

Entre savoirs experts et mauvais sort  
Pratiques d'utilisation de l'eau et perception de l'épidémie du  
choléra dans le district du Tanganyika

Francesco Staro  
Mars 2011



**POOLED FUND RDC**



## Sommaire

Sommaire, p. 3

I. Introduction, p. 4

- Critères d'analyse utilisés et méthodologie
- Remerciements

II. Pratique d'utilisation de l'eau et perception du choléra dans la ville de Kalemie, p. 6

1. Représentations de la maladie dans la ville de Kalemie
2. «Etre surpris par la maladie». Qui sait quoi sur l'eau propre et la maladie du choléra en milieu urbain
3. Le rôle stratégique des puits au dehors de la ville

III. Pratique d'utilisation de l'eau et perception du choléra en milieu rural, p. 15

1. Fragmentation des savoirs locaux sur la maladie
2. Les différents acteurs de soin en milieu rural
3. La sorcellerie ou mauvais sort: un relais communautaire traditionnel?
4. L'eau "lourde": contrôle communautaire sur la qualité de l'eau en milieu rural

IV. Analyse des messages de sensibilisation et pistes pour leur amélioration, p. 24

V. Conclusions, p. 25

VI. Annexes, p. 27

VII. Bibliographie, p. 36

## Résumé

Dans le district du Tanganyika, au sud est de la RDC, les interventions d'amélioration de la prise en charge des épidémies du choléra sont confrontées à un succès mitigé. Bien que le nombre de cas soit en forte diminution, le profil épidémique de la maladie reste inchangé.

Pour comprendre une telle situation, cette recherche examine le choléra comme quelque chose d'autre qu'un ensemble cohérent de symptômes et des remèdes spécifiques. En effet, les représentations du choléra auprès de la population locale exercent un'influence importante sur l'utilisation des services de soin disponibles, et sur l'adoption des pratiques préventives adéquates.

Dans la ville de Kalemie, la maladie du choléra peut être perçue comme un problème personnel, au détriment de la reconnaissance de son caractère épidémique. Les discussions avec la population montrent une faiblesse au niveau d'impact des messages de sensibilisation utilisés, qui n'arrivent pas à contrecarrer la tendance à déléguer la lutte contre la maladie aux savoirs experts des autorités hospitaliers.

L'analyse des perceptions locales de la maladie a été soutenue par l'observation des pratiques d'utilisation des ressources en eau. Il s'agit de deux arguments qui se renforcent mutuellement, et qui aident beaucoup à "lire" la complexité et les contradictions qui souvent occupent les récits de la maladie, en particulier en milieu rural.

Cette étude met des informations à disposition pour l'amélioration des messages de sensibilisation existantes. Au même temps, il vise à développer la réflexion sur les différents facteurs qui participent à la construction de la relation entre le malade et la maladie dans les zones visités.

In the Tanganyika district, located in south-eastern DRC, projects aiming to eradicate cholera disease face mixed success. Although the number of cases is in sharp decline, the epidemic profile remains unchanged.

This research examines cholera as something other than a coherent whole of symptoms and specific remedies. In effect, even representations of cholera among local population exert a major influence on the use of care services available, and the adoption of proper preventive practices.

In the town of Kalemie, cholera disease can be perceived as a personal problem, at the expenses of its epidemic profile's recognition. Discussions with the population show that the impact of sensitisation messages aiming to raise awareness on the disease is low. Such initiatives are not sufficient as opposed to the tendency to delegate the fight against the disease to expert knowledge and medical authorities.

The analysis of local perceptions of the disease has been supported by the observation of practices of water usage. These two arguments, which are mutually reinforcing, offer a veritable support in order to to "read" the complexities and contradictions characterising the disease's understanding, especially in rural areas.

This study points to strengthen the messages of sensibilisation available. At the same time, it aims to develop reflection on the complex relationship between local population and the cholera disease in the visited areas.

*«Il n'y a qu'un spécialiste qui peut attester  
si l'eau est potable ou non»*

*«Lorsqu'un mauvais sort est jeté dans la population du village,  
les vieux voient cela et alertent vite les habitants»*

## **I. Introduction**

Cette recherche vise à répondre à une exigence des opérateurs sanitaires engagés dans la lutte contre l'épidémie du choléra dans le district du Tanganyika. Bien que le nombre de cas soit en forte diminution, et malgré l'importance des actions réalisées pendant les dernières années, le profil épidémique de la maladie reste inchangé. Dans ce contexte, les acteurs nationaux et internationaux sont confrontés à la difficulté d'expliquer la persistance de l'épidémie dans la région.

Pour comprendre le «succès mitigé» des interventions réalisées sur le terrain, on prend souvent en considération l'inefficacité des activités de sensibilisation adressées à la population locale parmi les causes possibles. «On n'arrive pas à vaincre l'épidémie car nous ne sommes pas capables de modifier les comportements des gens». A travers les informations proposées dans cette étude, on peut envisager autrement le “dernier effort” pour vaincre l'épidémie. Le fait que la population locale continue à adopter des mauvaises habitudes hygiéniques nous donne une idée d'une réalité locale inchangée, immobile. Cela peut en partie expliquer la persistance de la maladie. Au contraire, il faut reconnaître que des modifications des comportements par rapport à la maladie du choléra ont déjà eu lieu auprès de la population locale suite aux différentes interventions humanitaires des dernières années. Il s'agit d'un changement de perspective important sur la lutte contre la maladie qui est susceptible de renforcer les critères de planification des interventions futures. L'attention n'est plus centrée sur ce qui reste inchangé, mais sur les nouveaux éléments qui apparaissent.

C'est la représentation de la maladie en tant que “problème personnel”, au détriment de la reconnaissance de son caractère épidémique, qui marque la perception du choléra dans les zones visitées. Comme nous le verrons au cours de ce rapport, la représentation de la maladie est le résultat de l'histoire des relations entre la population locale et les différents acteurs engagés dans la lutte contre l'épidémie. Dans cette perspective, **une étude anthropologique sur le choléra implique la reconnaissance des relations entre la maladie et son contexte social et culturel**. La compréhension de l'épidémie ne peut pas être limitée à un ensemble de symptômes et pratiques curatives.

Cette recherche porte une attention particulière aux relations entre perception de la maladie et pratiques d'utilisation des ressources hydriques. Les discussions avec la population locale montrent que les représentations de l'épidémie du choléra peuvent être “lues” à travers l'analyse des sources disponibles et des modalités de distribution de l'accès à l'eau. Les ressources hydriques ne sont pas

seulement un vecteur de contamination. En effet, **les pratiques qui régissent l'utilisation de l'eau renforcent la relation entre la population locale et la maladie du choléra.** Les modalités d'utilisation des ressources hydriques reflètent la distribution des savoirs sur la maladie, et le niveau d'engagement communautaire pour la combattre. Il s'agit d'un véritable sujet de recherche parallèle et complémentaire à l'analyse des représentations du choléra qui permet d'adresser la question de la réception et de l'impact des messages de sensibilisation auprès de la population locale.

### *Critères d'analyse utilisés et méthodologie*

Face à l'importance attachée à l'observation des pratiques d'utilisation des ressources hydriques, la distinction entre milieu urbain et milieu rural est devenu le critère d'analyse principal au cours de la recherche sur le terrain. **C'est la disponibilité d'un système de distribution de l'eau potable qui exerce une influence déterminante sur la perception de la maladie, et sur la capacité d'adopter des comportements préventifs adéquats pour y faire face.**

Les informations contenues dans ce document sont le résultat de 2 focus groups et 52 entretiens. Les discussions avec la population locale ont été traduites par un interprète du swahili au français et enregistrées avec un magnétophone. Toutes les citations dans le texte sont des extraits de ces conversations.

Les aires de santé visitées ont été sélectionnées en collaboration avec le personnel médical de Kalemie de Médecins du Monde. Les protocoles d'enquête utilisés, ainsi que la liste des villages enquêtés, sont proposés dans les annexes.

Malgré l'histoire importante de l'épidémie dans la ville de Kalemie, et son rôle dans la diffusion de la maladie dans les zones environnantes, la préparation de la recherche sur le terrain a été confrontée à un manque d'études détaillées sur le choléra dans la région. Ce rapport de recherche vise à fournir des informations pour mieux comprendre le rôle du choléra dans son contexte social et culturel. L'objectif principal de cette recherche est d'analyser les messages de sensibilisation adressés à la population locale, et d'identifier des suggestions d'amélioration, ce qui est proposé dans la dernière partie du document. Cependant, on retrouve également, dans la première partie du document, un "message de sensibilisation" adressé aux acteurs nationaux et internationaux engagés dans la lutte contre l'épidémie afin de mettre à leur disposition des éléments de réflexion à utiliser pour envisager les interventions futures.

Les observations que cette étude propose, bien qu'axées sur les spécificités des zones visitées, peuvent être adaptées aux autres contextes d'intervention. À la fin de chaque paragraphe un schéma propose les questions susceptibles de généralisation, dans le cadre des actions humanitaires visant à l'amélioration de l'accès aux soins pour la prise en charge des épidémies du choléra.

### *Remerciements*

Cette recherche a été conçue dans le cadre du projet DSC et encadré par Magali Bouchon pour la réalisation de la mission et la préparation du travail sur le terrain.

Je remercie le Desk Afrique et tout le personnel de Médecins du Monde pour avoir soutenu la recherche. En particulier, le staff à Kalemie, pour leur engagement direct dans les activités réalisées sur le terrain. Leur attentes sur mon travail ont été le stimulus le plus important.

Un remerciement spécial va à Théodore Lukusa, qui a occupé le poste d'interprète, pour sa précieuse collaboration.

## II. Pratique d'utilisation de l'eau et perception du choléra dans la ville de Kalemie

Après avoir constitué la porte d'entrée du choléra dans le Tanganyika pendant les années '70, la ville de Kalemie continue à jouer un rôle clé par rapport à la diffusion de la maladie dans la région<sup>1</sup>.

Malgré l'amélioration des infrastructures sanitaires, la mise en œuvre des programmes de chloration, et les activités de sensibilisation sur les risques liés à la maladie, le profil épidémique dans la ville, même si en baisse, demeure inchangé. La maladie se manifeste essentiellement par des pics de cas de contamination pendant la saison des pluies<sup>2</sup>.

La présence de la maladie à Kalemie produit des répercussions importantes sur les zones environnantes, notamment à travers les déplacements des petits commerçants et des routiers. Les villageois visitent les marchés de la ville pour vendre les produits agricoles et pour s'approvisionner en sel, en savon et autres biens manufacturés. Au cours de la recherche, dans les villages visités autour de Kalemie, le choléra est perçu comme «une maladie qui vient de la ville». L'incidence de l'épidémie se multiplie en présence de lieux à haut risque de contamination, notamment dans les mines et camps des réfugiés<sup>3</sup>.

Les entretiens avec la population de Kalemie montrent un niveau de connaissance adéquat par rapport à la reconnaissance des signes de la maladie et les précautions à prendre pour l'éviter. L'utilisation de l'eau chlorée est désormais devenue une pratique préventive courante auprès des habitants de la ville, qui reconnaissent ainsi la portée stratégique de l'eau chlorée pendant la saison épidémique.

Par contre, on a enregistré un niveau faible de connaissance des causes de la maladie et de ses origines. Par exemple, une maman nous a dit que «c'est le soleil qui est à la base du choléra. Lorsque le soleil chauffe l'eau du lac que nous consommons, l'eau dévient un peu tiède et quand on a soif et on prend une eau tiède, ça provoque la diarrhée». D'un côté, on remarque que la population de Kalemie fait preuve de réaction rapide et ponctuelle à l'apparition des signes du choléra. De l'autre, il faut axer l'attention sur la compréhension et les représentations des causes de la maladie, ce qui influence d'une façon importante la maîtrise des mesures préventives efficaces, et la capacité de les mettre en pratique.

### *Représentations de la maladie dans la ville de Kalemie*

A partir des informations obtenues dans les zones de santé de Kalemie et Nyemba, on a pu remarquer que les connaissances sur la maladie au niveau local semblent être limitées à l'utilisation des traitements curatifs disponibles auprès des autorités médicales. Un nombre réduit de cas a indiqué la possibilité de recourir à des médicaments traditionnels<sup>4</sup>. Face au manque de fiabilité de ces produits naturels, la majorité des gens qui habitent à Kalemie pensent que c'est difficile de soigner traditionnellement cette maladie, et se rendent à l'hôpital de la ville pour être soignés lorsqu'ils tombent malades.

---

1 Kalemie est déterminé comme le cœur de la propagation des épidémies du choléra dans le sud est de la RDC. La première épidémie dans la province du Katanga date de Septembre 1977.

2 Les données épidémiques consultés montrent une baisse relativement régulière des cas de 2002 à 2010 après une année 2002 très infectée par le choléra.

3 Dans les mines de coltan à environ 100 km du village de Lukombe, parmi les villages ciblés par la recherche, les ouvriers, qui proviennent de différentes régions, peuvent rester jusqu'à trois mois. Compte tenu des mauvaises conditions hygiéniques, et de manque de sources d'eau sécurisées, il s'agit des sites à haut risque de contagion et de diffusion de l'épidémie dans les zones environnantes.

4 Dans la ville de Kalemie on peut utiliser des plants appelés *subira*.

Compte tenu de la gravité du choléra, et de la nécessité d'agir en urgence pour faire face à la maladie, le processus décisionnel qui aboutit à la décision d'amener le malade à l'hôpital n'est pas conditionné par les différences de genre à l'intérieur de la famille. Il est plutôt intéressant de placer l'analyse au niveau du quartier, et d'examiner la réaction collective lorsqu'un cas de choléra se présente.



*Un site de chloration à Kalemie*

Ainsi, le manque d'informations sur la présence de la maladie et sur les possibles sources de contamination est un problème qui revient souvent pendant les discussions avec la population locale. Tout d'abord, pour comprendre la rareté des informations sur le choléra au niveau du quartier, il faut expliciter que ce n'est pas une question de stigmatisation. En milieu urbain, l'hypothèse du choléra en tant que maladie honteuse a été fortement rejetée: «**le choléra est une maladie comme toutes les autres**», c'est donc une maladie dont on peut parler facilement, et qu'il faut déclarer aux autorités médicales au plus vite<sup>5</sup>. De plus, la forte visibilité et la virulence de la maladie font qu'il est impossible de la cacher aux autres. Néanmoins, lorsqu'un cas de choléra survient, le niveau d'information sur la présence de la maladie dans le quartier reste faible.

**Tout le monde avait peur de s'approcher de notre maison et c'est le fait que notre frère tomba dans les toilettes qui alerta le quartier de la présence de la maladie dans notre environnement immédiat.**

---

<sup>5</sup> Les entités nosologiques populaires offrent une confirmation à ce propos : la maladie du choléra peut être aussi appelée «*araka utakwenda*» (vite vite je vais partir).

Souvent la présence de la maladie dans un quartier n'est aperçue que lorsqu'il y a un cas d'hospitalisation d'un malade: «on sait qu'il y a un cas quand il est amené en taxi-moto à l'hôpital». Effectivement, au delà du voisinage du malade, c'est les infirmiers sensibilisateurs qui alertent la population sur la présence de la maladie, à partir de cas enregistrés à l'hôpital.

En dépit du fait que le choléra soit considéré comme une maladie grave, dont les signes doivent être traités en urgence, l'attention collective au niveau communautaire reste faible. Le fait que les infirmiers soient indiqués comme les principales sources d'information sur la diffusion de l'épidémie souligne la faiblesse du niveau d'attention sur les risques de contamination, et sur les pratiques hygiéniques à adopter en cas d'épidémie.

Pour expliquer ce désengagement concernant le contrôle communautaire sur l'épidémie, l'hypothèse d'une solidarité communautaire «affaiblie ou perdue» n'est pas suffisante. Plutôt, **on peut envisager la diffusion d'une représentation du choléra comme «maladie individuelle», c'est-à-dire une maladie qui ne concerne pas la communauté**, et qui peut être soignée par des traitements adéquats, sans reconnaître l'importance de l'engagement collectif. Ceci nous permet de prendre en compte la faiblesse des connaissances sur les origines de la maladie et, au même temps, d'expliquer la limitation des savoirs et des notions sur la maladie aux procédures d'hospitalisation. Effectivement, malgré les différentes actions de sensibilisation, l'attention de la population est mise davantage sur les pratiques curatives que sur l'importance des habitudes préventives à adopter par la collectivité.

Nous pouvons observer les modalités d'accès à l'eau en milieu urbain pour mieux comprendre la représentation du choléra en tant que «maladie individuelle», qui a la priorité sur une représentation mettant en avant la dimension collective de l'épidémie. Dans les endroits où elle est disponible, l'eau du robinet est considérée comme la meilleure source d'hydratation. La population urbaine reconnaît que la qualité de l'eau du robinet est meilleure par rapport à celle de l'eau du lac, de la rivière ou des puits. La préférence de cette source d'eau est expliquée en faisant référence en première lieu à la salubrité, c'est-à-dire que l'eau du robinet est préférée parce qu'elle épargne les populations des maladies hydriques, notamment le choléra.

En même temps, on reconnaît souvent que l'eau du robinet n'est pas accessible à tous, en raison des frais important à payer pour pouvoir la puiser.

L'eau de boisson est puisée chez Etienne, qui a un robinet moyennant l'argent. Ceux qui n'en ont pas vont puiser au fleuve Congo.

Pour l'instant, on ne veut pas aborder la question du fonctionnement du réseau d'eau, mais analyser les modalités de distribution de l'accès, et notamment ses conséquences sur les représentations de la maladie du choléra. En effet, **la mise en place d'un réseau hydraulique a contribué à «individualiser» l'accès à l'eau en milieu urbain**. Au niveau local, les spécificités de l'eau du robinet sont vécues dans la vie quotidienne à travers les différences entre ceux qui peuvent faire face aux coûts de l'eau du robinet et ceux qui ne le peuvent pas.

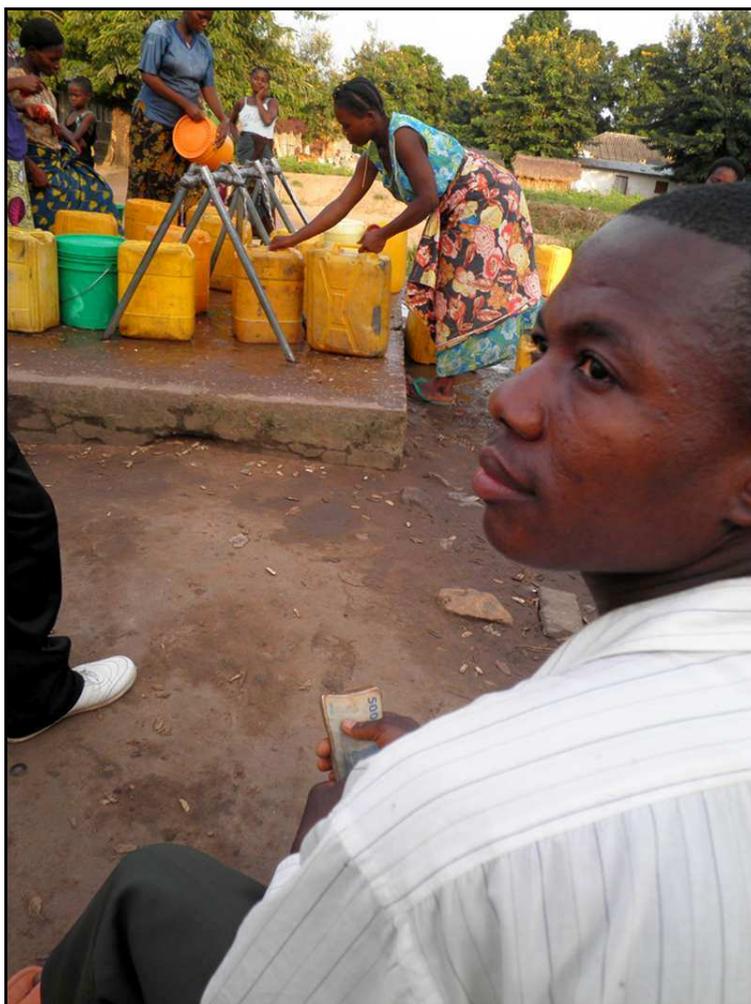
Ensuite, on peut saisir l'écart entre l'eau du robinet et les autres sources (lacs, rivières, puits) à partir des caractéristiques des différents points d'eau. Contrairement à l'eau du robinet, individuelle et payante, les autres sources sont collectives, fiables au cours de l'année, et surtout partagées<sup>6</sup>. Par rapport aux puits au dehors de la ville, il faut remarquer aussi que souvent les communautés locales organisent le travail d'aménagement des sources, ce qui implique un engagement actif de la

---

6 La perception locale de différentes sources disponibles par rapport à leur goût sera adressée dans le paragraphe suivant.

communauté et un contrôle réciproque sur l'utilisation de la source.

La population de Kalemie reconnaît l'importance d'avoir accès à une source d'eau propre pour se défendre des risques d'attraper des maladies. Par conséquent, la présence du robinet, indépendamment de son fonctionnement effectif, a modifié la perception des maladies hydriques, et du choléra en particulier. **Le réseau d'eau potable et individualisée a facilité la représentation d'une maladie qui « attrape la personne »**, plutôt que de valoriser la compréhension des risques de contamination au niveau de la collectivité. **Auprès des aires de santé enquêtées dans la ville de Kalemie, les modalités d'accès à l'eau participent à la construction des relations entre le malade et la maladie.**



*Puisage de l'eau à Kongolo*

La représentation de la maladie en tant que problème exclusivement individuel est une question qui se pose soit en milieu urbain, soit en milieu rural. Particulièrement en milieu rural, cette question peut être mieux explorée en prenant en compte la pluralité des itinéraires thérapeutiques disponibles (centres de santé privés, guérisseurs traditionnels, automédication, églises locales). Cela montre que le fait de se soigner puisse être vécu comme le résultat d'un choix uniquement individuel. Les dynamiques de l'accès aux soins en milieu rural seront adressées au cours de la deuxième partie de ce texte.

Pour l'instant, il est important de concentrer l'attention sur la représentation du choléra en tant que maladie «personnelle» en milieu urbain. Cette représentation renforcée par les pratiques d'utilisation

des ressources en eau a des conséquences concrètes, notamment concernant la faiblesse des connaissances sur les origines de la maladie, et la difficulté de mettre en pratique les précautions hygiéniques adéquates au niveau de la communauté.

*«Être surpris par la maladie». Qui sait quoi sur l'eau propre et la maladie du choléra en milieu urbain*

Au cours des entretiens avec les personnes qui ont vécu directement le choléra, nous leurs avons demandé de raconter leur expérience de la maladie. On a toujours écouté une emphase sur le processus d'hospitalisation et un manque d'information et parfois même d'hypothèses sur les causes de la maladie et sur les possibles sources de contagion.

Bien que généralement la population enquêtée puisse reconnaître l'eau en tant que vecteur de contamination, plusieurs entretiens révèlent des connaissances approximatives voire mauvaises concernant les risques de transmission de la maladie, ce qui détermine une confusion par rapport aux pratiques hygiéniques à adopter.

Q: Comment le choléra se transmet-il?

R: Je ne sais pas mais on me dit souvent que lorsque vous touchez un malade du choléra vous avez plus de chance de l'attraper.

Q: Ça veut dire qu'il faut éviter le malade?

R: Si c'est mon mari ou mon enfant, je veux accepter tous les risques mais si c'est un voisin, il y a sa famille qui peut lui venir en aide.

Ce témoignage est important car il permet d'adresser l'argument de la prise en charge de la maladie du choléra à l'intérieur de la famille. En fait, la représentation du choléra en tant que maladie individuelle ou familiale se retrouve dans ce type de témoignages. Face à la maladie, il y a risque que la famille soit une unité isolée, où il est difficile d'adopter des mesures hygiéniques adéquates. Cette considération fut observée pendant la recherche à travers plusieurs cas où la maladie du choléra a été contractée par différents membres dans la même famille. Dans cette situation, il est aussi difficile de faire circuler les informations sur la présence de choléra, afin d'élever le niveau d'attention au niveau communautaire.

En général, une évaluation de ces messages de sensibilisation utilisés devra remarquer la présence des connaissances sur la maladie – même si d'une façon non homogène –, sur ces risques et sur les précautions pour la combattre. **C'est au niveau de l'impact et de la capacité à modifier et adapter les habitudes des populations qu'on a constaté une faiblesse des actions de sensibilisation.** Autrement dit, la présence des connaissances est confrontée à l'incapacité de les mettre en œuvre.

C'est pourquoi la surprise est le sentiment ressenti dans presque tous les récits de la maladie.

*Moi, je ne connais pas l'origine de choléra. Je ne sais pas si c'est l'eau que nous utilisons qui est l'agent causal ou autre chose. On est toujours surpris par la maladie sans connaître l'origine.*

Pour expliquer cette situation, il est important de prendre en compte l'emphase sur le processus d'hospitalisation dominant dans l'expérience personnelle de la maladie, ainsi que l'importance accordée au rôle des infirmiers sensibilisateurs, à partir de qui on compte recevoir les informations sur la présence de la maladie dans le quartier. En milieu urbain, la fragmentation de l'action préventive au niveau de la collectivité peut être comprise comme une **conséquence de la délégation de la lutte contre la maladie aux savoirs experts des autorités médicales.** De cette

façon, on peut comprendre pourquoi l'attention de la population locale au cours des récits de la maladie est concentrée sur les soins dispensés et les informations fournies par les autres. C'est le processus curatif qui "absorbe" l'attention de la population et conditionne la représentation locale du choléra. Concrètement, cela peut déterminer un affaiblissement des savoirs locaux sur les origines de la maladie.

Q: Est-ce qu'il y a un lien entre l'eau et le choléra?

R: Je pense qu'il y a un lien parce que très souvent lorsque l'épidémie est signalée dans le village, les infirmiers passent et insistent pour que l'eau soit assainie avec le chlore avant son utilisation.

Encore une fois, c'est à partir de l'observation des pratiques d'utilisation des ressources en eau qu'on peut valider l'hypothèse de la délégation du contrôle et de la prise en charge de l'épidémie aux autorités médicales.

En effet, dans la ville de Kalemie, même la définition de la qualité et de la propreté de l'eau est une question déléguée aux savoirs techniques et spécialistes des autres. C'est la REGIDESO (Régie de distribution d'eau, l'acteur étatique chargé d'approvisionnement en eau pour la RDC<sup>7</sup>) qui est l'organisme responsable de l'identification de l'eau potable. A Kalemie, **c'est difficile d'entamer une discussion sur l'"eau propre"** et sur les facteurs qui déterminent la possibilité d'utiliser une source d'eau pour la boisson, **étant donné que le robinet reste une source sûre tout court.**

Lors de la présence d'un puits dans une parcelle, on a demandé sur la base de quels critères cette eau est-elle considérée potable.

Jusqu'à ce jour aucun spécialiste n'est passé pour tester la qualité de l'eau et nous permettre de la boire. (...) Si lui confirme que l'eau est potable en ce moment là, je veux bien boire cette eau.

### **En milieu urbain, la disponibilité d'eau potable du robinet a pour conséquence l'insuffisance de connaissances sur le contrôle de la qualité de l'eau.**

Le problème se pose lorsque l'eau du robinet n'est pas disponible. Dans ces cas, chez la population enquêtée, nous avons observé le faible niveau de connaissance des sources d'eau alternatives, et des autres méthodes de purification des eaux disponibles. Au cours des entretiens recueillis sur le terrain, on a souvent entendu que le critère majeur pour accéder à l'eau en cas de coupure du réseau hydraulique est la présence d'une source alternative à proximité du foyer.

La dépendance du réseau d'eau potable en milieu urbain fait qu'on accorde une attention maximale à la question des sources d'eau secondaires ou «d'urgence». Les messages de sensibilisation proposés dans la dernière partie de ce document essaient de soulever cette question, en soulignant le besoin d'utiliser des sources suffisamment sûres pour prendre l'eau de boisson, notamment pour les sites de chloration, lorsque l'eau de robinet n'est pas disponible.

#### **Étude de cas: Quand le robinet ne coule pas**

Tout au début de la recherche, nous avons visité les maisons des personnes qui avaient attrapé le choléra. Pour ces entretiens effectués dans la ville de Kalemie, on a discuté avec une femme qui habite juste à coté d'un centre de santé, où un robinet d'eau a été installé. Il s'agissait d'une famille

7 A Kalemie la REGIDESO a installé 4600 robinets, dont 1900 actifs. Les robinets qui ne marchent pas ont été fermés soit pour problèmes techniques, soit pour interruption de service en raison de factures impayées. En suit, dans la ville il y a 71 bornes fontaines, dont 20 en fonctionnement, réhabilitées par l'ONG Solidarités. Ces fontaines n'ont pas de problèmes liés au paiement parce que, au lieu des facturer à la fin du mois, l'eau est vendue au comptant, cet à dire après chaque utilisation.

qui pouvait assumer les tarifs du réseau hydraulique de la ville.

Normalement, au cours du travail sur le terrain on a sélectionné des maisons un peu éloigné des structures sanitaires, afin d'assurer que l'échantillon de recherche était représentatif, et que la perception de la maladie n'était pas assez conditionnée par la proximité du centre de santé et du réseau d'eau potable. Quand même, c'était intéressant de vérifier la perception du choléra chez quelqu'un de malade, même s'il habitait dans des conditions privilégiées. Comment-a-t-elle réussi à être contaminée par la maladie, malgré la proximité d'un robinet?

Au cours de la discussion avec cette femme, nous avons rencontré des difficultés à retracer le parcours qui l'a amené à tomber malade. Aux détails sur la prise en charge de la maladie à l'hôpital ne correspondaient pas des informations sur les causes ou les possibles origines de sa maladie. Même les indications sur la conduite à tenir lorsque l'eau du robinet n'est pas disponible étaient faibles.

Q : Est-ce qu'on parle du choléra avec les voisins ?

R : Non, c'est seulement lorsqu'une personne est atteinte qu'on en parle sérieusement et surtout lorsqu'elle est amenée à l'hôpital. Beaucoup de gens se rendent compte du cas de choléra seulement quand ils voient les agents de désinfection venir.

Le cas en question a facilité la formulation des hypothèses sur la délégation de la prise en charge de la maladie et du contrôle sur la qualité de l'eau à des acteurs externes. Au cours de la discussion avec la maman, ces acteurs étaient visibles, juste en face à la maison ciblée.

Toutefois, la formulation des textes des messages de sensibilisation risque d'être une mesure pas suffisante. En effet, suite aux considérations présentées ci-dessus, on peut comprendre que la faiblesse des connaissances sur l'eau potable en milieu urbain, principalement en ce qui concerne l'identification des sources alternatives au robinet, n'est pas seulement une question de mauvaises habitudes.

L'enjeu est la faiblesse des connaissances et d'attention portée sur l'eau propre. La répartition des savoirs sur l'eau, à travers la délégation du contrôle sur sa propreté aux savoirs experts de la REGIDESO, se fait au détriment des connaissances sur l'eau potable au niveau local.

A partir de ces considérations, **il faut reconnaître et valoriser l'autorité de la REGIDESO, qui n'est pas seulement une autorité technique**, concernée par les infrastructures de purification et d'approvisionnement en eau. Aux yeux de la population urbaine, elle a aussi un rôle fort par rapport à la perception et à l'identification de l'eau potable.

On peut envisager plusieurs stratégies pour renforcer l'engagement de cet organisme public dans le cadre de la lutte contre le choléra et, en particulier, par rapport aux messages de sensibilisation. En effet, la réussite d'une campagne de sensibilisation ne dépend pas seulement des canaux de communication utilisés ou du contenu des messages, mais aussi de ses auteurs. L'autorité de la REGIDESO est reconnue par la population locale en ce qui concerne la définition de l'eau potable. Il faudrait que les messages de sensibilisation soient proclamés aussi par cet organisme, et surtout les messages concernant l'utilisation de l'eau chlorée en tant que source secondaire ou d'urgence, à utiliser lorsque l'eau du robinet ne coule pas.

En second lieu, grâce à une présence répandue et ramifiée sur le terrain, on peut aussi envisager que la REGIDESO puisse s'engager directement dans la distribution des messages de sensibilisation, en mettant au devant de la scène une vulgarisation par les agents de collecte des factures. Cette proposition, qui reste à valider par les autorités compétentes, permettrait à la compagnie publique en

question de renforcer son contrôle sur les pratiques d'utilisation de l'eau en milieu urbain<sup>8</sup>. Au même temps, elle devrait prolonger sa responsabilité en cas de non fourniture de l'eau par son réseau<sup>9</sup>, tout en apportant un service stratégique à la surveillance sur les risques épidémiques.

A travers ces pages, on a proposé une réflexion en parallèle sur la perception de la maladie du choléra, qui peut être mieux comprise à travers l'analyse de la perception de la qualité de l'eau en milieu urbain. De cette manière, on peut renforcer notre compréhension des attitudes de la population locale envers la maladie et ses pratiques curatives. Il faudra considérer les pratiques d'utilisation des services de soins et des sources d'eau non comme des "mauvaises habitudes", ou des "attitudes culturelles", mais plutôt comme un résultat de l'histoire locale de gestion des ressources hydriques et d'assistance médicale.

La question principale que cette recherche a mise en lumière est la délégation de la lutte contre l'épidémie à l'expertise des autorités médicales, et un affaiblissement conséquent des savoirs locaux en matière de prévention. Ce qui nous donne des suggestions importantes pour l'amélioration des actions de sensibilisation.

### *Le rôle stratégique des puits au dehors de la ville*

Alors qu'on commence à s'éloigner de Kalemie, les pratiques d'utilisation des ressources en eau sont plus complexes. En particulier, dans les zones un peu écartées du centre ville on a remarqué l'utilisation de puits dans la plupart des cas non aménagés.



*Photo 1. «Ici chez nous, nous n'avons pas besoin de chlore parce que l'eau est pure»*

8 A Kalemie, la REGIDESO est déjà engagée dans des actions de régulation en matière d'utilisation des ressources en eau à travers l'interdiction de creuser de puits à l'intérieur de la ville.

9 Dans la plupart des cas, les épisodes de coupure de l'approvisionnement en eau potable dépendent de l'interruption de courant électrique.

L'eau de ces puits est souvent une couleur grise due à l'infiltration des minéraux. Malgré cela, elle est censée être une eau de bonne qualité par rapport à celle de la rivière Lukunga et du lac Tanganyika. La préférence accordée aux puits est justifiée exactement par la comparaison avec les autres sources disponibles, et la plainte pour leur pollution.

Le puits (la photo 1) est utilisé souvent par la population vivant le long de la rivière. En dépit de cette source plus proche et plus commode, la population préfère se déplacer chaque jour au puits situé quatre kilomètres plus loin pour recueillir l'eau de boisson.

La disponibilité d'une source d'eau secondaire influence les représentations locales du choléra et l'adoption de pratiques hygiéniques pour prévenir les risques de contagion. On peut tracer ces considérations en prenant en compte les pratiques de maintenances des puits après ses utilisateurs.

Les travaux d'aménagement c'est l'affaire de tout le monde. Tout fils du village qui trouve les saletés dans l'eau est obligé de réparer, d'évacuer cette saleté afin d'épargner l'eau contre toute contamination.

Les puits sont des sources partagées qui déterminent un engagement collectif. L'attention pour la qualité de l'eau et le contrôle réciproque par rapport à l'utilisation de puits renforce l'idée des maladies véhiculées par l'eau contaminée comme un problème en commun. Dans ce contexte on peut observer concrètement que les comportements hygiéniques et les attitudes face la maladie sont le résultat des pratiques quotidiennes, qui déterminent et influencent l'attention collective sur les risques de contamination.

<i>Points à retenir</i>	
Sur le terrain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La perception de la maladie du choléra comme problème de la personne, en dépit de son profil épidémique</li> <li>• La délégation de la prise en charge de la maladie et de l'identification des sources d'eau propre aux savoirs experts externes</li> <li>• L'affaiblissement des savoirs sur les causes de la maladie et sur la qualité de l'eau</li> <li>• L'importance des sources d'eau secondaires ou d'émergence, utilisées quand le réseau hydraulique ne fonctionne pas</li> <li>• L'identification des acteurs censés avoir une autorité sur l'identification de l'eau potable, pour assurer l'impact des messages de sensibilisation utilisés</li> </ul>
Au niveau général	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'influence des représentations de la maladie sur la connaissance des causes de l'épidémie et sur les pratiques hygiéniques préventives</li> <li>• L'observation des pratiques d'utilisation de l'eau (accès, distribution) comme outil d'analyse fondamental pour tracer les représentations de la maladie existantes</li> </ul>

### III. Pratiques d'utilisation de l'eau et perception du choléra en milieu rural

Les entretiens recueillis dans les villages éloignés des centres urbains, dans les aires de santé de Kalemie et Kongolo, ont fourni des informations particulièrement intéressantes pour valider et vérifier les hypothèses de recherche discutées dans cette étude.

Dans les villages enquêtés<sup>10</sup>, face aux médicaments souvent insuffisants, et à la difficulté de se rendre aux structures hospitalières pour ces groupes qui habitent loin du centre du village, les autorités médicales sont moins fortes. Par conséquent, le centre de santé est perçu comme une possibilité parmi d'autres pour se soigner. Cela entraîne une différence significative entre milieu rural et milieu urbain, où le choléra est perçu comme une maladie qui, même grave, peut être soignée par un traitement spécifique fourni par les autorités hospitalières.

Dans la ville de Kalemie, la représentation du choléra comme maladie qui "attrape la personne" a été renforcée aussi à travers l'observation des pratiques d'utilisation des ressources en eau. Maintenant, la perception de la maladie doit être adaptée au contexte rural, qui diffère pour ce qui concerne la disponibilité de médicaments et la fiabilité de l'accès aux soins. En même temps, le réseau du robinet étant indisponible au dehors de la ville, les pratiques d'utilisation des ressources en eau exercent une influence différente sur la représentation de la maladie.

Néanmoins, à partir des informations obtenues au cours de la recherche, **nous ne pouvons pas exclure, même en milieu rural, la validité de la représentation du choléra comme "problème personnel", en dépit de son caractère épidémique.** Plutôt, il faudra élargir notre perspective, pour identifier tous les éléments qui participent au processus de prise en charge de la maladie, et pour comprendre la distribution des savoirs sur les pratiques préventives et curatives. En effet, les entretiens sur le terrain nous montrent une situation bien plus complexe en milieu rural, et nous imposent de valider avec attention les hypothèses sur la perception de la maladie formulées pour le milieu urbain.

#### *Fragmentation des savoirs locaux sur la maladie*

Dans les villages enquêtés, on a pu également remarquer qu'en milieu rural les connaissances sur la maladie du choléra restent faibles.

Plus précisément, bien que la population locale reconnaît l'eau comme principal vecteur de transmission de la maladie, on a remarqué un niveau insuffisant de connaissances sur les risques de transmission. Souvent, cette situation est liée à la difficulté d'adopter des pratiques hygiéniques adéquates en raison de l'absence d'un réseau d'eau potable (voir l'étude de cas ci-dessus, p. 19), et d'une véritable possibilité de "choisir" la source pour l'eau de boisson. En milieu urbain on a parlé d'une situation de présence de connaissances sur la maladie, et d'incapacité de les mettre en œuvre face à la délégation de la prise en charge de la maladie aux savoir experts des autorités médicales (p. 10). Ici, il faudrait parler plutôt d'une impossibilité matérielle comme obstacle et qui fragilise les connaissances sur les pratiques préventives contre le choléra, en réduisant la possibilité de les utiliser dans la vie quotidienne.

Les contraintes imposées par les caractéristiques du contexte, ou les conditions matérielles d'existence ne sont pas un argument suffisant pour comprendre quelles sont les représentations de la maladie du choléra en milieu rural. En première lieu, c'est l'absence d'une autorité référentielle pour la prise en charge de cas de choléra qu'il faut prendre en compte. **L'impossibilité de s'appuyer sur**

---

10 Voir la liste des aires de santé dans les annexes.

**les centres de santé implique un degré d'incertitude plus élevé en ce qui concerne la coordination de la lutte contre l'épidémie.**

Néanmoins, cette incertitude est compensée par **une forte élaboration culturelle soit sur les pratiques médicales, soit sur les causes de la maladie.** C'est à dire que, face à manque de fiabilité des services d'hospitalisation, la population des zones rurales utilise différents itinéraires thérapeutiques pour soigner le choléra, notamment, au-delà des centres de santé publique, les guérisseurs traditionnels, les églises locales, les centres de santé privés et l'automédication. Ensuite, elle utilise des explications différentes pour comprendre l'origine de la maladie, en s'appuyant sur les pratiques magico-religieuses et les savoirs traditionnels locaux.

Dans cette perspective, l'hypothèse de la délégation de la lutte contre la maladie aux autorités médicales n'arrive pas à rendre compte de la richesse des explications culturelles sur les origines de l'épidémie, ni à indiquer comment ces explications peuvent-elles être mises en valeur au cours des actions humanitaires d'éradication de l'épidémie.

Avant d'aborder ces questions, il faut d'abord reconnaître la validité de la représentation du choléra comme "problème de la personne", au détriment de la compréhension de l'importance de la lutte à la maladie au niveau de communauté. Compte tenu des différents itinéraires thérapeutiques disponibles, cette représentation est renforcée parce que **le fait de se soigner peut être perçu comme le résultat d'un choix personnel**<sup>11</sup>.

*C'est le malade lui même qui prend la décision de se faire soigner dans le centre de santé ou chez les guérisseurs traditionnels.*

Lorsqu'un cas de choléra se présente dans le village, c'est au niveau de famille qu'on prend la décision sur les pratiques curatives à adopter. Au cours des entretiens, on a souvent écouté des témoignages sur l'habitude d'utiliser des plantes médicinales lorsque quelqu'un se plaint du mal de ventre. Comme un guérisseur traditionnel nous l'a expliqué:

*Souvent les malades du village viennent me consulter mais pas tout le monde parce qu'il y a ceux qui utilisent eux-mêmes les plantes à la maison.*

La diffusion de ces pratiques curatives est autant généralisée que fragmentée. Les plantes utilisées varient de famille en famille; c'est difficile d'identifier une typologie des médicaments utilisés, soit pour la multiplicité des savoirs médicaux traditionnels, soit pour la réticence à partager ces notions à l'extérieur. En quelques occasions, on a pu noter une indubitable méfiance voir de la suspicion suite à notre questionnement sur les médicaments utilisés à la maison. Les témoignages écoutés nous parlent des savoirs sur la maladie hérités au cours des générations, qui sont souvent adaptés et modifiés à l'initiative de l'individu, et à travers l'échange entre les unités familiales. Autrement dit, ce sont des savoirs qu'on ne peut pas "enregistrer" facilement. Il s'agit de savoirs en évolution, qui marquent l'histoire des relations entre la population locale et la maladie.

En dépit du rôle communautaire des guérisseurs, censés préserver et dispenser les médicaments traditionnels, les pratiques curatives utilisées à la maison nous confirment une situation fragmentée par rapport aux savoirs locaux sur le choléra. Malgré cela, et malgré l'absence d'un itinéraire thérapeutique prioritaire, **le scénario d'incertitude concernant le processus de prise en charge des cas de choléra doit être remis en perspective en reconnaissant la complémentarité entre les différents itinéraires thérapeutiques disponibles.** En effet, on a toujours remarqué la possibilité

---

11 Contrairement à ce qu'on a observé en milieu urbain, où la relation individuelle entre le malade et la maladie se concrétise à travers le processus d'hospitalisation, et peut être aussi liée aux pratiques d'utilisation des ressources en eau, et de l'eau individualisée du robinet en particulier.

pour le malade de choléra de se rendre chez différents acteurs du soin, le centre de santé étant la “dernière étape” d'un parcours curatif qui peut commencer ailleurs.

Q: Y a-t-il un moment où le guérisseur vous demande d'aller dans un centre de santé?

R: Oui, lorsqu'il vous a traité et qu'il n'y a pas de changements notables en ce moment là il vous recommande de consulter un médecin.

Dans les villages enquêtés, on ne confère pas une préférence ni une autorité particulier aux centres de santé par rapport à la prise en charge du choléra. En fait, le choix des procédures curatives à suivre est une question complexe qui dépend aussi, comme nous le verrons par la suite, de facteurs qui sont censés être à l'origine de la maladie. Néanmoins, les différents acteurs de soins ne sont pas opposés mais complémentaires. Par conséquent, les réponses culturelles élaborées au niveau local pour faire face à la maladie, soit par rapport à ses causes, soit en ce qui concerne les pratiques curatives possibles, n'empêchent pas l'accès aux soins des centres de santé. **En milieu rural, les médicaments “modernes” pour la prise en charge du choléra font partie des différents itinéraires thérapeutiques disponibles.**

C'est à partir de ces considérations qu'on ne peut pas limiter notre compréhension des pratiques de soins dans les zones rurales à une image d'insécurité ou d'incertitude liée à l'absence d'une autorité référentielle pour la prise en charge de la maladie. Ceci est confirmé, encore une fois, par l'analyse des pratiques d'utilisation des ressources en eau.

Dans les villages qu'on a visités, la population locale a souvent indiqué l'importance des rôles communautaires, notamment le chef de localité, par rapport à la réglementation des pratiques d'utilisation de l'eau.

Il y a des moments où le chef du village insiste pour qu'on aménage les abords de la rivière avant de puiser l'eau.

C'est le cas surtout pour les villages le long du fleuve Congo. L'autorité du chef du village est reconnue en particulier pendant la saison des pluies, quand le risque d'épidémie est plus ample. Le fait que l'autorité du chef du village est plus forte dans les villages le long du fleuve peut être mieux compris en prenant en compte le plus haut risque de contamination qui existe dans ces lieux. En effet, les villages situés en aval du fleuve sont plus exposés aux risques de puiser l'eau contaminée par les habitants des villages situés en amont.

Bien que le chef de village, comme nous l'avons appris au cours des entretiens, n'arrive pas à interdire aux gens de puiser à cause de la mauvaise qualité de l'eau, il est quand même souvent interpellé sur l'état des différentes sources disponibles. L'autorité du chef du village est légitimée grâce à ses connaissances sur l'environnement, et sur les limites d'exploitation des ressources en eau face aux risques de contamination. La mise en valeur de ce rôle au niveau du village, en plus de la complémentarité entre les différents itinéraires thérapeutiques présentés ci-dessus, est une question importante qui complète l'analyse de la fragmentation des connaissances sur la maladie en milieu rural.

### *Les différents acteurs du soin en milieu rural*

Les différentes modalités de soigner un cas de choléra en milieu rural répondent à plusieurs causes qui peuvent être considérées à l'origine de la maladie. En effet, au cours de la recherche la population des villages visités a souvent remarqué la **distinction entre «choléra naturel» et «choléra d'origine suspecte»**. Les pratiques magico-religieuses ont une influence importante sur la perception de la maladie au niveau local. En même temps, les formes de savoirs traditionnels ne

sont pas des obstacles à la diffusion des savoirs médicaux «modernes». Au contraire, au cours du travail sur le terrain on a remarqué que les savoirs curatifs traditionnels sont déjà bien intégrés dans la prise charge de la maladie. Il s'agit d'un processus complexe, où différents "savoirs experts" sont en jeux.

Il y a le choléra provoqué par les sorciers, dans ce cas là on doit venir à l'église, et le choléra naturel qui veut que le patient soit soigné dans un centre de santé.

Face la possibilité d'identifier un cas de choléra d'origine "suspecte", la faiblesse de l'autorité des centres de santé est encore plus évidente aux yeux de la population locale. Dans ce cas là, le malade est amené directement à l'église.

Le malade peut demander à se rendre à la prière même s'il a déjà été hospitalisé. En effet, il faut spécifier que c'est le cas surtout pour d'autres maladies que le choléra, dont la sévérité de son évolution impose un traitement immédiat et ponctuel. Cependant, afin de mieux comprendre la construction des représentations locales de la maladie et des relations entre les différents acteurs en jeux, il faut remarquer que l'autorité des savoirs experts traditionnels est reconnue jusqu'à l'intérieur des structures hospitalières.

C'est souvent les infirmiers qui disent que cette maladie n'est pas normale. (...) Lorsque le malade est hospitalisé et qu'il n'y a pas de changement notable, à ce moment là, le médecin ou l'infirmier peut conseiller au malade ou à sa famille d'aller chez le guérisseur traditionnel.

Les considérations sur la complémentarité entre les différents acteurs des soins sont ainsi validées, tout en spécifiant la «direction» des possibles itinéraires thérapeutiques: les savoirs experts locaux peuvent être interrogés suite à un échec des autres pratiques curatives disponibles.

Au cours des entretiens, on a essayé d'aborder la question du choléra d'origine dite «suspecte» à partir de la distinction des symptômes, pour arriver à tracer la sélection des parcours curatifs relatifs. Comment se fait le choix du recours curatif? Quelles sont les critères adoptés? Est-ce qu'on peut discerner les signes du choléra d'origine naturelle de celles du choléra d'origine "suspecte" ou démoniaque? **Interrogée sur les signes de la maladie d'origine "suspecte", la population a toujours donné des réponses focalisées sur la prise en charge du malade, et sur les personnes concernées dans ce processus.** L'enjeu pour tracer la distinction en question n'était pas tellement une différence objective au niveau de symptômes. Effectivement, la population des villages visités identifie sans difficulté la maladie à cause de ces signes évidents et «visibles à l'œil nu». Plutôt, le choléra lié aux pratiques de sorcellerie diffère par rapport au processus qui mène à la déclaration de la maladie: il s'agit toujours d'un processus collectif, qui implique l'entourage du malade, à partir de sa famille.

En milieu rural, la prise en charge d'un cas de choléra est l'objet d'un processus de décision collectif. Ceci participe, comme nous le verrons tout suite, à la diffusion d'une image du choléra comme un problème qui va au-delà d'une relation individuelle entre le malade et la maladie. Cependant, les informations recueillies au cours des entretiens ne permettent pas d'exclure en entier, même en milieu rural, la validité d'une représentation du choléra comme maladie qui "attrape la personne".

En premier lieu, la décision de soigner la maladie peut être vue comme le résultat d'un choix personnel parmi les plusieurs itinéraires thérapeutiques disponibles. Plus précisément, c'est la possibilité d'acheter des médicaments qui marque les récits sur la maladie. La perception des différents acteurs du soin est liée surtout à leur accessibilité d'un point de vue économique (voir Table 1). Bien que ces considérations aient été formulées par rapport aux épisodes de la maladie en

général, les difficultés économiques concernant l'acquisition des médicaments ont été soulignées même pour soigner les symptômes du choléra. Ainsi, la perception de la maladie reste liée au contexte général des soins, où les centres de santé n'arrivent pas à assurer régulièrement les traitements adéquats. **L'importance accordée à l'achat de médicaments fait donc partie d'une tendance plus générale à la marchandisation de l'accès aux soins.**

Acteur de soins	Modalité d'accès	Notes
centre de santé public	Accès ouvert et gratuit.	Reconnaissance de la qualité des soins et des équipements de laboratoire
centre de santé privé et dispensaires	Les médicaments disponibles sont payants	
guérisseur traditionnel	L'accès aux médicaments traditionnels (plantes, racines) est payant, mais peut également être réglé à travers les pratiques d'échanges informelles	Complémentarité avec centres de santé publics et privés
églises locales	Réglées par la foi et par l'appartenance à une communauté de croyants	Complémentarité avec centres de santé publics et privés

Table 1 : Itinéraires curatifs en milieu rural

Fait intéressant, cette tendance est plus prononcée dans les zones rurales, et peut être expliquée en prenant en compte le manque d'autorité référentielle pour la prise en charge de la maladie. Les entretiens en milieu rural nous permettent d'observer les effets du processus de marchandisation de l'accès aux soins sur la perception de la maladie en général, et le choléra en particulier. Par rapport aux médicaments disponibles, **la perfusion peut être perçue comme un traitement curatif réellement complet et efficace. Parallèlement, les médicaments distribués gratuitement «ne peuvent pas inspirer confiance».**

Les gens commencent à douter de la bonne qualité de médicaments. Comme ils sont donnés gratuitement, les gens pensent que les médicaments sont périmés.

C'est le résultat de l'histoire locale de l'accès aux soins dans les centres de santé des villages visités, caractérisée par la qualité des médicaments et leur faible disponibilité à la fois.

En général, c'est une condition de manque de fiabilité par rapport à la disponibilité des médicaments dans les centres de santé qui a permis l'émergence d'un processus de marchandisation de soins, ce qui a contribué à renforcer aux yeux de la population locale la valeur des autres parcours thérapeutiques disponibles.

A partir des informations obtenues dans le village de Tabac Congo, on peut confirmer ces considérations, en prenant en compte la gestion des ressources hydriques. Nous pouvons ainsi mettre à l'épreuve la validité du modèle d'analyse utilisée dans cette recherche, visant à explorer la perception de la maladie et les pratiques d'utilisations des ressources en eau parallèlement.

## Etude de cas: Tabac Congo

Le cas du village de Tabac Congo, situé à 15 km environ à l'est de Kalemie, dans l'aire de santé de Nyemba, offre un exemple significatif pour comprendre comment les modalités actuelles d'utilisation de l'eau, et même la perception de la qualité des sources disponibles, sont compréhensibles à partir de l'histoire locale de gestion des ressources hydriques disponibles.

Depuis quelques années, le village a reçu un certain nombre d'intervention de développement. Plusieurs puits ont été ouverts, et aussi un réseau de distribution de l'eau à travers l'installation des robinets dans divers coins du village. Malheureusement, en raison d'erreurs commises en phase de planification, aujourd'hui les structures de distribution d'eau n'arrivent pas à fournir les services envisagés. L'eau des puits qu'on a visités, qui auraient du répondre au besoin d'eau potable, n'est pas bue par la population du village, mais utilisée pour la cuisson et la vaisselle.

Les gens n'aiment pas cette eau de puits parce qu'elle a un goût salé, une odeur nauséabonde.

Le chef du village de Tabac Congo nous a confirmé les erreurs commises, liées surtout à manque de consultation auprès des la population locale.

Eux-mêmes [les ONG internationales] ont fait des études de prospection et ont identifié des endroits propices mais malheureusement l'eau qui sort de ces puits a un gout salé qui fait fuir les habitants du village.



*Robinets hors service dans le village de Tabac Congo*

A Tabac Congo c'est difficile de parler de savoirs experts par rapport à la gestion des ressources en eau disponibles. L'échec des projets de développement est devant les yeux de tous, ce qui confirme la difficulté de déléguer le contrôle sur l'eau potable aux autres. Ce contexte de manque de fiabilité peut influencer aussi les représentations du choléra, en renforçant la capacité des pratiques magico-religieuses locales d'expliquer la maladie.

Le centre de santé est vu comme l'itinéraire thérapeutique "normal" qu'il faudrait consulter

d'avantage. En pratique, la situation est différente.

[Il arrive que les guérisseurs traditionnels se chargent des patients en cachette parce que les infirmiers encouragent la population d'aller seulement aux centres de santé.](#)

Le rôle des guérisseurs traditionnels et des églises locales reste très fort en milieu rural, surtout quand la maladie est considérée être d'origine "suspecte". La maladie qui est censée être causée par des pratiques de sorcellerie est souvent rapportée à une relation personnelle à deux, c'est-à-dire entre celui qui jette et celui qui reçoit le mauvais sort. Comme nous l'avons entendu dans les discussions avec la population locale, la sorcellerie peut être considérée en tant que pratique intentionnelle «parce que l'objectif pour les sorciers c'est la nuisance». La maladie d'origine "suspecte" est adressée à une personne en particulier, et donc peut être perçue en tant que problème personnel. Ceci peut entraver la reconnaissance du profil épidémique de la maladie et des risques de contamination.

Cependant, **les pratiques de sorcellerie regardent toujours un groupe élargi, au-delà des personnes qui sont concernés directement par la maladie.** Il s'agit d'une véritable question de la collectivité, qui s'engage dans la discussion des épisodes de mauvais sort dans le village («[très souvent nous déplorons les agissements des sorciers](#)»). En particulier, par rapport à la prise en charge de cas de maladie d'origine "suspecte", c'est toujours l'entourage du malade qui s'en occupe. C'est pour cette raison que c'est difficile d'identifier des critères objectifs, notamment signes ou symptômes, afin de distinguer le cas de sorcellerie de la maladie "normale".. On identifie mieux la maladie d'origine suspecte à travers les commentaires et opinions des parents et amis du "malade", et à travers la négociation pour lui conseiller l'itinéraire thérapeutique le plus approprié. Le mauvais sort, et les pratiques magico-religieuses relatives jouent un rôle important dans la diffusion d'une représentation de la maladie comme problème de la communauté.

#### *La sorcellerie ou mauvais sort: un relais communautaire traditionnel?*

Les informations discutées jusqu'au ici nous présentent une situation plus complexe pour ce qui regarde la perception du choléra en milieu rural, par rapport à ce qu'on a pu observer en milieu urbain. Le manque d'une autorité référentielle pour la prise en charge de la maladie, et le processus de marchandisation de l'accès aux soins confirment la possibilité que la maladie soit perçue en tant que problème individuel, même en milieu rural. Par contre, les pratiques de sorcellerie et l'engagement collectif "autour de la maladie" présentent une image totalement différente, où c'est l'entourage des malades qui est concerné.

Au cours de la recherche sur le terrain on a essayé d'aborder la question de la sorcellerie dans le but de saisir l'influence des pratiques magico-religieuses sur la perception de la maladie. Il n'y avait pas de temps ni de possibilité<sup>12</sup> pour analyser en profondeur les pratiques religieuses locales, en lien avec les connaissances sur la maladie et les pratiques curatives disponibles. Malgré cela, la nécessité de rendre compte du rôle clé des pratiques de sorcellerie était évidente dès les premières discussions sur le terrain.

[Quand il y a un taux élevé de patients du choléra, les gens pensent tout de suite à la sorcellerie. C'est de l'imagination seulement \(...\). Lorsqu'on amène le malade à l'hôpital et qu'il finit par mourir c'est là que cette opinion fait la chronique dans tout le village.](#)

---

12 Devant des représentants d'une ONG internationale, les priorités des populations locales au cours de la recherche étaient autres que le partage d'information sur les pratiques religieuses locales. La visibilité et l'autorité de Médecins du Monde ont pesé sur la possibilité d'avoir accès aux informations qui étaient loin des attentes de nos interlocuteurs. Cet écart entre différents ordres de priorité est clairement indiqué dans la demande d'une femme à la fin d'un entretien: «[vous pouvez inonder les centres de santé de médicaments](#)».

C'est un extrait tiré de l'entretien avec le chef de localité d'un des villages visités. Malgré le scepticisme quant à la véracité des pratiques religieuses locales, et la volonté d'adopter un regard "scientifique" sur la maladie, ce témoignage nous confirme l'extension et l'impact des croyances liées à la sorcellerie. Les épisodes de mauvais sort dans le village marquent l'imaginaire et la mémoire de la population locale, et influencent les représentations sur la maladie et l'adoption des pratiques préventives adéquates. **La sorcellerie constitue un langage pour comprendre la maladie et entrer en relation avec elle.**

Aujourd'hui les pratiques de sorcellerie jouent un rôle fondamental dans la mise en circulation des informations sur l'épidémie. Le débat sur le mauvais sort baisse le niveau d'attention sur la présence de la maladie dans le village et sur les risques de l'attraper. L'hypothèse de la délégation de la prise en charge du choléra aux autorités médicales, et en particulier sur la diffusion des informations de la maladie, est contredite en milieu rurale par la constatation de l'engagement de la communauté elle-même.

*Il n'y a pas de honte quand on attrape le choléra car il faut parler avec les gens pour espérer d'être sauvé, et même si l'origine de la maladie est suspecte.*

Face à la complémentarité des différents itinéraires thérapeutiques disponibles adressés ci-dessus, le rôle des pratiques de sorcellerie dans la circulation de l'information sur la maladie influence concrètement le processus de prise en charge de cas de choléra. Compte tenu de la possibilité de se rendre aux centres de santé, après avoir visité les autres acteurs du soin, **les pratiques de sorcellerie sont un dispositif communautaire important dans le cadre de sensibilisation sur les risques liés à l'épidémie.**

Ces considérations imposent une réflexion à propos des rumeurs sur la maladie. Effectivement, l'origine "suspecte" du choléra est tout à fait un argument qui peut empêcher la reconnaissance des modalités de transmission de la maladie et des vecteurs de contamination. Au même temps, la sorcellerie et la "chaîne d'informations" sur le mauvais sort dépasse l'entourage du malade et atteint vite la communauté. Donc elle peut contribuer à enlever le niveau d'attention sur le risque de contracter la maladie.

#### *L'eau "lourde": contrôle communautaire sur la qualité de l'eau en milieu rural*

Les hypothèses de recherche auxquelles cette étude se réfère doivent être adaptées aux informations sur le milieu rural proposées jusqu'ici. Dans ce contexte, la représentation de l'épidémie du choléra en tant que "problème personnel" n'arrive pas à expliquer comment le choléra est perçu dans les villages ciblés. En particulier, ce sont les pratiques de sorcellerie qui nous ont montré le niveau d'engagement collectif qu'on peut atteindre lorsqu'un cas de maladie se présente.

L'hypothèse de délégation de la lutte contre le choléra aux acteurs extérieurs est aussi inadéquate. Dans les zones visitées, il n'y a pas une autorité préférentielle assez fiable pour lui déléguer la prise en charge de la maladie. Pareillement, en ce qui concerne les pratiques d'utilisation des ressources hydriques, l'identification des sources d'eau potable n'est pas déléguée au contrôle des savoirs experts étrangers. A cet égard, on peut se référer à l'étude de cas de Tabac Congo qui offre un exemple du manque de fiabilité des savoirs techniques des organisations internationales pour la gestion des ressources hydriques.

Les discussions avec la population des villages visités témoignent que l'identification de l'eau propre pour la boisson est une question importante, qui mérite une attention particulière et qui fait

l'objet d'un débat. On a été surpris par la réaction animée à nos questions sur les critères pour identifier une source d'eau propre et potable, les mêmes questions étant source de malentendu au cours des discussions avec les habitants de Kalemie. Là où le robinet est installé, l'eau potable est une question prise pour acquise, et les références pour définir sa propreté restent plus faibles.

Ça ne veut pas dire qu'en milieu rural la population fasse preuve de maîtrise des critères bien définis et systématiques pour la définition de la propreté de l'eau. En revanche, dans les zones rurales visitées l'eau potable est un argument susceptible de démarrer une véritable discussion. C'était la question de « l'eau lourde » (*maji ya uzito*, en swahili) qui a attiré notre attention au cours des entretiens. Cette expression est utilisée pour indiquer différentes sources où l'eau est «bonne à boire».

Quant à moi, lorsqu'on dit que l'eau est lourde cela veut dire qu'il s'agit d'une eau propre, qui assouvit la soif et a un bon gout.

Il n'y a pas une interprétation univoque pour ce qu'on appelle « eau lourde ». Normalement, cette expression indique une source d'eau de bonne qualité. Mais il y a des exceptions.

Quand on dit que l'eau est lourde c'est-à-dire une eau sale qui a la couleur du vin de palme. Si elle est mise dans un récipient le fond du récipient ne se laisse pas voir.

Compte tenu de la perspective de recherche utilisée dans cette étude, l'absence d'une définition universelle est une donnée intéressante en elle-même. En effet, c'est la discussion autour de l'eau qui nous fait remarquer **une population locale concernée par l'utilisation des ressources en eau, et qui est capable d'exercer un contrôle sur sa qualité.** Dans ce contexte, les connaissances locales sont partagées en commun, dans un scénario où l'hypothèse de délégation de gestion des ressources en eau aux savoirs experts nous apparaît inadéquate.

La définition d'eau "lourde" se réfère au goût de l'eau, mais aussi à sa salubrité. La qualité de l'eau est perçue par rapport au niveau de pollution des sources disponibles. C'est un argument qu'on a déjà abordé en relation à l'utilisation des puits non aménagés en dehors de la ville de Kalemie (p. 13). De cette perspective, en milieu rural le débat sur l'eau propre témoigne le niveau d'engagement collectif sur les risques de contamination. C'est un argument important en faveur d'une représentation de la maladie du choléra en tant que problème de la collectivité.

<i>Points à retenir</i>	
Sur le terrain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque d'une autorité référentielle pour la prise en charge de la maladie</li> <li>• Complémentarité entre les plusieurs itinéraires curatifs en milieu rural</li> <li>• La représentation du choléra comme "problème de la personne" est renforcée par le processus de marchandisation de l'accès aux soins</li> <li>• Le processus collectif d'acheminement du malade parmi les différents itinéraires thérapeutiques disponibles renforce une représentation de la maladie comme problème collectif</li> <li>• Le rôle des "rumeurs" sur la maladie (sorcellerie) par rapport à l'élévation du niveau d'alerte sur les risques de contamination à niveau de communauté</li> <li>• Un niveau d'engagement communautaire plus fort dans l'identification de l'eau propre</li> </ul>
Au niveau général	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'influence du processus de marchandisation de l'accès aux soins sur les représentations de la maladie</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'interdépendance entre pratiques curatives traditionnelles et modernes, locales et globales</li> <li>• L'impact de l'histoire des interventions humanitaires sur la perception de l'autorité des acteurs externes</li> <li>• Lire le contexte urbain "à travers" le contexte rural: la complexité des informations sur le contexte rural et ses contradictions permettent de formuler des hypothèses de recherche</li> </ul>
--	--

#### IV. Analyse des messages de sensibilisation et pistes pour leur amélioration

Les informations proposées dans cette étude peuvent être utilisées pour l'amélioration des messages de sensibilisation contre le choléra. Généralement, on peut confirmer que dans les aires de santé visitées l'importance des activités des infirmiers sensibilisateurs est bien reconnue et appréciée par la population locale. Cependant, au cours de la recherche nous avons mis en question l'impact de ces messages, c'est à dire leur capacité effective de modifier les comportements concernant les pratiques hygiéniques à adopter pour combattre l'épidémie.

L'impact faible des messages de sensibilisation, ce n'est pas seulement une question de contenu. A Kalemie nous avons observé que les activités des sensibilisations peuvent devenir la principale source d'information sur la maladie et sur la situation épidémique au niveau local, au détriment d'un engagement collectif plus fort sur la présence de la maladie. C'est une question qui explique bien la nécessité de prendre en compte le contexte social et cultural de réception des messages, y compris l'histoire des interventions humanitaires. Pour cette raison, l'amélioration des activités de sensibilisation ne doit pas être séparée d'une réflexion plus générale sur les différents facteurs qui ont influencé les représentations de la maladie en vigueur aujourd'hui.

L'analyse fait référence aux messages de sensibilisation tels que disponibles au moment de l'enquête (voire annexes). Les indications pour les modifier à partir des résultats de cette étude sont proposées ici de suite.

##### *Action n. 1 – Renforcer la représentation de la maladie comme problème de la communauté*

Les messages utilisés jusqu'aujourd'hui donnent priorité aux signes de la maladie et à la nécessité d'acheminer d'urgence le malade à l'hôpital lorsqu'un cas se présente. Effectivement, la capacité de reconnaître les symptômes du choléra auprès de la population locale a été bien vérifiée au cours de la recherche. Compte tenu de la faiblesse des informations sur les causes de la maladie et les modalités de transmission remarquée sur le terrain, il devient nécessaire de **faire valoir le profil épidémique comme caractéristique principale de la maladie**. La notion d'épidémie elle-même peut être utile afin de souligner la "dimension collective" du choléra. Cette représentation s'oppose à une idée de maladie comme problème personnel, qui est soigné à travers un parcours curatif particulier, à partir de l'identification des symptômes spécifiques.

Ces considérations restent valides surtout en milieu urbain, où la perception du choléra comme "question de l'individu" est plus forte. En effet, comme nous l'avons vu dans les pages précédentes, en milieu urbain on remarque la construction d'une relation particulière entre le malade et la maladie, soit à travers le processus d'hospitalisation, soit à travers les pratiques d'utilisation des ressources en eau. Au dehors de la ville, face à conditions matérielles différentes, les relations entre la population locale et la maladie passent à travers des pratiques impliquant l'ensemble de la communauté. En outre, dans les villages visités, le choléra est souvent perçu comme une maladie qui vient d'ailleurs, ce qui contribue à enlever le niveau d'attention sur les risques de contagion.

*Action n. 2 – Renforcer l'engagement de la Regideso  
dans la diffusion des messages de sensibilisation*

Les informations recueillis au cours de la recherche nous confirment la REGIDESO en tant qu'acteur stratégique pour la diffusion des messages de sensibilisation contre le choléra, en particulier dans la ville de Kalemie. Grâce à sa présence sur le terrain, assurée soit par le réseau d'eau potable, soit à travers les agents de collecte de factures, cette compagnie peut participer à la diffusion de messages concernant l'importance d'utiliser des sources d'eau sécurisées, notamment l'eau des sites de chloration, dans les occasions où l'eau du robinet n'est pas disponible. **Un engagement de la REGIDESO dans les actions de sensibilisation peut assurer le plus fort impact des messages auprès de la population locale.** Ceci n'est pas tellement une conséquence de la possibilité d'atteindre physiquement les habitants de Kalemie, en leur délivrant les messages de sensibilisation. Plutôt, c'est l'autorité en matière d'identification de l'eau propre qu'on reconnaît à la REGIDESO ce qui peut rendre les actions de sensibilisation plus efficaces.

L'engagement qu'on pourra envisager ne doit pas détourner les ressources, ou avoir une incidence sur les activités réalisées par cette compagnie. En effet, les actions de sensibilisation sont tout à fait au dehors de son mandat, ces compétences restant axées sur l'assainissement et la distribution des ressources en eau. En même temps, la recherche impose de reconnaître l'écart entre compétences et autorités, tels qu'ils sont perçus par la population de Kalemie. Au niveau local, la REGIDESO jouit d'une autorité qui n'est pas limitée aux aspects techniques de gestion de ressources hydriques, mais qui concerne aussi l'identification de la qualité et de la propreté de l'eau. Il s'agit d'une autorité qui permettrait d'assurer un impact plus fort des actions de sensibilisation, mais qui reste aujourd'hui inexploité.

De cette perspective, une participation de cette compagnie aux activités de sensibilisation pourra se réaliser à partir de l'énonciation et la validation des messages disponibles et, en particulier, des messages sur les sources d'eau secondaires ou d'émergence, à utiliser quand le réseau hydraulique ne fonctionne pas.

## V. Conclusions

La représentation de la maladie au niveau local influence l'impact des messages de sensibilisation et, plus généralement, la réussite des interventions d'amélioration de l'accès aux soins. L'idée d'une maladie épidémique perçue comme problème individuel, notamment en milieu urbain, peut empêcher l'adoption de pratiques préventives adéquates.

Les réflexions proposées par cette étude sont le résultat d'une inévitable généralisation, et ont été élaborées à partir d'un scénario local bien plus complexe. C'était surtout au cours des discussions avec la population des villages visités qu'on a pu observer directement cette complexité concernant le processus de soin du choléra. L'intégration des connaissances médicales traditionnelles et des pratiques de soins modernes peut sembler à première vue incompatible avec l'idée de la maladie en tant qu'un ensemble cohérent de symptômes et des remèdes spécifiques. Néanmoins, compte tenu de l'histoire épidémique dans les zones visitées, et de la fragmentation des savoirs médicaux au niveau local, l'interdépendance entre les différents acteurs du soin est une réponse adéquate au manque d'une autorité référentielle pour la prise en charge de la maladie.

Pour mieux déchiffrer cette complexité, l'analyse des pratiques d'utilisation des ressources en eau a fourni un outil d'analyse indispensable, qui a permis de valider et renforcer les hypothèses de recherche. C'est exactement l'observation des modalités d'accès aux ressources hydriques qui a

rendu possible la mise en place d'une étude des représentations de la maladie en relation avec son contexte social et culturel.

En milieu urbain, cette perspective de recherche a favorisé l'identification d'une tendance à la délégation de la prise en charge du choléra aux savoirs experts des autorités hospitalières, et l'affaiblissement du contrôle communautaire sur les risques de contagion. Il s'agit d'un type d'analyse important pour comprendre les dynamiques qui règlent l'accès aux soins et la perception des itinéraires curatifs disponibles.

Cette recherche montre jusqu'où les représentations sur la maladie du choléra peuvent influencer l'efficacité des interventions d'amélioration des accès aux soins. A partir des considérations plus générales, les résultats de cette étude peuvent être adaptés aux autres contextes épidémiques, en contribuant à la planification des interventions humanitaires.

## VI. Annexes

### Identification des zones d'enquête

Aire de santé	Environnement	Urbain / Rural	Info sur épidémie	Vehicule	Notes
Kataki	Lac	U	4 cas sem 52 – 3		Communauté de pêcheurs
Clinique	Lac	U			
HGR	Lac / rivière	U	6 cas sem 52 - 3		
Hewa Bora	Lac / rivière	U			
Kifungo	Rivière	U			
M/Mwemwa	Rivière	U			
Makala	Rivière	U			
Lutheraine	Lac	U			
Bwana Kucha	Lac/rivière	U	3 cas sem 52 - 3		
Lukombe	Plateau	R	Cas de passage		
Katibili	Lac	R	4 cas sem 52 - 3	Moto	
Mulembwe	Lac	R	9 cas sem 52 - 3	Barquette	
Katondo	Lac	R		Barquette	
Mulange	Rivière	R		Voiture	
Muswaki	Rivière	R		Voiture + moto	
Mpemba	Lac	R	5 cas sem 52 - 3	Barquette	
Tembwe	Lac	R		Barquette	
Kimena	Lac	R	21 cas sem 52 – 3	Barquette	
Mutakuya	Lac	R	8 cas sem 52 – 3	Moto	

Nyemba					
Undugu	Lac / rivière	U	6 cas sem 52 - 3		
Kituku	Lac	U	2 cas sem 52 - 3		
Lubuye	Lac	U	2 cas sem 52 - 3		
Tabac Congo	Plateau / Lac	U/R	4 cas sem 52 - 3	Voiture	
Tundwa	Rivière	U/R	1 cas sem 52 - 3	Voiture	
Mutoa	Lac / rivière	R		Voiture	

Kabimba	Lac / rivière	R	2 cas sem 52 - 3	Voiture	
Kisongo	Lac / rivière	R		Voiture	Même village de Kabimba mais AS différente
Bilila	Lac	R		Barquette	

Kongolo					
M/Mama		U	5 cas sem 52 - 3		
Kandolo		U			
Kangoy		U			
Mankoto		U	5 cas sem 52 - 3		
Keba		R	/	Voiture	
Sola		R	/	Voiture (30 km)	
Masambi		R	/	Voiture (50 km)	
Katele		R	/	Voiture (60 km)	
Kalenga Maji		R	/	Moto/Barq. (25)	

## GUIDES D'ENTRETIEN

Liste des personnes à interviewer par ordre de priorité:

- Malades et accompagnants au Centres de Traitement Choléra
- Population en général à Kalemie
- Population en general à Kongolo
- Responsables et utilisateurs des sites de chloration
  
- Différents partenaires engagé dans la lutte contre le choléra, nationaux et internationaux: équipe médicale MDM, Équipe Cadre du District (ECD), Bureau Central de la Zone de Santé di Kalemie (BCZ), Maman Uzima, CAD (ONG locales), Croix Rouge Congolaise, MSF France (sur les vaccins contre le choléra), Agentes de brigade sanitaires

Type d'eau / source	Qualité (goût, couleur...)	Utilisation (domestique, consommation...)	Problématiques (accès à l'eau)	Différences saisonnières	Ranking
Lac					
Rivière Lukunga					
Réseau d'eau					
Eau de surface					
Eau chlorée					
Puits (protégé / pas protégé)					
Eau de pluie (en milieu rural uniquement)					
Eau de source					

## Malades et accompagnants au Centres de Traitement Choléra

Objectif de l'entretien: discuter l'itinéraire thérapeutique, comprendre la perception du choléra au niveau local, discuter les pratique liées à l'utilisation de l'eau, discuter la perception des messages de sensibilisation

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité.

1. Quand vous / votre parents avez / ont découvert d'avoir le choléra? Vous étiez ou? Depuis combien de temps vous avez demandé d'être soigné?
2. Quelles précautions pour la désinfection à la maison ont été prises?
3. Face au choléra, qui décide par rapport aux médicaments et aux précautions hygiéniques?
4. Qui c'est occupé de vous? Quelqu'un est venu vous rendre visite? Est-ce une maladie dont on peut parler facilement?
5. Comment on peut savoir s'il y a le choléra dans votre quartier / village? Quels sont les signes et les sources d'information?
6. Comment cette maladie est-elle nommée?
7. Comment se soigne-t-elle?
8. Avez-vous des mémoires sur les épidémies ou cas de choléra précédentes?

### Sur les pratiques d'utilisation de l'eau

9. Quelles sont les principales sources d'eau que vous utilisez normalement? En particulier, avant de tomber malade?
10. Quelles sont les sources d'eau «secondaires» ou «d'urgence»?
11. Comment décidez-vous que l'eau peut ou ne peut pas être bu?
12. Comment cette eau est-elle utilisée? (pour la vaisselle, pour l'hygiène, eau de cuisson) (pour chaque source énoncée)
13. Connaissez-vous l'activité des sites de chloration? Quel-est votre expérience?
14. Avez-vous accès aux réseau d'eau potable? Quel-est votre expérience?
15. Avez-vous jamais lu des messages de sensibilisation contre le choléra? A votre avis, ils sont compréhensibles?
16. Avez-vous jamais discuté en famille sur l'eau et le risque du choléra? Et dans votre village? Avec les enfants?

### Focus sur les déplacements

17. À quelles occasions est-ce que vous vous déplacez à l'extérieur de votre quartier / village?
18. Ou allez-vous?
19. Comment? (velo, pirogue, train, camion)
20. Pour combien de temps?
21. Avec qui?
22. Ou est-ce que vous prenez l'eau pendant vos déplacements?
23. Pendant votre déplacement, quels sont les problèmes les plus urgents?

Notes: à prévoir un entretien avec les accompagnants uniquement. Entretien à dérouler à la maison des personnes qui étaient malades et soigné au Centre de Traitement du Choléra, grâce à la collaboration des Agentes de Brigade Sanitaires.

## Malades et accompagnants au Centres de Traitement Choléra (swahili)

1. Wakati wazazi walijuwa ya kwamba unagojua kipindu pindu ? Ulikuwa wapi? Naulilomba matunzo ku masaa gapi?
2. Mipango gani ilikamatwa ju ya kuwa vidudu vya kipindu pindu ndani ya nyumba yenu?
3. Kuhusu kipindu pindu ninani anahamuwa kuusu dawa na usafi?
4. Nina ni alikushurulikiya wakati uligonjua? Kuna mutu ambayo alikutembeleya? Na ni ugonjua ambayo inaweza kusema kwa urahisi?
5. Muta juwaje kama kipindu pindu iko ndani ya mtaa ao kijiji kwenu? Kupitiya alaama ngani ao njia ngani ya habari?
6. Hiyi magonjua inaitwa kwa jina gani?
7. Na inatunzwa namnagani?
8. Mutaweza kukumbuka ju ya magojua ya kipindu pindu amboyo ilipita?
  
9. Kwa kawaida ni maji gani mulizoweya kutumiya mbele ya kugonjua?
10. Muna cuguwa mipango ngani kama maji inapashwa kutumiwa ao apana?
11. Munazoweya kutumiya maji ngani kama akuna maji safi?
12. Maji hayo tunayatumiye kiviipi? (Kwa kusukuwa vyombo,Kwa usafi,Kwa kupika)
13. Munajuwa kazi ya fasi ambayo wanatiya dawa ndani ya maji?
14. Muna kuwaka na maji ya pompi Karibu? Na munawaza je ju ya maji ya pompi ?
15. Mulishaka kusikiya ao kusoma habari ya kujikinga na kipindu pindu? Muna isikiyaka vizuri?
16. Mulishaka Kuongeya dani ya jamaa,mjini,pamoja na watoto ju ya kipindu pindu na hatari yake?

### Focus sur les déplacements

17. Wakati gani muna zoweya kujitembeza inje ya kijiji ao mtaa wenu?
18. Munaendaka wapi?
19. Kwa njia gani? (Kinga,Mutumbu,Pikipiki,Gari ,Gari za moshi?
20. Kwa ma saa gapi?
21. Na nani?
22. Wakati ya matembezi munatosha wapi maji yenye munatumiya?
23. Wakati ya matembenzi magumu gani ya haraka munapataka?

## **Population en général à Kalemie / Kongolo**

Objectif de l'entretien: comprendre la perception du choléra, discuter les pratiques liées à l'utilisation de l'eau, discuter la perception des messages de sensibilisation

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité.

1. Qu'est-ce que le choléra?
2. Quelles sont les principaux signes du choléra?
3. Quel est sa gravité par rapport aux autres maladies?
4. Lors d'un cas de maladie, qui va s'occuper des malades?
5. Quelles sont les traditions par rapport à le choléra? Connaissez-vous des traitements traditionnels?
6. Comment cette maladie est-elle nommée? Comment se soigne-t-elle? Quel sont ses origines?
7. Quelles sont les personnes à tenir au courant d'avantage si on tombe malade?
8. Est-ce une maladie dont on peut parler facilement?
9. Comment on peut savoir s'il y a le choléra dans votre quartier / village? Quels sont les signes et les sources d'information?
10. Savez-vous s'il y a des cas de choléra dans votre quartier aujourd'hui?
11. A votre avis, quelles sont les personnes les plus vulnérables? Pourquoi?

### Sur les pratiques d'utilisation de l'eau

12. Quelles sont les principales sources d'eau que vous utilisez?
13. Quelles sont les sources d'eau «secondaires» ou «d'urgence»?
14. Comment décidez-vous que l'eau peut ou ne peut pas être bu?
15. Comment cette eau est-elle utilisée? (pour la vaisselle, pour l'hygiène, eau de cuisson) (pour chaque source énoncée)
16. Qui est chargé de prendre l'eau? À quel moment de la journée? Ou?
17. Conservez-vous de l'eau à la maison? Ou? Comment?
18. Connaissez-vous l'activité des sites de chloration?
19. L'eau chlorée, quel goût a-t-elle? Est-elle suffisante pour votre besoins? Pouvez-vous l'obtenir facilement?
20. Avez-vous accès aux réseaux d'eau potable? Quel-est votre expérience?
21. Avez-vous jamais lu des messages de sensibilisation contre le choléra? A votre avis, ils sont compréhensibles?
22. Avez-vous jamais discuté en famille sur l'eau et le risque du choléra? Et dans votre village? Avec les enfants?

### Focus sur les déplacements

23. À quelles occasions est-ce que vous vous déplacez à l'extérieur de votre quartier / village?
24. Ou allez-vous?
25. Comment? (velo, pirogue, train, camion)
26. Pour combien de temps?
27. Avec qui?
28. Ou est-ce que vous prenez l'eau pendant vos déplacements?
29. Pendant votre déplacement, quels sont les problèmes les plus urgents?

Notes: utiliser le Tab. 1. Essayer d'identifier des porteurs potentiels de choléra vers l'intérieur (pêcheurs, routiers, commerçants) et, si possible, demander entretiens supplémentaires avec eux. Ce guide peut être aussi utilisé pour des Focus Group: stimuler la discussion sur l'eau potable,

comprendre les formes d'autorité par rapport à l'utilisation de l'eau au niveau de village / quartier et de famille. Focaliser l'attention sur les déplacements des pêcheurs et commerçantes par rapport à la diffusion de l'épidémie.

### **Population en général à Kalemie / Kongolo (swahili)**

1. Kipindu pindu ni nini?
2. Mutaweza kunitajiya maalama ya kipindu pindu?
3. Kuna hatari gani kati ya kipindu pindu na magonjua ingine?
4. Wakati ya magonjua ni nani atashurulikiya mugonjua?
5. Muko na asiliya gani ju ya kipindu pindu? Na muna tumi ya matunzo ya namna gani kwa asiliya yenu kwa kutunza kipindu pindu?
6. Hiya magonjua inaitwa kwa jina gani? Na inatunzwa namnagani? Na inatoka wapi?
7. Watu gani tunapashwa kuwajulisha kama tunagonjua ?
8. Hiya magonjua ni ya kawaida?
9. Muta juwaje kama kipindu pindu iko ndani ya mtaa au kijiji kwenu? Kupitiya alama ngani au njia ngani ya habari?
10. Unajuwa kama kuna magojua ya kipindu pindu inapatikana kati ya muji wenu?
11. Kwa mawazo yenu ni watu ngani hambao wanaatarika saana na hiya magojua? Na ni ju ya nini?
12. Munazoweya kutumiya maji ya namna gani?
13. Munazoweya kutumiya maji ngani kama akuna maji safi?
14. Muna cuguwa mipango ngani kama maji inapashwa kutumiwa au apana?
15. Maji hayo tunayatumie kivi? (Kwa kusukuwa vyombo, Kwa usafi, Kwa kupika)
16. Ni nani anasika nakoshota maji ? Wakati gani Mchana? Wapi?
17. Maji hayo muna icunga nyumbani? Au Wapi? Na kwanamna gani?
18. Munajuwa kazi ya fasi ambayo wanatiya dawa ndani ya maji?
19. Maji ambayo imetiliwa dawa ina onjo gani ? Na inataosha kiu ? Na muna weza kuipata kwa urahisi?
20. Muna kuwaka na maji ya pompi Karibu? Na munawaza je ju ya maji ya pompi ?
21. Mulishaka kusikiya au kusomo habari ya kujikinga na kipindu pindu? Muna isikiyaka vizuri?
22. Mulishaka Kuongeya dani ya jamaa, mjini, pamoja na watoto ju ya kipindu pindu na hatari yake?

### **Focus sur les déplacements**

23. Wakati gani muna zoweya kujitembeza inje ya kijiji au mtaa wenu?
24. Munaendaka wapi?
25. Kwa njia gani? (Kinga, Mutumbu, Pikipiki, Gari, Gari za moshi?)
26. Kwa ma saa gapi?
27. Na nani?
28. Wakati ya matembezi munatosha wapi maji yenye munatumiya?
29. Wakati ya matembenzi magumu gani ya haraka munapataka?

<b>Responsables sites de chloration</b>
<p>Objectif de l'entretien: comprendre les dynamiques d'accès à l'eau chlorée, les obstacles qui peuvent entraver l'accès, comprendre la composition des personnes qui se rendent aux sites, discuter la question de l'insuffisance en eau potable à la consommation au cours d'une épidémie</p> <p>Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité.</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pouvez-vous décrire votre travail?</li> <li>2. Comment l'accès aux sites de chloration est-il coordonné ? Quels facteurs interviennent pour définir l'ordre d'accès?</li> <li>3. Pouvez-vous indiquer les problèmes les plus difficiles que vous avez eu?</li> <li>4. A votre avis, quelles sont les points faibles de votre service? Comment pourrait-on l'améliorer?</li> <li>5. Quel est la perception de la différence entre une saison épidémique et une «situation normale» autour les sites de chloration? Pendant une saison épidémique est-ce qu'il y a plus ou moins de personnes?</li> <li>6. Comment pensez-vous que l'eau chlorée est-elle perçue, en relation à son goût, sa quantité, son accessibilité?</li> <li>7. Que pensez-vous des messages de sensibilisation contre le choléra? A votre avis, quels sont les messages les moins compréhensibles?</li> </ol>
<p>Notes: prévoir des discussions avec les utilisateurs du point d'eau</p>

<b>Responsables sites de chloration (swahili)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utaweza kutufasiriya kazi yako?</li> <li>2. Namna gani munatengeneza kazi yenu? Na munafanyaka ginsi gani ili upate kuweka kanuni kwa kazi?</li> <li>3. Unaweza kutaja magumu ambayo unapata mu kazi?</li> <li>4. Kwa mawazo yenu ,vitu gani ambayo aviendeki ndani ya kazi yako, utawezaje kuibadirisha?</li> <li>5. Mabadiriko gani unaonaka wakati ya ugonjwa wa kipindundu na wakati wa kawahida? wakati wa magonjwa , watu wanakuwaka wengi kwa kutiliwa dawa mu maji?</li> <li>6. Kwa mawazo yako,maji ambayo imewekwa dawa,watu wameisikia je kufatana na onjo yake,uwingi wake na kuipata kwa uraisi?</li> <li>7. Mawazo yako ni gani juu ya habari ya kujikinga na kipindupindu,habari gani ambayo unasikiya kwa urahisi ?</li> </ol>

<b>Utilisateurs des sites de chloration</b>
<p>Objectif de l'entretien: comprendre les dynamiques d'accès à l'eau chlorée, les obstacles qui peuvent entraver l'accès, observer la composition des personnes qui se rendent aux sites, discuter la question de l'insuffisance en eau potable à la consommation au cours d'une épidémie</p> <p>Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité.</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pouvez-vous indiquer les problèmes les plus difficiles que vous avez eu utilisant l'eau chlorée?</li> <li>2. Est-ce qu'il y a un période ou votre besoin d'eau chlorée est plus fort?</li> <li>3. A votre avis, comment ce service peut-il être amélioré?</li> </ol>

4. Votre utilisation de l'eau chlorée est-elle différente pendant une épidémie de choléra?
5. Quel est le goût de l'eau chlorée? Sa quantité, est-elle suffisante?
6. Avez-vous jamais lu des messages de sensibilisation contre le choléra? A votre avis, sont-ils compréhensibles?

Notes:

#### **Utilisateurs sites de chloration (swahili)**

1. Utaweza ku taja magumu ambayo ulipata kwa kutumiya maji ambayo iko na dawa?
2. Kuna wakati ambayo unaitaji sana maji ya dawa?
3. Kwa mawazo yako kazi iyi itaweza kuendelea je?
4. Matumizi yenu ya maji ya dawa inabadirikaka wakati wa magonjua ya kipindu pindu?
5. Kwa mawazo yako, maji ambayo imewekwa dawa, watu wameisikia je kufatana na onjo yake, uwingi wake na kuipata kwa uraisi?
6. Mawazo yako ni gani juu ya habari ya kujikinga na kipindupindu, habari gani ambayo unasikiya kwa urahisi?

#### **Différents partenaires engagés dans la lutte contre le choléra**

Objectif de l'entretien: valider la classification des sources d'eau (Tab. 1)

1. Est-ce qu'on peut identifier des saisons à risque épidémique (facteurs météorologiques/saison des pluies), ou plutôt les épidémies sont liés aux déplacements de la population locale?
2. Discuter la question de l'accès «plein et entier» aux données épidémiques
3. Focus sur les zones sanctuaires: cartographie disponible, données épidémiologiques et leur évolution.
4. Quels sont les enjeux en ce qui concerne les vaccins?

*Pour les agentes de les brigades sanitaires*

5. Pouvez vous décrire les procédures pour la désinfection intra domiciliaire?
6. Les actions de désinfection sont elles jamais été refusé? Pourquoi?

*Pour les agentes de la Croix Rouge*

7. Quelles sont les pratiques traditionnels pour la gestion des cadavres?
8. Avez-vous eu des problèmes dans l'adoption des procédures hygiénique pour la gestion des cadavres?

Notes

## VII. Bibliographie

- Bompangue, D., (2009), *Le cas spécifique de Kalemie et plan de couverture des autres sites sanctuaires*, Direction de la Lutte Contre la Maladie Ministère de la Santé Publique, Réunion choléra, Kinshasa, 29 janvier 2009
- Piarroux, R. et al., (2009), *From research to field action: example of the fight against cholera in the Democratic Republic of Congo*, Field Action Sci. Rep., [www.field-actions-sci-rep.net](http://www.field-actions-sci-rep.net);
- Ministere de la Santé Publique, Republique Democratique du Congo, (2007), Plan strategique d'elimination du choléra en Republique Democratique du Congo 2008 – 2012;
- World Health Organization, (2004), Cholera Outbreak. Assessing the outbreak response and improving preparedness;
- (2007), *Combattre à la maison. Réseau international pour le traitement et la bonne conservation de l'eau à domicile.*