintenant elles ont accès à ces aliments.

Pendant la grossesse, cependant, il y a des femmes qui par peur d'avoir un accouchement difficile, limitent leur alimentation, pour que le bébé soit petit. Elles évitent de manger des œufs, des bananes, des avocats et de boire du lait. Certaines femmes évitent les œufs pendant la grossesse car selon la coutume Tembo, l'enfant à naître risque de ne pas avoir de cheveux.

Beaucoup de femmes ont déclaré qu'une femme enceinte ne doit pas manger de piment, de viande de porc ni de viande boucanée. Pour certaines, manger de la viande de porc pourrait permettre aux démons ou « aux cannibales de s'introduire et de dévorer le fœtus ». Cette viande est également proscrite chez les musulmans.

Par contre, seulement la moitié des femmes interrogées ont répondu que l'alcool était une boisson dangereuse à éviter pendant la grossesse. Les autres ont dit que l'alcool n'était pas déconseillé et que beaucoup de femmes avaient l'habitude de boire de la bière traditionnelle de banane ou de maïs pendant la grossesse ou pendant la période d'allaitement. Elles ont expliqué que pendant la grossesse les femmes ont souvent des envies de boisson.

### 7.4 Pratique d'allaitement, l'introduction de la nourriture et le sevrage

L'allaitement semble reconnu comme l'alimentation principale du nourrisson. D'après l'observation réalisée pendant les entretiens, les mères allaitent fréquemment et à la demande. Les « femmes sages » rencontrées conseillent de « commencer à allaiter dès la naissance et de donner le premier lait jaune », le colostrum. Cependant, une grande partie des femmes disent commencer à donner de l'eau, des remèdes ou de la bouillie avant 6 mois, certaines commencent dès 1 mois. Des personnes âgées ont signalé que parfois on pouvait donner de la bière traditionnelle de maïs au bébé pour le faire dormir ou pour qu'il arrête de pleurer au moment du sevrage. Les guérisseurs peuvent prescrire leurs remèdes à des nourrissons, il n'y a pas d'âge minimum. De nombreuses femmes qui allaitent prennent de la bière régulièrement.

Beaucoup de mères expliquent qu'en général on continue d'allaiter l'enfant jusqu'à la nouvelle grossesse ou jusqu'à ce qu'elles n'aient plus de lait. De nombreuses femmes continuent d'allaiter jusqu'à 2 ans et plus. Certains enfants peuvent être allaités jusqu'à 4 ou 5 ans.

A Minova, beaucoup de personnes ont signalé qu'il était nécessaire de se laver les mains au savon avant d'allaiter car sinon la mère pouvait causer des diarrhées ou le choléra à l'enfant.

## 7.5 Perception de l'ATPE

L'Aliment Thérapeutique Prêt à L'Emploi (ATPE) est l'intrant de base du traitement nutritionnel. Le « Plumpy Nut® » est la marque utilisée dans les centres de santé pour le traitement de la malnutrition aigüe sévère sans complication. Il est en général appelé « biscuit » ou « plampi » dans les langues locales. Son efficacité est reconnue même s'il ne semble pas associé à un médicament. A Minova on ne peut pas trouver le Plumpy Nut® en vente au marché, dans les boutiques ou dans les pharmacies, ce qui laisse penser qu'au moment de l'enquête il n'y avait pas de revente. Par contre d'après le personnel de santé, la pratique de partage au sein de la famille est rependue, «les enfants plus grands disent que c'est très goutable».

## 8. Recours aux soins

### 8.1 L'automédication

L'automédication est en général la première option choisie lorsqu'une personne commence à se sentir mal. Selon ses moyens et son milieu, une personne pourra se soigner en prenant des médicaments à base de plantes (tisane) ou en prenant des médicaments issus de l'industrie pharmaceutiques disponibles à la maison ou achetés à la pharmacie. Les médicaments utilisés en cas de diarrhée sont le *biltricides*, le *métronidazole*,...

### 8.2 Les tradi-praticiens

La médecine traditionnelle ou médecine parallèle est reconnue par le ministère de la culture et des arts ainsi que par le ministère de la santé dans la catégorie médecine naturelle. Les tradi-praticiens doivent payer des taxes et avoir des autorisations de pratiquer. Certains sont organisés en associations et représentés dans la société civile. Ils sont très nombreux.

Il existe différentes catégories de tradi-praticiens qui sont les herboristes, les phytothérapeutes, les guérisseurs mystiques et les devins, les guérisseurs spécialisés. Les herboristes et les phytothérapeutes utilisent les plantes (feuilles, fleurs, racines, écorces) pour soigner. Les herboristes ont généralement appris sur le tas, dès l'enfance en suivant une personne de leur famille qui « leur a montré les feuilles » et leur utilisation. Les phytothérapeutes ont suivi une formation de 6 mois à un an auprès de médecins de la médecine naturelle. Les guérisseurs mystiques et devins ont reçu un don qui leur permet de détecter et soigner les maladies et les sorts. Le don est souvent transmis de manière héréditaire. Ils soignent en utilisant des incantations et des remèdes à base de plantes et parfois des plumes, peaux, pierres, os, terre... Certains peuvent soigner à distance. D'autres donnent des remèdes directement au patient sous forme de tisanes, emplâtres, pommades ou de « tatouages ». Les « tatouages », parfois appelés « vaccins », sont des incisions qui sont pratiquées dans la peau pour incérer la « poudre médicament », en général une cendre obtenue en brûlant des feuilles aux propriétés médicinales. Les incisions peuvent être faites aux poignets, aux chevilles, sur la poitrine ou le dos en fonction de la maladie à traiter. Souvent, pour prouver que le remède n'est pas un poison, le guérisseur va goûter le médicament devant son patient pour prouver sa bonne foi. L'écoute du patient et sa foi en la guérison sont mentionnés comme des éléments importants du traitement. En général les tradi-praticiens demandent quelque chose pour la consultation mais le gros du paiement se fait à la guérison. Le paiement peut être fixe ou en fonction des moyens du patient et de sa reconnaissance envers le guérisseur qui l'a sauvé. Ils soignent toutes sortes de maladies dont la *malaria*, la diarrhée, le choléra, la malnutrition, la *bronchite*, les infections urinaires, la *stérilité primaire* et *secondaire*, le *kilunda tumbo*, le *Ngonga*, les abcès, les sorts, l'empoisonnement, le diabète, l'épilepsie, la possession, l'*ernie*, les kystes,... Ils ne pratiquent pas les accouchements. Les guérisseurs tempérants soignent gratuitement car c'est pour eux un acte de charité. Les tempérants sont très influents dans les moyens et hauts plateaux, Les guérisseurs bénéficient de la confiance de la population. De plus les centres de santé de ces zones isolées ne sont

pas toujours en mesure de soigner eux même car ils ont peu d'intrants et doivent référer les cas, ils doivent referer les cas tandis que les tempérants sont sur place.

Certains guérisseurs sont spécialisés dans le traitement des fractures, maladies de peau, etc... Les guérisseurs mystiques et devins peuvent aussi faire des préparations pour protéger des sorts et maladies. Pour les jeunes enfants, il est possible de faire faire des petites cordelettes avec à l'intérieur une pierre ou des graines que l'enfant portera à la ceinture et qui le protégeront de la rougeole. Les adultes qui craignent l'empoisonnement par un voisin malveillant peuvent demander une protection pour eux-mêmes ou pour toute leur famille.

Les devins, en plus des soins peuvent lire le passé et l'avenir de leur patient et si ceux-ci ont été empoisonnés ou sont victimes d'un sort, ils sont en mesure de trouver le coupable. Ils peuvent être appelés pour les délibérations de la justice coutumière pour déterminer si un accusé est coupable du fait qui lui est imputé.

### 8.3 Le centre de santé et l'hôpital

Dans la zone qui fait l'objet de l'étude, la plupart des centres de santé sont des centres publics. Il existe quelques centres de santé privés qui dépendent d'églises. Les hôpitaux sont généralement des structures privées. Tous les centres de santé ne dispensent pas les mêmes services. Ils sont plus ou moins équipés et approvisionnés en médicaments en fonction des appuis qu'ils reçoivent. Dans les zones reculées, il y a aussi des « dispensaires pirates », c'est-à-dire des dispensaires non officiels tenus par des infirmiers pour leur propre compte.

### 8.4 Les « femmes sages »

Certaines femmes sont devenues accoucheuses traditionnelles car dans leur famille ce savoir faire se transmet de mère en fille tandis que les accoucheuses traditionnelles rencontrées à Bunyakiri sont devenues « femmes sages » à cause des circonstances. « Pendant la guerre, la population se cachait dans la forêt et il n'y avait pas de centres de santé. Il y avait des femmes sur le point d'accoucher et il fallait les aider ». Elles ont appris en faisant et ont continué ensuite à s'occuper des accouchements. Elles travaillent souvent en lien avec les centres de santé. Aujourd'hui, elles pratiquent peu les accouchements dans la communauté sauf dans les cas d'urgence, leur rôle est d'accompagner les femmes enceintes à la maternité et de les conseiller.

### 8.5 Les médicaments pharmaceutiques

Les médicaments peuvent s'acheter en pharmacie, ou au marché ou encore à des vendeurs ambulants. La date de péremption est parfois dépassée. Dans certaines communautés, on parle du risque d'acheter des faux médicaments, par exemple des gélules remplies de chaux.

### 8.6 Les chambres de prière

Les chambres de prière sont des groupes de prières qui dépendent des églises protestantes ou des églises du Réveil et peuvent soigner toute sorte de maladies : *malaria*, la diarrhée, la malnutrition, la *bronchite*, les infections urinaires, la *stérilité primaire* et *secondaire*, le *kilunda tumbo*, le *Ngonga*, les abcès, les sorts, l'empoisonnement, le diabète, l'épilepsie, la possession, l'*ernie*, les kystes...

Le malade vient pour demander la guérison. Il doit avoir la foi. Il fait sa demande et le groupe commence à prier pour que Dieu lui accorde la guérison. Il peut demander la guérison ou la délivrance du démon s'il est possédé. Les femmes viennent couramment pour demander à avoir des enfants, certains viennent pour demander de trouver un travail ou de l'argent. La prière peut durer plusieurs jours. Elle peut être accompagnée de l'utilisation de l'eau bénite. Lorsque Dieu accorde la

guérison, la personne doit rendre grâce. En reconnaissance elle va faire des dons. C'est l'action de grâce.

## 9. Barrières d'accès aux soins

### 9.1 Distance et insécurité

Géographiquement, les centres de santé sont répartis de manière assez homogène dans les aires de santé et couvrent une population plus ou moins égale. Cependant, tous les centres de santé ne disposent pas des traitements pour le choléra ou la malnutrition aigüe. Certains infirmiers ont déclaré « ne même pas disposer de SRO » dans leur poste ou centre de santé. Aussi, même s'il y a un centre de santé proche de chez eux, à moins de 5 km, les malades doivent parcourir de grandes distances pour accéder au traitement. Les aires de santé les plus isolées sont généralement celles qui ont les services de santé les plus pauvres car il est difficile de les approvisionner à cause du mauvais état des routes et/ou à cause de l'insécurité. Les hauts plateaux et les îlots ont été signalés comme des zones vulnérables dans l'accès à l'eau et à la santé mais peu touchées par l'aide humanitaire.

### 9.2 Marginalisation et manque d'information

L'accès des Pygmées aux services de santé est réduit. Ils ne bénéficient pas facilement des soins gratuits. Ils sont peu informés des services de santé disponibles. Ils n'ont pas de relais communautaires. Leurs enfants ne sont pas dépistés pour la malnutrition lors des dépistages actifs. Ils disent être mal accueillis et parfois refusés dans certains centres de santé. Dans d'autres structures sanitaires, ils sont acceptés seulement à condition de payer avant d'être soignés. Certains craignent d'être refoulés et n'osent pas aller au centre de santé.

Leur accès à l'aide humanitaire est moindre. Ils ne sont pas forcément pris en compte dans la conception et la mise en place des projets car ils ne sont pas représentés. Ils n'ont pas de membres qui les représentent dans les comités d'eau et de développement, ils n'ont pas de leader religieux ou associatif et leur organisation ne dépend pas de la chefferie normale. Ils ne travaillent pas dans les ONG. Ils ne sont pas systématiquement informés des projets et des critères pour être bénéficiaires. D'une part ils sont l'objet de nombreux préjugés et d'autre part ils se sentent exclus d'office des projets si on ne vient pas spécifiquement les impliquer.

### 9.3 Manque d'intrants au centre de santé pour assurer les soins

Les infirmiers des centres de santé sont formés à la prise en charge du choléra mais les centres de santé et UTC disposent de très peu d'intrants. S'ils ont beaucoup de cas à la fois, ils n'ont pas les quantités suffisantes pour soigner tous les patients. Soit ils transfèrent au CTC de Minova, soit ils demandent à la famille du malade d'acheter les *ringer lactate* (flacons de liquide de réhydratation par perfusion) à la pharmacie pour que le patient soit traité sur place.

### 9.4 Coût du traitement

Normalement la prise en charge des cas de choléra est gratuite et beaucoup de sensibilisation a été faite dans ce sens. Cependant, il peut arriver qu'il n'y ait pas d'intrant en stock et que le centre de santé doive s'approvisionner en urgence à une pharmacie privée pour soigner rapidement le malade. Le patient sera alors facturé pour les médicaments et devra payer entre 40 et 60 dollars. Quand il rentre chez lui il va alors faire savoir à tout le monde que le traitement n'est pas gratuit et après cela les malades risquent d'hésiter à aller au centre de santé rapidement en cas de symptômes du choléra de peur d'être facturé.

Une personne peut aussi attendre d'être sûre qu'elle souffre du choléra avant d'aller au centre de santé car elle a peur d'être facturée si elle se présente pour une autre maladie dont les soins sont payants.

Lorsque dans une aire de santé voisine les soins sont gratuits, beaucoup de personnes vont préférer se déplacer pour accéder aux soins gratuits plutôt que d'aller dans le centre de santé duquel ils dépendent mais où les services sont payants. Beaucoup de cas du Nord Kivu viennent se faire soigner au CTC de Minova car le traitement est gratuit tandis qu'au Nord Kivu, dans la zone de Kirotshe, avec le manque d'intrants gratuits, le traitement est payant au CTC.

Pour les autres maladies, une consultation curative qui comprend également les médicaments coûte 1500fr à 2000fr au Centre de santé. « Il faut payer que le traitement marche ou pas ». Pour les guérisseurs le prix est variable, certains font payer très chers mais généralement une fois que le patient est guéri. Pour les tempérants, le traitement est gratuit (le patient peut remercier le guérisseur avec un petit cadeau mais ce n'est pas une obligation) en comparaison du centre de santé.

#### 9.5 multiples offres de soin

Les acteurs de la santé sont multiples dans la communauté : infirmiers des centres de santé, infirmiers privés, herboristes, phytothérapeutes, devins, guérisseurs mystiques et chambres de prières... Un patient peut essayer plusieurs options de soins avant d'arriver au centre de santé. Plus son parcours de recours aux soins est long et plus son état risque de s'aggraver.

#### 9.6 Précarité de l'accès aux traitements

Certaines prises en charge comme celle du choléra ou de la malnutrition sont accessibles temporairement dans des centres de santé quand ceux-ci reçoivent un appui d'ONG puis sont suspendus. Aussi, il est difficile de travailler sur des actions durables dans les changements de comportements de santé.

#### 9.7 Le marasme n'est pas identifié comme un type de malnutrition

Les signes du marasme ne sont pas identifiés comme une forme de malnutrition ou comme une maladie qui se soigne au centre de santé. Les parents des enfants présentant des signes du marasme ne viennent pas spontanément faire soigner leur enfant.

### **10. Messages de sensibilisation à corriger ou compléter**

#### 10.1 Confusion dans les messages sur l'hygiène et l'allaitement

Dans les messages d'hygiène pour la prévention du choléra qui sont régulièrement diffusés, un des moments clés mis en avant pour le lavage des mains est « avant d'allaiter ». Hors, les directives de l'ANJE (Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant) préconisent l'allaitement à la demande et même durant la nuit. Recommander de se laver les mains au savon avant d'allaiter peut aller à l'encontre de l'allaitement à la demande et apporter de la confusion dans les messages de santé. Normalement, le message préconisé est « se laver les mains au savon avant de donner à manger à l'enfant », c'est-à-dire avant de lui donner la bouillie ou un autre aliment car c'est à ce moment qu'il peut y avoir contact entre la main de la mère et la bouche de l'enfant ou avec la nourriture.

#### 10.2 Tous les risques de transmission du choléra ne sont pas couverts par les messages de prévention

Les acteurs de prévention du choléra et le personnel soignant sont focalisés sur les causes liées à l'eau et au manque d'assainissement. Les autres aspects de la maladie comme son aspect épidémique, le fait que l'homme puisse être le principal hôte du vibrion et le transporter, et le risque de transmission interpersonnel sont occultés. Cette perception de la maladie se répercute sur les

messages de prévention et sur la compréhension des modes de transmission du choléra dans la communauté : Très peu de messages sur l'hygiène liée au contact avec d'autres personnes et pas de messages sur les précautions à avoir si jamais il y a un malade avec des symptômes de choléra dans la famille, sur la manipulation des malades ou des cadavres.

## 10 Recommandations

### 10.1 Information

D'une manière générale, pour informer et sensibiliser plus efficacement la population il est conseillé de varier les médias et canaux de communication. Utiliser plusieurs langues différentes, des médias différents (communiqués, dépliants, radio, théâtre, chanson..) et des canaux sociaux différents (réunion d'églises, chefferie, relais communautaires, écoles, associations,..) de manière à couvrir l'ensemble de la population. Le but est qu'une même personne reçoive un même message par plusieurs canaux différents. Pour les groupes considérés à risque et les populations marginalisées, ils doivent être ciblés spécifiquement et recevoir une information adaptée à leur situation.

### 10.2 Langues principales pour les supports de communication

Il est recommandé d'utiliser les langues locales pour les sensibilisations, que ce soit en porte à porte, à la radio ou au théâtre et pour les activités de formation des acteurs communautaires.

Dans les zones lacustres et moyens plateaux de Minova, Kalehe, jusqu'à Kabare : le kihavu, le mashi et kiswahili sont les langues les plus parlées.

Dans les hauts plateaux, on parle le kinyarwanda et le kiswahili. Cependant à cause des tensions ethniques l'usage du kinyarwanda semble assez sensible. Il faudrait approfondir l'enquête sur ce point pour déterminer s'il est judicieux ou non de faire des messages radios en kinyarwanda. Les populations rwandophones n'ont pas pu être incluses dans l'enquête pour des problèmes d'accès et de sécurité mais ont été signalées comme des populations vulnérables ayant peu accès aux services de santé. Par contre, pour des sensibilisations locales ou pour des dépliants bilingues ça ne pose pas de problèmes d'utiliser le kinyarwanda.

Pour Bunyakiri, le kitembo et le kiswahili sont les langues les plus courantes.

La langue écrite recommandée pour les modules de formation, les communiqués aux églises et les supports de sensibilisation (affiches, dépliants) est le kiswahili. Les explications données doivent être adaptées au public : langage simple, information abordable, pas de termes techniques, des illustrations ou photos pour faciliter la compréhension.

### 10.3 Médias

La radio est le *mass media* d'information le plus répandu. Les radios locales les plus souvent citées sont Muchwira (Sake), Sauti ya enjili (Goma), Bubandano (Minova), Radio Maendeleo (Bukavu). Radio Busibulenga (Bulenga) était également écoutée mais cette radio communautaire est en panne depuis quelques mois. Le mieux est de diffuser des messages sur plusieurs radios et en plusieurs langues de manière à couvrir un public plus large. La radio est un moyen très efficace et peu coûteux, de plus c'est un moyen direct de communication, le message ne peut pas être déformé ou détourné. Dans les zones où on ne peut pas capter Maendeleo ou Bobandana, comme les moyens et haut plateaux, beaucoup de personnes écoutent Sauti ya enjili. Il est possible de varier les styles de messages audio pour rendre les messages plus attractifs et accrocheurs et de faire des spots, des chansons, des dialogues, des interviews ou des émissions-débats.

Le théâtre est un média très populaire et qui marque les esprits. Par exemple, après le passage de la troupe théâtrale, de nombreux enfants chantent encore la chanson du spectacle de sensibilisation sur le choléra. Les troupes de théâtres peuvent adapter la pièce en différentes langues locales et rendre l'information attrayante en insérant des blagues et des chansons. Il existe plusieurs troupes de théâtre, dont une à Minova et une à Kalehe.

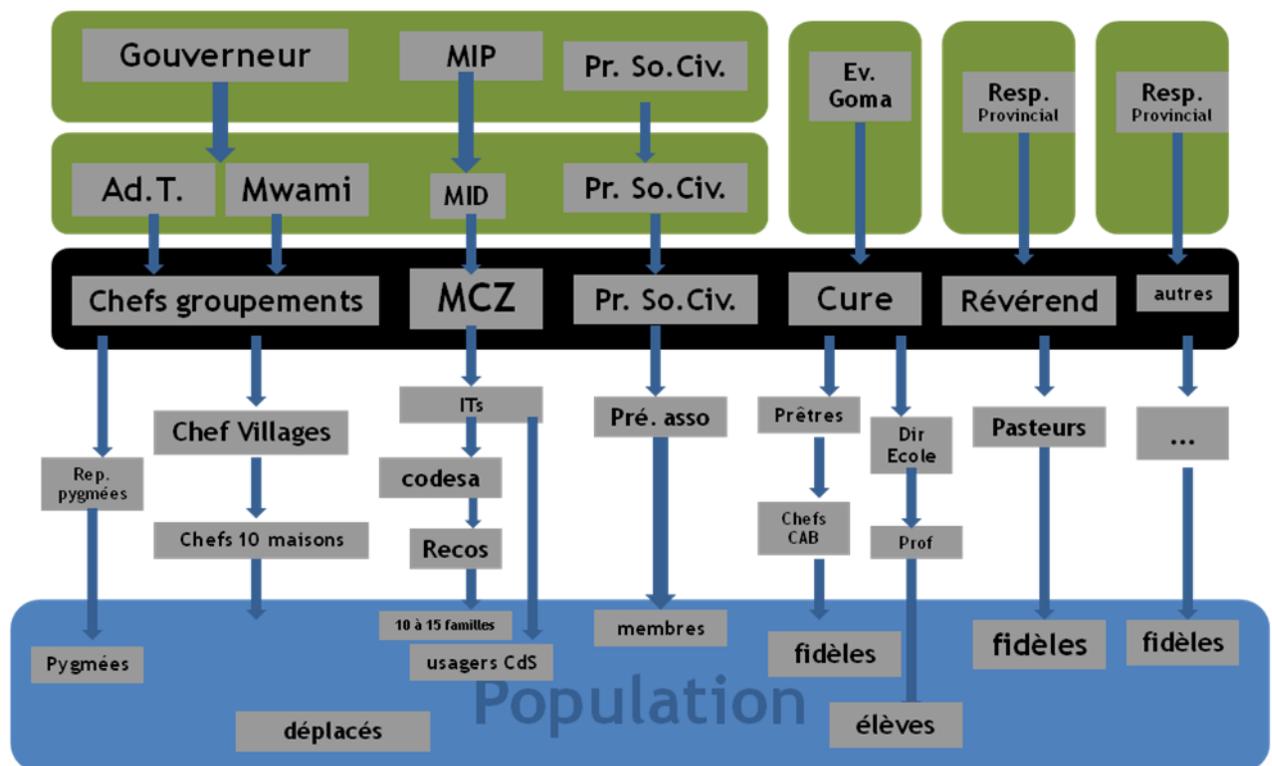
On trouve de nombreux cinémas de quartier où se retrouvent généralement des garçons et hommes. Ce pourrait être un espace pour diffuser des messages de santé avant les films par des dépliants, oralement ou avec un support audio-visuel. Cette dernière option nécessiterait de préparer des petites vidéos de prévention et d'élaborer un partenariat avec les cinémas.

Il n'y a pas de journaux disponibles. L'information écrite est essentiellement donnée par des affiches publicitaires (promotion de la téléphonie mobile, bières, etc..) ou par des feuillets religieux. La langue écrite la plus populaire est le kiswahili. L'information écrite est appréciée.

#### 10.4 Mécanismes de mobilisation sociale

Les ONG assimilent généralement la notion de communauté à la notion de village ou d'un groupe de personnes qui habitent dans un même lieu, le plus souvent dans un milieu rural. Ils sont considérés comme communauté parce qu'ils utilisent les mêmes infrastructures (eau, santé,..). Pourtant pour la population, on peut très bien être voisins mais ne pas avoir le sentiment de faire partie d'une même communauté. Pour parler de communauté, il faut que les personnes partagent quelque chose et aient le sentiment d'être reliées entre elles. Ce peut être la religion, le clan, la culture, l'origine ethnique ou le fait de pratiquer le même métier... La population d'un village est donc constituée de plusieurs communautés.

Figure 3 : Schéma de mobilisation sociale



La société est très organisée et hiérarchisée. Il faut utiliser les mécanismes de mobilisation sociale existants pour toucher les groupes de personnes ciblés. Les leaders religieux, associatifs, institutionnels et traditionnels peuvent diffuser l'information dans leurs communautés respectives ou les inciter à suivre une consigne de santé. La voix d'un leader a beaucoup de poids. Il faut donc trouver à quelles communautés appartient les personnes que l'on souhaite sensibiliser pour rencontrer leurs leaders au niveau du groupement ou de la paroisse : Mwamis, chefs de groupements, représentants associatifs, Curé de la Paroisse, Révérend, Grand Imam,... Il ne faut pas se cantonner aux chefs de localités et leaders communautaires des villages ou aires de santé. Il faut commencer par les responsables hiérarchiques. Il faut les sensibiliser personnellement sur la problématique qui nous intéresse et solliciter leur appui dans la sensibilisation de leur population. Ils

pourront alors proposer des actions possibles en fonction de leur calendrier de réunions, faire passer des communiqués ou faciliter les activités sur le terrain en informant leurs représentants et personnels (chefs de localité, prêtres, pasteurs, directeurs d'école, etc.).

#### 10.5 Canaux sociaux de communication

Les groupes de personnes organisés ont des réunions régulières et des moyens de communication qui peuvent être utilisés pour faire passer des messages plutôt que de convoquer exprès ces personnes à des réunions d'information.

Les différentes communautés religieuses se réunissent quotidiennement chaque matin ou après midi. Chaque religion a son calendrier de rassemblements quotidiens et hebdomadaires. Les leaders peuvent être sollicités pour lire des communiqués ou pour donner quelques minutes aux relais communautaires pour donner leur message. Les communautés religieuses gèrent également des structures sanitaires et des écoles.

La chefferie a ses propres réunions et canaux de communication pour diffuser les informations des chefs coutumiers jusqu'à la population. La fréquence des réunions varie en fonction de l'organisation de chaque groupement. Certains chefs de groupement ont des réunions avec les chefs de localités tous les 3 mois, d'autres chaque mois. Les chefs de groupement font aussi des tournées dans les localités de leur entité. Les chefs de localités réunissent généralement les chefs de 10 maisons toutes les deux semaines. Pour des problèmes particuliers, ils convoquent des réunions *ad hoc* avec les chefs et les sages et les leaders (pasteurs, prêtres, directeurs d'écoles, notables, anciens). Généralement, s'ils ont un message à faire passer ils vont également le faire passer par les églises et les relais communautaires. Chaque samedi, les chefs de 10 maisons organisent le travail communautaire avec les hommes du village. Les femmes sont chargées de l'entretien des parcelles.

Les associations ont des réunions régulières, mensuelles ou hebdomadaires en fonction de leur organisation interne. Elles permettent de cibler un groupe en particulier, par exemple les femmes, les guérisseurs, les pêcheurs, les vendeurs au marchés ou les mineurs. Certaines associations de femmes qui ont un champ communautaire se retrouvent une fois par semaine pour cultiver. Il y a aussi des associations qui ciblent des populations vulnérables telles que les veuves, femmes victimes de violences, jeunes démobilisés, etc.

Les mères de jeunes enfants et femmes enceintes se retrouvent pour la CPN ou CPS, chaque mois au centre de santé.

Les écoles permettent de toucher les enfants et leurs familles. Les enfants plus âgés ont souvent très tôt des responsabilités vis-à-vis de leurs frères et sœurs en bas âge : les nourrir, les surveiller. Ils participent à aller puiser l'eau.

Les groupes de Pygmées communiquent entre eux.

#### 10.6 Réunions propres au système de santé

Les Zones de santé ont des réunions mensuelles qui peuvent être des opportunités pour s'informer ou communiquer des informations. Cette liste n'est pas exhaustive. Chaque Zone de Santé est basée sur un même schéma de fonctionnement théorique, mais à ses mécanismes propres d'implémentation. Les réunions principales sont celles du COGE ou COGES, CODIR, SSP, CODESA ou COSA.

#### 10.7 Mobilisation communautaire du système de santé

Le système des relais communautaires est une organisation à la fois très riche est très fragile. Il permet au personnel des centres de santé de décupler leur capacité de sensibilisation et

d'impliquer la population dans les activités de santé. Ce système repose sur le volontariat. Il peut être très utile pour sensibiliser la population sur la prévention du choléra et la malnutrition, cependant il faut faire attention de ne pas le détériorer et de ne pas détourner les relais de leur rôle. Injecter des moyens temporairement sur un petit nombre de relais peut démotiver les autres ou créer des jalousies. De plus, le système de santé n'a pas les ressources financières pour indemniser les relais, c'est pour cela que la mobilisation communautaire repose sur le volontariat.

L'intérêt de la mobilisation communautaire est d'assurer une meilleure couverture. Un point important dans la sélection des relais lors des formations est de tenir compte de leur village de provenance. Il suffit de demander la liste de tous les relais de l'aire de santé avec leur village d'origine au Président du CODESA.

Il serait aussi important de faire un plaidoyer auprès des BCZ pour que les Pygmées aient des relais communautaires. En attendant, on peut inviter des représentants Pygmées lors des formations d'acteurs communautaires et réunions de sensibilisation. Les groupes rencontrés étaient tous favorables à l'idée que l'un des leurs participe à des formations sur la prévention des maladies. Cependant il faut tenir compte de leur niveau d'éducation et faire des formations avec adaptées. Certains ne parlent pas très bien kiswahili et la plupart ne savent pas lire. Il faut éviter qu'ils se sentent inférieurs aux autres lors des formations. L'idéal serait de faire une formation spécifique simplifiée regroupant les personnes d'un même niveau, en particulier pour les formations sur la malnutrition et sur ANJE qui sont assez compliquées.

Les ITs ont un rôle important à jouer dans l'encadrement des relais communautaires, il est donc stratégique de les former avant les ReCos. Les infirmiers responsables de postes de santé sont aussi des personnes clés à impliquer.

#### 10.8 Gestion des infrastructures communautaires

Pour la gestion des infrastructures d'eau et d'assainissement communautaires, éviter de créer des nouveaux comités si ce n'est pas nécessaire. Il existe déjà de nombreux comités de gestion des infrastructures communautaires (eau, marché, développement...), institutions gouvernementales et associations impliqués dans la gestion de l'eau et de l'assainissement.

#### 10.9 Sensibilisation pour la prévention du choléra

La population est déjà bien informée globalement des risques liés à l'eau contaminée et au manque d'assainissement. Il faut continuer à promouvoir ces messages de prévention mais il faut Insister sur les risques de transmission interpersonnels et sur ce qu'il faut faire si une personne a les symptômes du choléra. Il faudrait notamment promouvoir plus largement l'utilisation du SRO, diffuser les précautions à prendre pour l'entourage du malade et le garde malade, pour les personnes qui transportent le malade au centre de santé.

En cas de flambée ou d'épidémie les messages de sensibilisation doivent se focaliser sur le lavage des mains au savon, l'eau potable pour la boisson et la conduite à tenir en cas de symptômes de choléra.

Il n'est pas recommandé de diffuser des messages sur la question des porteurs sains à grande échelle car cela pourrait créer la panique. Cependant, il faut renforcer les connaissances des sensibilisateurs et du personnel de santé sur le choléra.

Il faudrait faire des sensibilisations spécifiques pour les contextes de transmission comme le marché et les lieux de transit comme les gares ou les ports et cibler les groupes à risque : enfants de 0-5 ans, femmes (garde malade), personnes âgées, pêcheurs, Pygmées, déplacés et familles de militaires qui vivent dans des conditions précaires. Les catégories de personnes les plus touchées

sont celles citées par le personnel soignant. Il faudrait confronter ces informations aux données épidémiologiques des chaque Zone de Santé pour obtenir un ciblage plus précis. Normalement, les femmes enceintes sont également un groupe à risque.

Il faudrait adapter les messages par rapport aux groupes de population ciblés. Notamment pour diminuer les maladies diarrhéiques chez les enfants de 0 à 5 ans, il faudrait intégrer des messages de promotion de l'allaitement maternel exclusif. Il est nécessaire d'adapter les messages d'hygiène à l'âge des enfants et à leur niveau d'autonomie, par exemple : se laver les mains avant de donner la bouillie ou la pâte à l'enfant ; aider les jeunes enfants à se laver les mains avant de manger ou après être allé aux toilettes ; nettoyer régulièrement les objets avec lesquels les jeunes enfants jouent et qu'ils portent à la bouche ; montrer aux enfants comment utiliser le pot ou la latrine ; jeter les excréments des enfants dans une latrine ; se laver les mains au savon après avoir nettoyé l'enfant (changé la couche). Insister sur les gestes en cas de diarrhée du jeune enfant: un jeune enfant risque de se déshydrater facilement, il faut l'encourager à boire du SRO ou d'autres liquides (eau, soupe,..). Les jeunes enfants sont souvent laissés à la surveillance des plus âgés. Il est donc important de cibler les enfants à travers les écoles car ils jouent un rôle important dans les pratiques de soins et d'hygiène à la maison.

Il faudrait cibler particulièrement les personnes qui boivent l'eau du lac pour les sensibilisations sur le traitement de l'eau, leur proposer des alternatives abordables pour traiter l'eau.

Il faudrait sensibiliser les autorités sur le risque lié aux funérailles et expliquer les mesures à prendre si une personne est décédée du choléra dans la communauté. Il est important d'impliquer les tradi-praticiens sur ce sujet ainsi que sur les précautions à prendre vis-à-vis des malades.

#### 10.10 Sensibilisation sur le dépistage et la prévention de la malnutrition

Il est recommandé d'insister sur les signes du marasme et le fait que ce soit un type de malnutrition aiguë, que cela peut être soigné par le même traitement que le kwashiorkor, que ce traitement est efficace, disponible au centre de santé et gratuit. Il faudrait continuer le travail en collaboration avec la Zone de Santé avec l'implication active des infirmiers titulaires et des relais communautaire, encourager l'implication des leaders communautaires et les tradi-praticiens. Il faudrait utiliser les medias comme la radio pour diffuser plus largement l'information.

L'utilisation de photos pour montrer explicitement les signes du marasme faciliterait la sensibilisation, par exemple lors de groupe de discussion avec des leaders, ReCo et tradipraticiens.

Il serait nécessaire de faire un plaidoyer auprès de la zone de santé et du PRONANUT pour que les modules de formations soient traduits en kiswahili. Il faudrait explorer la possibilité de faire des feuillets d'information plus simples (dépliants) en kiswahili en collaboration avec la Zone de Santé car les ReCo ne savent pas tous lire et des images simples faciliteraient la compréhension. En Annexe 5 se trouvent des exemples de ce qui se fait dans d'autres pays.

Pour les femmes enceintes et leurs maris, il faudrait insister sur l'importance d'une bonne nutrition pendant la grossesse et les dangers de l'alcool. Le sevrage semble une étape problématique, la nourriture est introduite très tôt et le sevrage brusque est une pratique courante. Il serait nécessaire de renforcer la prévention de la malnutrition aiguë en faisant largement la promotion du sevrage progressif et de l'introduction d'une nourriture complémentaire adéquate conformément aux directives ANJE.

#### 10.11 Plaidoyer

Les barrières d'accès aux soins sont pour la plupart liées à des problèmes récurrents de manque ou de gestion des financements du système de santé. Les projets d'appui des ONG viennent

momentanément combler des besoins mais la plupart des services mis en place s'arrêtent avec le désengagement des ONG. Il est nécessaire de faire un plaidoyer au niveau national et provincial pour que les zones de santé puissent accéder aux intrants nécessaires pour assurer les soins gratuits (UNTA, prise en charge des cas de choléra,..) et que le personnel de santé soit mieux rémunéré.

Il est important de partager la situation des Pygmées avec les acteurs humanitaires et partenaires de santé afin qu'ils soient mieux pris en compte dans les programmes et aient un meilleur accès à la santé.

# ANNEXES

**Annexe 1 : Proposition pour la sensibilisation choléra**

**Annexe 2 : Facteurs de risques**

**Annexe 3 : Exemple de matériel visuel pour la sensibilisation sur le choléra**

**Annexe 4 : Comment protéger la communauté en cas de flambée de diarrhée aigue et suspicion de choléra, directives du groupe spécial mondial de lutte contre le cholera – OMS.**

**Annexe 5 : Exemple de visuels utilisés dans d'autres pays pour sensibiliser les acteurs clés de la communauté sur les signes de la malnutrition**

## Annexe 1 : Proposition pour la sensibilisation choléra

### 1) Sensibilisation sur la prévention de la propagation du choléra en général

#### Stratégie de Mise en place de la sensibilisation:

1. Former/recycler les partenaires de santé sur les risques de propagation du choléra dans la famille du malade du choléra
2. Associer le personnel de santé aux actions de sensibilisation.
3. Sensibiliser les autorités administratives, religieuses et traditionnelles sur le risque de transmission et sur les précautions qui doivent être prises
4. Solliciter les leaders pour passer les messages dans leur communauté
5. Former les ReCo et autres personnes clés (leaders communautaires, représentants associatif, représentants pygmées...)
6. **Pour la sensibilisation sur la prévention du choléra, cibler en priorité les groupes à risque/groupes vulnérables**
7. Pour les messages sur les soins des enfants 0-5 ans, faire des actions spécifiques pour les parents : **pour les mères et pour les pères**
8. Diffuser des dépliants et des affiches pour les centres de santé
9. Diffuser largement le message à la radio (plusieurs radios/plusieurs langues)
10. Vérifier si les messages sont bien compris dans la communauté

#### Messages : Précautions pour se protéger du choléra et de la diarrhée

Le choléra ne s'attrape que par la bouche. On peut l'attraper si on porte la main souillée à la bouche, si l'on mange des aliments contaminés, si l'on boit de l'eau contaminée. En observant de bonnes règles d'hygiène, on peut se protéger du choléra, de la diarrhée et d'autres maladies.

#### Lavage des mains au savon

- Se laver les mains au savon après être allé dans la rue, en rentrant des champs, après avoir touché des animaux, après avoir serré des mains pour les salutations, après avoir touché de l'argent, après être allé aux latrines, après avoir changé la couche ou nettoyé les fesses de l'enfant
- Se laver les mains au savon avant de manger, avant de préparer la nourriture, avant de donner à manger à l'enfant
- Aider les enfants à se laver les mains au savon pour ces mêmes moments clés.
- Si tout le monde se lave les mains au savon aux moments clés, il y aura moins de maladies dans la famille.

#### L'eau de boisson

- Prendre l'eau de boisson à une source d'eau protégée / borne fontaine
- Traiter l'eau de boisson, si l'eau vient d'une source non protégée (donner des consignes pratiques sur les différentes techniques en fonction des possibilités : filtrer, bouillir 2 min ou chlorer avec de la javel, pur, aquatab, ..)
- Maintenir propre et toujours couvert les bidons/récipients de stockage d'eau
- Veiller à ce que les enfants ne mettent pas les doigts dans les bidons d'eau pour boire
- Pour les enfants de moins de 6 mois, la meilleure boisson c'est le lait maternel, pas la peine de donner de l'eau

## Préparation de la nourriture

- Bien laver (eau propre et savon ou eau chlorée) ou éplucher les fruits et légumes qui seront mangés crus
- Bien cuire les aliments cuisinés, les réchauffer avant de manger
- Couvrir la nourriture préparée
- Bien laver les ustensiles de cuisine et la vaisselle (eau propre et savon)

## Utilisation des latrines et propreté de la parcelle

- Utiliser les latrines
- Montrer aux enfants comment utiliser la latrine ou le pot
- Jeter les excréments des enfants dans les latrines
- Couvrir le trou de la latrine
- Maintenir la latrine propre (nettoyer à l'eau et au savon)
- Utiliser les cendres pour éviter les mouches et les odeurs
- Mettre de l'eau et du savon ou des cendres dans la latrine pour le lavage des mains

## Messages : **Précautions pour protéger les enfants de 0 à 5 ans de la diarrhée**

### *Comment éviter les diarrhées pour les enfants de – de 5 ans*

Les enfants sont plus sensibles que les adultes aux maladies, ils sont plus fragiles donc il faut prendre des précautions particulières pour les protéger des maladies.

- De la naissance à 6 mois, la meilleure alimentation c'est le lait maternel, pas la peine de donner de l'eau ou de la bouillie
- Le mieux est de donner le lait maternel dès la naissance et donner à la demande, même la nuit
- Après 6 mois, on peut commencer à donner un petit peu de bouillie, purée de fruit et d'eau potable, mais il faut continuer à donner le lait maternel
- L'enfant a besoin d'être encouragé pour s'habituer aux aliments nouveaux
- On peut continuer à donner le lait maternel jusqu'à 2 ans et plus
- Quand la mère décide d'arrêter l'allaitement, elle doit le faire petit à petit sur plusieurs semaines : il faut diminuer progressivement le nombre de tétés, tout en remplaçant au fur et à mesure par des repas plus complets et montrer à l'enfant beaucoup d'affection pour qu'il s'habitue à sa nouvelle alimentation
- Quand l'enfant ne prend plus le lait maternel ou si l'enfant n'est pas allaité il faut remplacer par du lait (de vache, chèvre, autre..)
- Pour donner de l'eau ou du jus à boire à l'enfant, toujours utiliser une tasse car c'est facile à nettoyer (ne jamais utiliser le biberon car c'est difficile à nettoyer et un biberon mal nettoyé peut causer des diarrhées)
- Aider les petits enfants à se laver les mains au savon après qu'ils aient fait leurs besoins, après avoir joué dans la terre, après avoir touché les animaux et avant de manger
- Les enfants ont tendance à porter les objets à la bouche, il faut veiller à ce que ces objets soient bien propres.
- Montrer aux enfants comment utiliser la latrine ou le pot
- Jeter les excréments des enfants dans les latrines

### ***Ce qu'il faut faire si l'enfant à la diarrhée (diarrhée simple)***

On appelle diarrhée quand un enfant fait des selles liquides 3 fois par jour ou plus. Plus les selles liquides par jour sont nombreuses, plus la diarrhée est grave. Pour un jeune enfant, le risque de déshydratation est très fort et peut entraîner la mort si on ne remplace pas l'eau qu'il a perdue.

- Si l'enfant est allaité, encourager l'enfant à prendre la tétée
- Sinon, encourager l'enfant qui a la diarrhée à boire du SRO, ou de l'eau potable, de la soupe, de l'eau de riz ou du jus de fruit ou lait de coco
- Encourager l'enfant à manger régulièrement, un enfant malade ou convalescent a besoin de manger plus que d'habitude pour combattre la maladie et retrouver une bonne santé
- Jeter les excréments de l'enfant dans les latrines
- Se laver les mains au savon après avoir nettoyé l'enfant
- Si la diarrhée continue plus de 3 jours, il faut consulter un agent de santé

**Si l'enfant fait des selles liquides 3 fois en l'espace d'une heure ou deux, si la diarrhée est couleur eau de riz ou si il a du sang dans les selles, il faut consulter un agent de santé immédiatement car la vie de l'enfant est en danger**

*Les parents devraient immédiatement consulter un agent de santé qualifié si l'enfant présente les signes suivants :*

- il a plusieurs selles liquides en l'espace d'une heure ou deux heures
- Si la diarrhée est couleur eau de riz
- il a du sang dans les selles
- il vomit fréquemment
- il a de la fièvre
- il a très soif
- il refuse de boire
- il refuse de manger
- il a les yeux caves
- il semble faible ou il est léthargique
- il a la diarrhée depuis plusieurs jours.

### **Solution de SRO : Une boisson spéciale contre la diarrhée**

(Référence : Savoir pour Sauver [www.factsforlifeglobal.org](http://www.factsforlifeglobal.org) )

#### **Qu'est-ce que les SRO ?**

Les SRO (sels de réhydratation orale) sont un mélange spécial de sels secs qui, une fois mélangé à de l'eau potable, aident à réhydrater le corps en cas de perte pendant la diarrhée.

#### **Quand doit-on utiliser des SRO ?**

Quand un enfant a des selles liquides trois fois pendant la journée ou plus, il faut commencer à lui donner des SRO.

Pour les enfants de 0 à 5 ans il faut aussi donner du zinc.

#### **Où peut-on trouver des SRO ?**

Les sachets de SRO sont disponibles dans les centres ou poste de santé, les pharmacies, sur les marchés.

#### **Comment préparer une boisson à base de SRO ?**

1. Vider le contenu d'un sachet de SRO dans un récipient propre. Lire les instructions sur le sachet pour ajouter la quantité d'eau potable indiquée. Si l'on n'ajoute pas assez d'eau, on risque d'aggraver la diarrhée.
2. Ajouter uniquement de l'eau. Ne pas mélanger les SRO avec du lait, de la soupe, du jus de fruit ou des boissons gazeuses. Ne pas rajouter de sucre.
3. Bien mélanger et donner à boire à l'enfant en utilisant une tasse propre. Ne pas utiliser de biberon.

**Quelle quantité de boisson à base de SRO faut-il donner à l'enfant ?**

- Il faut encourager l'enfant à en boire le plus souvent possible.
- Un enfant de moins de 2 ans a besoin de boire au moins entre un quart et la moitié d'une grande tasse (250 millilitres) de SRO après chaque selle liquide.
- Un enfant de 2 ans ou plus a besoin de boire au moins la moitié ou la totalité d'une grande tasse (250 millilitres) de SRO après chaque selle liquide.

**Généralement la diarrhée s'interrompt au bout de trois ou quatre jours. Si elle continue, il faut consulter un agent de santé qualifié.**

**Que faire si l'on ne dispose pas de sachet de SRO?**

Il est possible de fabriquer le SRO en utilisant de l'eau potable, du sucre et du sel.

**Recette de SRO maison<sup>30</sup>** : mélanger dans un litre d'eau potable (bouillie)

- une 1 /2 cuillère à café de sel
- 4 cuillères à soupe de sucre pour préparer le SRO à domicile

Il faut aussi essayer de compenser la perte de potassium en mangeant par exemple des bananes.

La stratégie de sensibilisation pour le Sud Kivu est de promouvoir l'utilisation du SRO en sachet plutôt que la recette sucre –sel pour éviter les erreurs de dosages. Les relais communautaire peuvent être formes a la recette sucre –sel mais pour le grand publique c'est le SRO en sachet qui doit être mis en avant. Etant donné que les guérisseurs et phytothérapeutes utilisent cette solution mais dans un dosage en sel trop important, il est aussi important de les sensibiliser sur le dosage correct.

**2) Sensibilisation sur la prévention de la propagation du choléra si il y a un cas/suspicion de choléra dans la famille**

Stratégie de mise en place de la sensibilisation:

1. Former/recycler les partenaires de santé sur les risques de propagation du choléra dans la famille du malade du choléra
2. Former/recycler les pulvérisateurs sur les messages à donner à la famille et sur les précautions pour eux-mêmes
3. Associer le personnel de santé aux actions de sensibilisation pour qu'ils sensibilisent les patients, ReCo, leaders
4. Sensibiliser les autorités administratives, religieuses et traditionnelles sur le risque de transmission et sur les précautions qui doivent être prises
5. Solliciter les leaders pour passer les messages dans leur communauté (communiqués en plusieurs langues)
6. Lors des actions de pulvérisation, sensibiliser les familles touchées par un cas/suspicion de choléra : sensibiliser les personnes qui soignent et cohabitent avec le malade

---

<sup>30</sup> Module de formation sur la prise en charge du Choléra. Sud Kivu, 2007. IPS-OMS-CRS

7. Former les ReCo et autres personnes clés (leaders communautaires, représentants pygmées, représentants associatifs...)
8. Sensibiliser les guérisseurs car ils sont en contact avec des malades
9. **Cibler en priorité les groupes à risque/groupes vulnérables**
10. Diffuser des dépliants et des affiches pour les centres de santé
11. En cas d'épidémie, diffuser largement le message à la radio (plusieurs radios/plusieurs langues)
12. Vérifier si les messages sont bien compris dans la communauté

**Messages : Précautions pour la famille/le garde-malade/personnes qui transportent le malade**

*Premiers secours lorsqu'une personne a les symptômes de choléra*

Les symptômes du choléra : diarrhée profuse incolore (eau de riz) parfois accompagnée de vomissements

Le plus grand danger est que le malade perde tous ses liquides par les diarrhées et les vomissements (c'est la déshydratation extrême qui entraîne la mort)

- Lui proposer du SRO ou de l'eau potable pour remplacer les liquides perdus par les diarrhées et vomissements (Un sachet de SRO se dilue dans un litre d'eau potable, on le trouve à la pharmacie ou au centre de santé. On peut aussi fabriquer le SRO)
- Si c'est un bébé qui est allaité, lui proposer la tétée pour le réhydrater
- L'emmener le plus rapidement possible au centre de santé ou CTC le plus proche

*Précaution à prendre pour le garde malade ou l'accompagnant*

Le microbe du choléra est très concentré dans le vomi et la diarrhée du malade

Le choléra ne s'attrape que par la bouche, on l'avale parce qu'on a porté la main souillée ou des aliments souillés à la bouche

- Ne pas porter la main à la bouche après avoir touché le malade ou ses déjections
- Se laver les mains au savon après avoir touché le malade
- Changer et nettoyer ses vêtements s'ils ont été souillés (si possible désinfecter avec une solution chlorée)

*Précaution à prendre à la maison pour protéger la famille*

- Nettoyer la maison, particulièrement les endroits souillés par le vomi ou la diarrhée du malade, avec de l'eau chlorée / Javel ou du savon, ou des cendres
- Jeter les déjections (vomi, excréments) du malade dans les latrines ou dans un trou
- Nettoyer les latrines, si possible avec de l'eau chlorée, ou du savon, ou des cendres
- Nettoyer les objets ou ustensiles utilisés par le malade (bassine, assiette, draps, vêtements..) avec de l'eau chlorée, ou du savon et de l'eau, puis bien les faire sécher au soleil. Attention, le lavage ne doit pas se faire à proximité d'un point d'eau ou d'une rivière car il y a un risque de contamination.
- Vérifier que toute la famille y compris les enfants se lave les mains au savon aux moments clés
- Vérifier que les bidons de stockage de l'eau potable sont bien nettoyés
- Suivre les précautions d'hygiène normales : lavage des mains au savon aux moments clés, bien cuire les aliments, laver les légumes et fruits avant de cuisiner, utiliser l'eau de source

protégée pour la boisson ou traiter l'eau, laver les assiettes et ustensiles avec de l'eau et du savon, couvrir la nourriture.

### **3) Sensibilisation sur la prévention de la propagation du choléra lors des funérailles d'une personne décédée du choléra**

1. Former/recycler les partenaires de santé sur les risques de transmission liés au cadavre de la personne décédée du choléra dans les structures sanitaires ou dans la communauté
2. Former/recycler les pulvérisateurs
3. Associer le personnel de santé aux actions de sensibilisation.
4. Sensibiliser les autorités administratives, religieuses et traditionnelles sur le risque de transmission et sur les précautions qui doivent être prises
5. Solliciter les leaders pour passer les messages dans leur communauté
6. Sensibiliser les familles touchées par le cas de décès dû au choléra

#### **Messages : Précautions lors d'un cas de décès du Choléra**

##### *Comment gérer le corps de la personne décédée du choléra*

- Si possible, faire appel à un professionnel de santé formé sur la manipulation des personnes décédées du choléra et suivre ses consignes.
- Limiter le nombre de personnes impliquées dans la préparation du cadavre
- Si possible, éviter de laver le corps
- Si possible, éviter de toucher le corps directement à mains nues, se protéger les mains avec un sachet plastique ou des gants
- Se protéger la bouche/Éviter de porter la main à la bouche après avoir touché le corps
- Enterrer le corps le plus vite possible
- Se laver les mains avec une solution chlorée ou au savon après avoir préparé le corps
- Désinfecter ses habits après avoir participé à la préparation du corps et à l'enterrement
- Désinfecter les ustensiles et meubles utilisés pour la préparation du corps
- Nettoyer la maison du défunt des souillures vomissements / excréments : pulvérisation avec une solution chlorée à 2%
- Se laver les mains au savon après avoir touché le corps
- Désinfecter les vêtements et la literie du défunt en les trempant pendant 2h dans une solution chlorée 0,05% de chlore actif, ou les trempant dans l'eau bouillante ou en les faisant bien sécher au soleil

##### *Précautions pendant les cérémonies de deuil*

- Informer les invités sur le risque de contamination et la nécessité de prendre des précautions d'hygiène
- Installer un point de lavage des mains : Mettre à disposition de l'eau chlorée ou de l'eau et du savon
- Inviter les personnes à se laver les mains régulièrement pendant le deuil, particulièrement après être allé aux toilettes et avant de manger, après avoir salué beaucoup de personnes

##### *Gestion des effets des défunts et partage des effets*

- Désinfecter ou laver au savon les ustensiles utilisés par le défunt pendant sa maladie (assiette, couvert, objets..)
- Si possible, enterrer les habits souillés ou les brûler
- Désinfecter les habits, matelas, etc..

Pour la désinfection des vêtements et effets, utiliser de préférence le chlore (2%), à défaut, faire bouillir les habits, ou nettoyer avec du savon ou de la cendre, puis bien les faire sécher au soleil<sup>31</sup> pour que les rayons solaires les désinfectent.

Attention ! Ne pas laver les effets du défunt dans la rivière ou près d'un point d'eau car le risque de contamination est très grave !

#### **4) Sensibilisation sur la prévention de la transmission du choléra au sein de la structure de santé : risque de contamination inter-malade, des soignants, des accompagnants**

*Stratégie de mise en place de la sensibilisation:*

1. Former/recycler les partenaires de santé sur les risques de contamination inter-malade, soignant, garde malade
2. Former les ReCo et autres personnes intervenant au centre de santé

*Messages : Précautions aux centres de santé/hôpital*

⇒ **Pour cette partie, vérifier quelles sont les normes en RDC sur la gestion de cas/suspicion de choléra**

#### **5) Sensibilisation sur la prévention du Choléra au marché**

1. Se coordonner avec les autorités sanitaires, administratives (service hygiène) et partenaires pour les actions d'hygiène publique à mettre en place
2. Former/recycler les agents d'hygiène publique et comité impliqués (comité marché, comité d'eau, etc...)
3. Sensibiliser les autorités administratives, religieuses et traditionnelles sur le risque de transmission et sur les précautions qui doivent être prises

Impliquer le comité marché, le comité d'eau et le représentant BCZ /hygiène publique et autres parties prenantes

*Messages pour le comité du marché :*

- Inciter les vendeurs à balayer là où ils exposent ou organiser le nettoyage chaque matin
- Maintenir les latrines propres
- Rassembler et éliminer les ordures (bruler, incinérer ou autre)

*Message pour le comité d'eau :*

- Maintenir le point d'eau propre
- Aménager un endroit à part pour le lavage des viscères (pas au point d'eau)

*Messages pour les vendeurs de nourriture préparée (beignets, pains, autre nourriture prête à consommer) :*

- Protéger les aliments prêts à consommer
- Utiliser des sachets plastiques ou gants pour attraper les aliments
- Se laver les mains au savon fréquemment (après salutations, échange d'argent)

*Messages pour les bouchers :*

---

<sup>31</sup> Premières étapes de la prise en charge d'une flambée de diarrhée aiguë, Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra – OMS

- Utiliser les sticks pour servir la viande
- Se laver les mains au savon fréquemment (après salutations, échange d'argent)

*Messages pour les poissonniers/vendeur ou vendeurs de poisson :*

- Etaler/nettoyer les poissons sur une surface propre (bâche propre, table propre)
- Se laver les mains au savon fréquemment (après salutations, échange d'argent)
- Déposer les viscères, branchies et autres dans des sachets plastiques ou autres récipients immédiatement après les avoir enlevé

## **6) Sensibilisation sur la prévention du Choléra au port**

Contactez les associations de pêcheurs :

- ⇒ ***Evaluer la situation sanitaire des pêcheurs dans les différents ports et observer leur mode de vie de manière à pouvoir leur proposer des mesures d'hygiène adéquates et des solutions pour qu'ils aient de l'eau potable quand ils vont sur le lac (traitement de l'eau, etc..).***

## Annexe 2 : Facteurs de risque

<b>1) Présence de la bactérie et dose infectante</b>	<b>2) Mode de vie favorisant le contact</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Surpopulation : concentration de population due à l'afflux de déplacés, milieu urbain, augmentation de la population (déplacés + famille d'accueil)</li><li>• Mouvements de population: aller-retour au marché, mutation des militaires, voyages commerciaux, déplacements pour fuir la guerre...</li><li>• Assainissement, hygiène et hygiène d'alimentation : eau de boisson contaminée et non traitée, pas de lavage des mains aux moments clés, défécation à l'air libre, préparation inadéquate des aliments, bébés qui prennent de l'eau avant 6 mois (pas d'allaitement exclusif)</li><li>• Climat/saison : saison des pluies (plus de maladies), saison sèche (rareté de l'eau)</li><li>• Croyances: l'hygiène est une question de femmes, un microbe ne peut pas tuer un congolais, le choléra vient seulement de l'eau, le choléra est cause par un sort....</li><li>• Pratiques/mode de vie: pêcheurs, pygmées, mineurs, vendeur de nourriture, commerçants, routiers, déplacés, familles de militaires, éleveurs de cochons</li><li>• Exposition au malade/cadavre: personnel soignant, personne qui prépare le défunt, personne qui transporte le malade, garde malade, famille du malade</li><li>• Géographie : Zone lacustre, îlots, axes routiers</li></ul>	<b>3) Fragilité de la personne</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 0-5 ans</li><li>• Enfants malnutris</li><li>• Enfants malades</li><li>• Femmes enceintes</li><li>• Personnes avec une immunité faible</li><li>• Personnes vivant avec le VIH</li><li>• Personne du 3eme âge (&gt;60 ans)</li></ul>
--	---	---

### Annexe 3 : Exemple de matériel visuel pour la sensibilisation sur le choléra

Campagne nationale Haïtienne en réponse à l'épidémie de cholera en octobre 2010. Affiches développées par le Ministère de la Santé et de la Population en collaboration avec OMS et ACF.

**Pwoteje tèt nou pou n pa trape kolera**

- Lave men nou ak savon ak dio pwòp
- Sèvi ak dio trete
- Lave fwi ak legim yo ak dio trete
- Byen kwit tout manje n ap manje
- Jete pou pou ak vomisman nan latrin

**Men sa pou nou fè lè yon moun gen dyare**

Ba li sewòm oral pou ka ranplase dio l ap pèdi

epi mennen l nan sant sante san pèditan

**Kijan pou prepare sewòm oral**  
Lave men ou byen, frotte. Mesire yon lit (1 lit) d'èdwa. Si li fòkale, mete anndan 2 tawoz (gram) manje sal. Metre 10 gram pou 1 lit. 100ml 5 anndan 5 anndan oral la men 100 ml. 200ml 10 gram pou 100 ml.

**Kijan pou nou fè sewòm lakay si pa gen anndan sewòm**  
Mesire men pou gason 100ml 100 ml pou 100ml 100 ml. Mesire ak kway nou sèviye manje.

1 Gal 100ml  
demi sèl + 6 sik

Byen kwit manje yo ak dio trete

Byen kwit manje yo ak dio trete

Lave men nou ak dio ak savon lè nou sot maryen moun ki malad

unicef USAID SOSH ACF

Dépliant UNICEF sur la conduite à tenir en cas de symptômes du choléra.

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**  
**PROTEGEONS-NOUS du CHOLERA**

En cas de diarrhée, Buvez une solution de réhydratation orale (SRO) 1 Litre

En cas de diarrhée, Buvez une solution de réhydratation orale (SRO) 1 Litre

Consomons uniquement de l'eau propre

Lavons-nous les mains au savon avant de manger et après avoir été aux toilettes

Utilisons toujours les latrines

Rendons-nous immédiatement au centre de santé

unicef

**Annexe 4 :** Comment protéger la communauté en cas de flambée de diarrhée aiguë et suspicion de choléra, directives du groupe spécial mondial de lutte contre le choléra – OMS<sup>32</sup>.

<p><b>COMMENT PROTÉGER LA COMMUNAUTÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Isoler les patients gravement atteints</li> <li>■ Donner des Informations :             <ul style="list-style-type: none"> <li>— sur la manière de prévenir le choléra en faisant passer des messages simples</li> <li>— sur la flambée</li> </ul> </li> <li>■ Désinfecter les sources d'eau au chlore</li> <li>■ Préconiser la désinfection de l'eau au chlore à domicile</li> <li>■ Eviter les rassemblements</li> </ul> <p><b>Les selles et les vomissements sont extrêmement contagieuses</b></p> <p><b>PRÉCAUTIONS À PRENDRE LORS DES FUNÉRAILLES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Désinfecter le corps avec une solution chlorée (2%)</li> <li>■ Mettre du coton hydrophile imbibé de solution chlorée dans la bouche et dans l'anus</li> <li>■ Se laver les mains au savon après avoir touché le corps</li> <li>■ Désinfecter les vêtements et la literie du défunt en les plongeant dans l'eau bouillie ou en les faisant bien sécher au soleil</li> </ul>	<p><b>FAIRE PASSER DES MESSAGES SIMPLES À LA COMMUNAUTÉ</b></p> <p><b>Pour prévenir le choléra et la shigellose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se laver les mains au savon :             <ul style="list-style-type: none"> <li>— après avoir utilisé les toilettes ou les latrines</li> <li>— avant de faire la cuisine</li> <li>— avant de manger</li> </ul> </li> <li>■ Faire bouillir l'eau ou la désinfecter avec une solution chlorée</li> <li>■ Ne consommer que des aliments qui viennent d'être cuits</li> <li>■ Ne pas déféquer à proximité des sources d'eau</li> <li>■ Utiliser des latrines et veiller à leur propreté</li> </ul> <p><b>En cas de diarrhée aiguë</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se réhydrater avec des SRO (voir les encadrés 1 et 2) avant d'aller au centre de santé</li> <li>■ Aller au centre de santé dès que possible</li> </ul>
--	---

**ENCADRÉ 1 : COMMENT PRÉPARER UNE SOLUTION DE SRO A DOMICILE**

- Si vous disposez de sachets de SRO, diluez un sachet dans un litre d'eau salubre
- Sinon, versez dans un litre d'eau salubre :
  - 1/2 cuillère à café de sel (3,5 grammes)
  - 4 cuillères à soupe de sucre (40 grammes)

Et essayez de compenser la perte en potassium (par exemple, mangez des bananes ou buvez du lait de coco vert)

**OMS • GROUPE SPÉCIAL MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA**

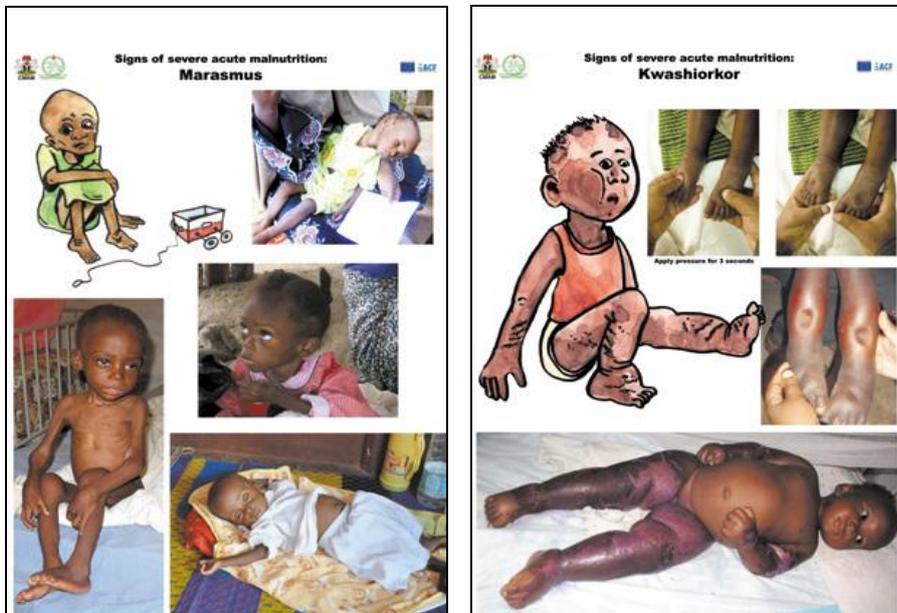
<sup>32</sup> Premières étapes de la prise en charge d'une flambée de diarrhée aiguë, Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra – OMS

**Annexe 5: Exemple de visuel utilisés dans d'autres pays pour sensibiliser les acteurs clés de la communauté sur les signes de la malnutrition aiguë.**

Set de photos sur les signes de la malnutrition aiguë utilisé lors de groupes de discussion dans la communauté.



Posters pour la formation des relais communautaires au Nigéria.



Posters du la malnutrition

## LE MARASME

LE MARASME EST UNE FORME AVANCÉE DE LA MALNUTRITION AIGUË (CHALÉRIQUE)

**CAUSES**

- Appart alimentaire inadéquat (apport en protéines insuffisantes)
- Pratiques de soins
- Maladies

**SYMPTÔMES**

- Sévère perte de poids
- Distension abdominale
- Irritabilité

**CET ENFANT EST À HAUT RISQUE DE DÉCÈS DANS LES SEMAINES QUI SUIVENT**

**TRAITEMENT** Durée: 30 JOURS

- Prise en charge nutritionnelle: lait F75 / F100, Plumeau Nut, SP100
- Soins médicaux
- Prise en charge psychosociale

**DETECTION**

- Rapports poids pour taille inférieur à 70%
- Péristomie brachiale inférieure à 20 mm (bras gauche)



ACF

## LE KWASHIORKOR

LE KWASHIORKOR EST UNE FORME AVANCÉE DE LA MALNUTRITION AIGUË (CHALÉRIQUE)

**CAUSES**

- Appart alimentaire inadéquat (apport en protéines insuffisantes)
- Pratiques de soins inadéquates
- Maladies

**SYMPTÔMES**

- Œdème (gonflement) et gonfi
- Perte de l'élasticité
- Distension abdominale
- Décoloration des dents
- Irritabilité

**CET ENFANT EST À HAUT RISQUE DE DÉCÈS DANS LES SEMAINES QUI SUIVENT**

**TRAITEMENT** Durée: 30 JOURS

- Prise en charge nutritionnelle: lait F75 / F100, Plumeau Nut, SP100
- Soins médicaux
- Prise en charge psychosociale

**DETECTION** Pratiquer l'élasticité cutanée et l'œdème à la fois de chaque

Appuyer pendant 2 à 10 secondes sur les os pour en sentir la forme. Observer s'il y a la ligne du gonfi.



ACF

## CONSÉQUENCES DE LA MALNUTRITION AIGUË



- Troubles de l'humeur
- Perte de la force / Atrophie du pectoral
- Réduction de la capacité de réaction immunitaire
- Atrophie des muscles squelettiques / Réduction de l'absorption des nutriments / Colonisation bactérienne anormale / Distension abdominale
- Dépression du système immunitaire
- Atrophie des muscles, des glandes, de membranes
- Distorsion du squelette cartilagineux
- Réduction de la sécrétion d'insuline et l'insémination au glucose
- Perte de la thermo-régulation du corps

ACF

## BESOINS NUTRITIONNELS

**ÉNERGIE**

**GLUCIDES**

**PROTECTION**

**VITAMINES**

**EAU**

**LIPIDES**

**MINÉRAUX**

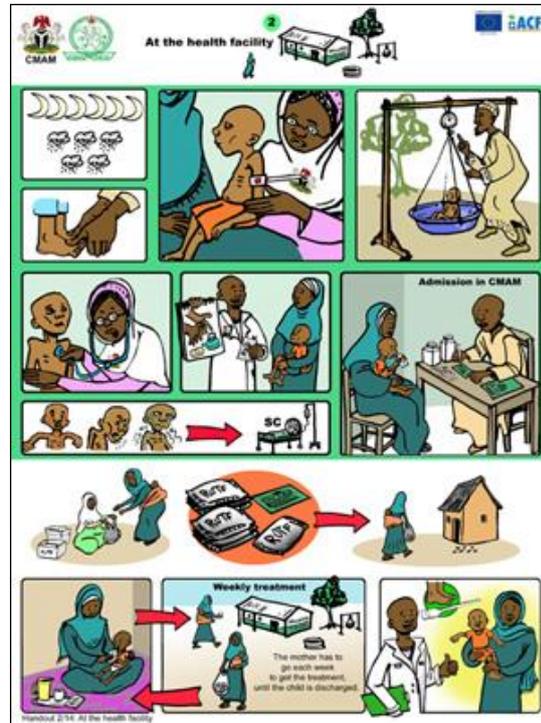
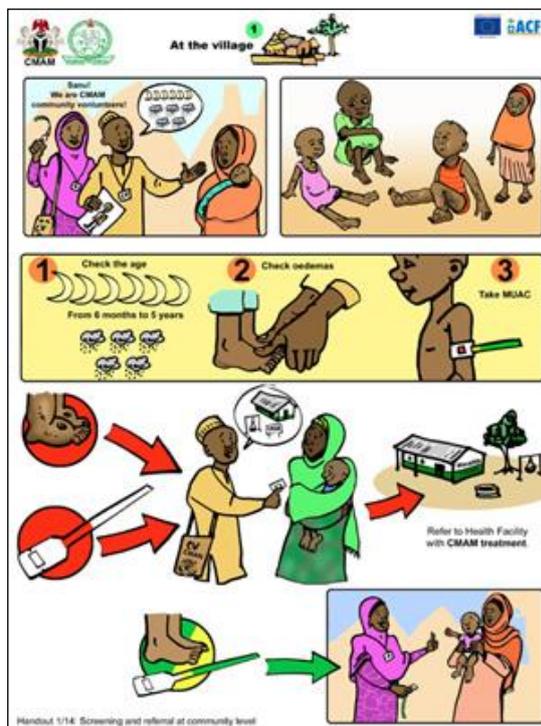
**CONSTRUCTION**

**PROTÉINES**



ACF

Set d'images de sensibilisation pour les relais communautaires. Ces documents illustrés reprennent fidèlement les informations du Protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë du Nigéria.



Le dépistage dans la communauté et les critères de référencement au centre de sante. Les examens effectués au centre de sante avant de confirmer le diagnostic et de procéder à l'admission.



Les informations sur le traitement. Les consignes à suivre pour utiliser l'ATPE de manière optimale.

Dépliant d'information réalisé en Haïti. Il contient plus de texte que les documents réalisés au Nigeria car il était destiné à un public avec un niveau de lecture plus élevé.

## Ki sa malnitrasyon an ye ?

**Malnitrasyon grav se yon maladi**

Malnitrasyon grav se yon maladi ki touche yon timoun ki gen pi piti pase 5 lane. Maladi sa a kapab gen anpil konsekans grav pou devlopman timoun, e yo ka mouri. Men, maladi sa a gen tretman si ou gantoune wè l, ou gantoune manje epi ou ka sote tretman yo pi bon.

**Gen tretman ki te gwo pou sote lavi timoun ki gen maladi malnitrasyon grav**

Li se yon tretman pou timoun ki 6m a 12m ki malnitrasyon, tretman sa a ka fè li pi fasil. Li pap gen gwo lòt chaj pou devlopman timoun nan.

Li fasil pou ou konnen si yon timoun te malnitrasyon, ou pou wè gade byen epi ou ka konnen ki jan maladi sa a parèt. Si ou wè yon timoun ki gen maladi sa a, ou ka sote tretman yo pi bon pou sote lavi yo.

Yon egzanm ki pa konplè, ki gwo ti chèn, ki pa te timoun nan mal, nan fòm sa a ki gen PTA, pap kapab fè w konnen sa li menm timoun.

Pa angaje wèl nan yon PTA, PNS outyem nan menm fòm sa a nan sa ki te malnitrasyon pou li deparèt pou timoun yo !

Gen timoun nan gen yon gwo chèn, chèn ki kapab fè li pa sote lavi.

**Men kijan pou rekonèt malnitrasyon grav**

Timoun nan rive anpil  
Pa vle jwe, rete twè devlopman toutan  
Kriye nan nèt, toujou mwe,  
Fatig, pa gen fòs pou mache.  
Yon timoun ki mal, kap maladi toutan:  
kò, vòmaman, dyare, fyèr...  
Li pa fasil te malnitrasyon

**Kisa pou nou fè lè nou wè siy sa yo ?**

- Si yon timoun prezante yon tiyèl pèyè nan sèy li, ou chita gade, wè nan yon sant sante ki gen PTA outyem PNS outyem nan menm fòm sa a ki te malnitrasyon. Ou kapab mande yon medikalize konnèt pou li yon deparèt pou li.
- Se yon jès ki kapab sote lavi timoun nan !
- Deparèt ak tretman yo gratis ti chèn.

unicef 

## Eske ou manje youn nan manje sa yo jodi a ?

unicef 

**Yod**

Yod se yon eleman ki gen pou lavi pou timoun yo.

**Li nesè pou devlopman sèvo !**

Yod nesè pou nou ka sèvan byen.

*Yod se yon eleman ki gen pou lavi pou timoun yo.*

**Vitamin A**

Vitamin A se yon eleman ki gen pou lavi pou timoun yo.

**Bon pou je ak po, epi konbat tout kalite maladi!**

*Vitamin A se yon eleman ki gen pou lavi pou timoun yo.*

**Pou byen grandi !**

Yon timoun ki byen grandi se yon timoun ki sèvan byen.

*Yon timoun ki byen grandi se yon timoun ki sèvan byen.*

**Chal jòn, ki se bezwa gòd ak fi, ak vitamin A**

Manje chal jòn ak vitamin A se yon eleman ki gen pou lavi pou timoun yo.

**Li se manje ou pi bon lè ou kap bay pou li pou sèvo ak fi.**

**100% Fats!**

*Manje chal jòn ak vitamin A se yon eleman ki gen pou lavi pou timoun yo.*

Nan sant sante yo, gen pou genyen pou li ki gen pou lavi pou timoun yo. Si ou wè yon timoun ki mal, ou ka mande pou li yon deparèt pou li. Genyen pou genyen pou li ki gen pou lavi pou timoun yo.

Unicef se yon pati de Nasyon, UNICEF se yon pati de Nasyon ki gen pou lavi pou timoun yo. Unicef se yon pati de Nasyon ki gen pou lavi pou timoun yo. Unicef se yon pati de Nasyon ki gen pou lavi pou timoun yo.

unicef 