

DEFICIT COMMUNICATIONNEL DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME DANS LA ZONE DE SANTE RURALE DE YALEKO.

**Christophe ATWAIWANI LIKONO, Prosper IDJUMBE WOLA et John
ANGONDO ASAKA¹.**

Résumé

Le déficit communicationnel en Afrique en général et en RDC en particulier est une réalité vivante et incontestable. Il a existé avant la rencontre des civilisations et continue encore son bonhomme de chemin surtout dans les milieux ruraux où il est plus consommé.

Plusieurs raisons concourent à l'utilisation de cette communication déficitaire notamment la précipitation, l'économie du temps, l'espoir d'avoir les clients (patients) prochainement, la médisance, la prise de pouvoir sur le client (patient), la démotivation des acteurs, le message de sensibilisation trop technique, l'absence des réunions de sensibilisation publique sur le paludisme, etc.

La présente étude poursuit les objectifs ci-après : déterminer le niveau de couverture d'information sur le paludisme dans la communauté et identifier les conséquences éventuelles du déficit communicationnel de la lutte contre le paludisme sur la santé des individus.

Ces raisons sont considérées comme les causes les plus profondes du déficit communicationnel qui engendre plus des conséquences négatives que positives. C'est pourquoi, le déficit communicationnel dans la lutte contre le paludisme est mal consommé en tant que tel, il constitue l'un des facteurs de la résurgence des maladies infectieuses des ressorts de sous-développement qui mérite une attention particulière car sans une bonne santé, tout effort du développement est voué à l'échec.

Mots clés : déficit, communication, lutte, contre, paludisme, zone, santé Rurale, Yaleko.

¹ Christophe ATWAIWANI LIKONO, Prosper IDJUMBE WOLA et John ANGONDO ASAKA sont respectivement Assistant et Chef de Travaux à l'Institut Supérieur d'Etudes Agronomiques de Yatolema (RDC).

Summary

The deficit communicationnel in Africa in general and in RDC is in particular a living and incontestable reality. He/it existed before the meeting of the civilizations and continuous again his/her/its fellow of path especially in the farming surroundings where he/it is consumed more.

Several reasons contribute to the use of this communication showing a deficit notably the precipitation, the economy of the time, the hope to have the customers (patient) shortly, the slander, the hold of power on the customer (patient), the démotivation of the actors, the message of sensitization too technique, the absence of the public sensitization meetings on the malaria, etc.

The present survey pursues the objectives below: to determine the level of cover of information on the malaria in the community and to identify the possible consequences of the deficit communicationnel of the struggle against the malaria on the health of the individuals.

These reasons are considered as the deepest reasons of the deficit communicationnel that generate more the negative consequences than positive. It is why, the deficit communicationnel in the struggle against the malaria is consumed badly as such, it constitutes one of the factors of the resurgence of the infectious illnesses of the underdevelopment springs that deserves a particular attention because without a good health, all effort of the development is vowed to the failure.

Key words: Deficit, communication, struggle, against, malaria, zone, Farming health, Yaleko.

1. Introduction

L'univers où vivent les êtres vivants est caractérisé par une biodiversité impressionnante. Dans le même ordre d'idée, YENGA déclare que « dans l'impressionnante biodiversité qui remplit l'univers, la communication est assurée de manière permanente entre les êtres vivants. Les êtres de chaque espèce ont la possibilité de communiquer entre eux, voire avec ceux des autres espèces au moyen des cris, des gestes ou des signes, etc².

La santé, en tant que bien-être physique, mental, social et spirituel constitue le levier du processus de développement.

L'état complet de bien-être total ne peut être acquis que si plusieurs éléments sont réunis entre autres l'alimentation suffisante et équilibrée, le programme à grande échelle sur la médecine préventive (l'eau potable, l'assainissement du milieu, la vaccination etc.) complétant celle de la médecine curative (Traitement précoce des maladies infectieuses).

S'interroger sur la santé d'un peuple, c'est chercher à savoir comment il vit, lesquels sont leurs besoins sanitaires et sociaux-économiques, quelles stratégies mettre en œuvre pour satisfaire au mieux ses besoins.

Bref, une série de facteurs entrent en jeu et nécessitent un engagement harmonieux dont le résultat serait l'amélioration de la santé considérée comme levier du développement intégral³.

En effet, la communication est un aspect incontournable dans la vie des êtres humains où qu'ils soient. Elle suppose des techniques et stratégies pour parvenir aux résultats escomptés. Elle peut avoir lieu à un instant donné, dans un lieu donné et vis-à-vis d'une situation ou d'un événement donné notamment la lutte contre les maladies infectieuses.

Carl Gustav Jung pense que si quelqu'un devient malade, il cherche un guérisseur extérieur, mais en même temps s'active un guérisseur interne... c'est le médecin dans le patient lui-même qui guérit, tout autant que le médecin qui intervient de l'extérieur⁴.

² YENGA A., *Etude des stratégies de communication du projet REDD+ pour la gestion durable des forêts dans le territoire d'ISANGI*, mémoire de licence en SIC, inédit, UNIKIS, 2014-2015.

³ NSEYA KABANGU, 1980, « Anthropologie médicale au Zaïre : santé et développement », in *Zaïre-Afrique*, CEPAS ; Antoine BARBON, *Prophylaxie des maladies contagieuses*, Paris, 1970.

Le facteur de guérison, c'est le médecin à nous. Aucune maladie ne peut guérir ou prévenue, si le guérisseur intérieur ne se met pas à agir. Il faut que quelque chose dans le corps et dans l'âme coopèrent pour que la maladie et les traumatismes soient surmontés ».

Le processus de communication met en place, dans le cadre de cette étude, deux acteurs qui sont le communicateur (professionnels de santé, Relais communautaires) et le patient respectivement émetteur et récepteur, liés par un message dans le contexte de la prévention et du traitement de la malaria.

Pour maintenir la vie et la santé des humains, les pratiques et les procédures du savoir africain proviennent des ressources diverses, telles que la médecine, la biologie, la génétique, la religion, l'hygiène, la culture, l'anthropologie, etc., ce qui avait permis d'envisager le (rapport) lien d'homme à la maladie de manière relative et culturellement symbolisée⁵. Ceci nécessite l'acquisition de certaines connaissances sur la maladie et une modification de leurs habitudes telles que dormir de façon continue sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée, assainissement péri et intra domiciliaire, amener les enfants dans la formation sanitaire dès l'apparition de la fièvre ou d'autres manifestations du paludisme, respect de la dose et la durée requise pour le traitement, prévenir la maladie chez les femmes enceintes⁶.

La lutte durable et efficace de cette endémie exige que toute la communauté se mobilise autour des activités de prévention mais également s'implique activement pour que les personnes infectées soient dépistées et traitées précocement avec des médicaments recommandés par le Programme National de Lutte contre le Paludisme selon la politique nationale.

Malheureusement, si la couverture de déficit communicationnel est très élevée, la population continuera à payer le prix à cette maladie en termes de morbidité, de mortalité et d'appauvrissement des ménages.

⁴ Carl GUSTAV Jung, *Guérison* (Paris, Payot, 1953), p. 100. © Payot & Co. Éditions, Paris, 1953.

⁵ MBOJI EDJENGUELE, Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre tradipratique, les Puy, 2^e trimestre, Cameroun, P.U.Y, 2009, p.9

⁶ (Ministère de la santé publique, 2005).

Selon les statistiques, le monde entier compte 350 à 500 millions d'épisodes palustres cliniques, plus d'un million de morts (surtout les enfants qui représentent 80%) dont 18% de décès d'enfants de moins de cinq ans parmi lesquels 25 à 30% des motifs de consultation ambulatoires et 20 à 40% des motifs d'hospitalisation⁷.

Les populations les plus vulnérables sont les femmes enceintes, leurs fœtus et les enfants de moins de cinq ans ; de même que toute personne dont les défenses sont affaiblies par un mauvais état de santé ou qui n'a pas d'immunité contre le paludisme parce qu'elle n'a jamais été en contact avec cette maladie.

Beaucoup des chercheurs se sont déjà penchés sur la question de la communication où la santé est engagée. A cet effet, certains travaux ont retenus notre attention.

Ce qui importe pour l'expert en santé publique, ce n'est pas seulement l'efficacité du système de soins curatif mais les aspects préventifs spécifiques qui déterminent le maintien et la promotion de la santé ainsi que l'élimination des maladies infectieuses.

Ainsi dit-on « mieux vaut prévenir que guérir ».

Notre préoccupation concerne le déficit communicationnel dans la lutte contre le paludisme dans la zone de santé rurale de Yaleko qui part de l'an 2017 à l'an 2018. D'où les questions suivantes :

- Quelles sont les raisons à la base du déficit communicationnel dans la lutte contre le paludisme dans la zone de santé de Yaleko ?
- Quelles en sont les conséquences ?

De surcroît, les raisons à la base du déficit communicationnel dans la lutte contre le paludisme dans la zone de santé rurale de Yaleko seraient la précipitation, l'économie du temps, l'espoir d'avoir les clients (patients) prochainement, la médisance, la prise de pouvoir sur le client (patient), la démotivation des acteurs, le message de sensibilisation trop technique, l'absence des réunions de sensibilisation publique sur le paludisme, etc.

Eu égard à ce qui précède, les conséquences qui découleraient de ce déficit seraient néfastes notamment les patients seraient privés des informations pour bien se conduire dans la lutte tant pour le vecteur que pour son agent causal, ce qui occasionne la fièvre, céphalée, vomissement, perte d'appétit, asthénie, anémie, accouchement prématuré,

⁷ Organisation Mondiale de la Santé, rapport mondial sur le paludisme, 2005

mort-né, décès néo-natal, pauvreté, rupture du mariage, analphabétisme, traitement non approprié à domicile.

La présente étude poursuit les objectifs ci-après :

- Déterminer le niveau de couverture d'information sur le paludisme dans la communauté ;
- Identifier les conséquences éventuelles du déficit communicationnel de la lutte contre le paludisme sur la santé des individus.

2. Milieu, Matériel et Méthodologie

2.1 Milieu d'étude

La présente étude s'est déroulée dans la zone de santé de Yaleko constituant ainsi notre milieu d'étude. Ci-dessous la situation historique, géographique, politico-administrative, socioculturelle, économique, démographique et épidémiologique de la zone de santé.

2.1.1 Aperçu historique

La Zone de Santé de Yaleko est créée en 2004 par arrêté du ministre de la santé publique portant découpage des Zones de Santé dans toute l'étendue de la République dans le but de rapprocher les structures de santé de la communauté⁸.

Elle est une zone de santé issue de certaines aires de santé de 3 zones mères notamment Lubunga, Yakusu et Opala. Ainsi, 8 aires de Santé de Lubunga, sept aires de santé de Yakusu et 6 aires de santé d'Opala ont été attribuées à Yaleko. La zone de santé de Yaleko compte 22 aires de santé.

2.1.2 Situation géographique

La zone de santé de Yaleko a son bureau central situé à 140 kilomètres de la ville de Kisangani, dans la Province de la Tshopo sur la route nationale n°7 communément appelée « Route Opala » et plus précisément à Yaleko.

⁸ Ministère de la santé publique, 2004

Elle est limitée :

- A l'Est : par la zone de Santé d'Ubundu à la vaste forêt de Bianda ;
- Au Nord : par la zone de Santé de Lubunga au niveau de la rivière Romain ;
- Au Sud : par la zone de Santé d'Opala à la rivière Lomami ;
- A l'Ouest par les zones de Santé Yahisuli et Isangi respectivement par la rivière Lomami et la forêt de Toshimo.

La zone de santé de Yaleko a une superficie estimée à 8.746 Km² avec une densité de 16 habitants par Km².

Cette zone de santé est localisée dans la cuvette centrale de la République Démocratique du Congo caractérisée par une forêt humide parfois marécageuse. Elle jouit d'un climat équatorial caractérisé par deux saisons : la saison sèche et la saison de pluies.

D'une manière générale, il y a rareté des pluies en décembre, janvier, février et mars ou encore en juin de chaque année.

Le niveau des précipitations s'élevé à 1700 mm³ par an. La température moyenne est comprise entre 24 et 25°C.

Sous un climat chaud et humide, la zone de santé possède une végétation forestière et des sols tropicaux ; le relief dominant reste la plaine et le plateau. Elle est traversée par les rivières Lobaie et Etole se déversant dans la rivière Lomami qui longe à l'Ouest de la Zone de Santé ainsi que plusieurs ruisseaux.

2.1.3 Situation politico-Administrative

Administrativement, la zone de santé de Yaleko couvre une Zone située à cheval entre les secteurs des Lobaie, Tooli et Balinga-Lindja.

Suivant la hiérarchie, la zone de Santé est gérée par les organes suivants :

- 1) Le conseil d'administration (C.A) : présidé par le chef de division Provinciale de la santé ;

- 2) Le Comité de gestion (COGE) : présidé par l'Administrateur du Territoire ;
- 3) L'Equipe cadre de la Zone de Santé (ECZS) : présidé par Médecin chef de zone;
- 4) Le Bureau central de la Zone de Santé (BCZS) : présidé par Médecin chef de zone;

Au niveau des formations sanitaires ont trouve :

- Le CODIR (Comité de Direction) pour l'hôpital général de référence, présidé par le Médecin Directeur ;
- Le CODESA (Comité de Développement de Santé) pour les Aires de Santé : présidé par le PRECODESA (Président du Comité de Développement de Santé) dont l'infirmier Titulaire de l'Aire de Santé en est membre.

Il sied de rappeler quant aux personnels, que cette zone compte 137 agents (129 Masculin et 8 Féminin) dont 4 médecins généralistes, 2 licenciés en santé publique, 1 licencié gestionnaire de l'ISTM, 2 administrateurs gestionnaires du niveau gradués, 14 infirmiers A1, 49 A2, A3 23 infirmiers, 2 personnels D6N ; 3 PP5, 2 PP4, 12^{ème} poste primaire et 33 certifiés pour une population de 166212 habitants.

2.1.4 Situation socio-culturelle

La zone de santé de Yaleko dispose de 104 écoles primaire, 50 écoles secondaires de différentes sections et options notamment la pédagogie générale, la biochimie, les techniques agricoles, les techniques sociales. On y trouve aussi un hôpital général de référence à Yaleko, trois centres de santé de référence à : Yatolema, Yakoko et Yainelo (projet) et vingt et un centre de santé ainsi que dix-huit postes de santé figurant sur la pyramide sanitaire du pays⁹.

On dénombre aussi des terrains de football, des mutualités, des confessions religieuses et un mouvement messianique appelé « Nzambe Lumumba » implanté à Yakoko, son siège national.

Malgré l'existence de la zone de santé avec ses structures de prise en charge de malades (Hôpital Général de Référence, Centres de Santé et Postes de Santé y compris

⁹ Rapport Bureau Central de la Zone de Santé de Yaleko, 2017

les Sites de Soins Communautaires), la population de la zone de santé pratique aussi le dualisme médical, c'est-à-dire la médecine traditionnelle, des accouchements à domicile et la médecine moderne. La première domine sur la seconde non seulement parce que cette population s'attache à la tradition, mais aussi à cause de la rareté de certains Médicaments Essentiels Génériques et de leur prix élevé dans ce milieu ainsi que du faible revenu de la population.

Du point de vue de la coutume, jadis, les jeunes hommes passaient par un rite traditionnel d'initiation appelé « Lilwa Koy » et les jeunes filles par un autre appelé « Otuku » qui était chargés de les encadrer et de les préparer à la vie courante. Mais dans la plupart de cas, ces initiatives de la culture ont disparu pour les jeunes filles et celle des hommes tend à disparaître à cause de l'implantation des églises, surtout des réveils, de l'exode rural et des contacts permanents des ruraux avec les urbains.

Le swahili et le lingala restent les langues fréquemment parlées dans cette contrée. Les paysans de la Zone de Santé de Yaleko, comme les autres paysans africains, sont victimes de plusieurs maladies tropicales telles que la rougeole, le paludisme, l'amibiase, la verminose, la tuberculose, les kwashiorkors, marasme, les infections respiratoires aiguës, etc.¹⁰.

Pour ce qui est du mariage, il est souvent conditionné, c'est-à-dire qu'il est fonction de la fécondité de la femme. D'où la dot se réalise souvent après la naissance d'au moins un enfant.

2.1.5 Situation économique

Dans la zone de santé de Yaleko, l'agriculture demeure l'activité principale dans la mesure où elle permet de subvenir aux besoins de la population. Pour réaliser ces activités, la répartition des tâches agricoles se fait selon les critères de sexe et de l'âge. Les hommes font le défrichage, l'abattage de petits et de gros arbres, les tronçonnages, l'incinération ; tandis que les femmes s'occupent de semis, de la récolte et de l'entretien, mais les enfants ne s'occupent que des travaux légers tels que le ramassage des brindilles et des semis.

¹⁰ Rapport de plan d'action opérationnel de la zone de santé de Yaleko, 2017).

En dehors de l'agriculture, la population pratique l'élevage traditionnel de la basse-cour et de petit bétail, la chasse, la pêche et le ramassage. Une minorité s'intéresse au commerce.

La zone de santé regorge à son sein neuf postes de l'ancienne société de cultures et d'élevages du Congo (CELCO), aujourd'hui en faillite. Il s'agit de Yalikanda, Yatolema, Yahila, Yaleko, Yaluwe, Lisuma, Yapehe, Yaongama et Ikote dans lesquels on produisait le caoutchouc, le café, l'huile de palme.

2.1.6 Situation démographique

Ci-dessous la population de la Zone de Santé pour l'année 2018.

Tableau 1. Population de la Zone de Santé par tranche d'âge et par sexe

POPULATION	NOMBRE			Sources des données	Année
	M	F	Total		
Population de 0- 11 mois	3157	3491	6648	Projection de population issue de dénombrement 2016	2018
Population de 12-59 mois	12466	12299	24765	Projection de population issue de dénombrement 2016	2018
Population de 5- 14 ans	37540	38918	76458	Projection de population issue de dénombrement 2016	2018
Population de 15 à 49 ans	17138	17767	34905	Projection de population issue de dénombrement 2016	2018
Population de 50 à 59 ans	6529	6768	13297	Projection de population issue de dénombrement 2016	2018
Population de 60 et plus	4978	5161	10139	Projection de population issue de dénombrement 2016	2018
Population totale	81809	84403	166212	Projection de population issue de dénombrement 2016	2018
Total général	81809	84403	166212	Projection de population issue de dénombrement 2016	2018

Sources : Données PAO (2018).

Cette population est issue de la projection après le dénombrement effectué en 2016.

2.1.7 Situation épidémiologique (sanitaire)

Les pathologies suivantes ont été dominantes par morbidité et mortalité dans la Zone de Santé en 2017.

Tableau 2: Répartition de cas des maladies selon la Morbidité

N°	Pathologies	Cas	%
1.	Paludisme	1049	63,4
2.	IRA	3	13,5
3.	Maladies diarrhéique	2248	9
4.	IST	1501	2,5

La prévalence de morbidité du paludisme est plus élevée donnant 6,3% ; 1,3 pour les infections respiratoires aigües, les maladies diarrhéiques ont 0,9% et 0,08% pour les infections sexuellement transmissibles.

Tableau 3 : Répartition de cas des maladies selon la Mortalité

N°	Pathologies	Cas	%
1.	Anémie due au Paludisme	101	36,4
2.	Maladies diarrhéique	17	6,1
3.	Infection respiratoire aigues	9	3,2
4.	(IRA)	6	2,1

Commentaire : le paludisme est à la fois plus élevé pour la morbidité que pour la mortalité occasionnée par l'anémie.

2.2 Méthode utilisée

Nous avons utilisé la méthode fonctionnelle de Robert King Merton. La collecte des données a été possible grâce aux techniques suivantes : documentaire, entretien structuré, observation désengagée.

2.2.1 Population d'étude

Notre population d'étude est constituée de la population habitant la zone de santé de Yaleko. Notre étude concerne particulièrement 8 aires de santé parmi les 21 que compte la zone de santé.

2.2.2 Echantillonnage

Notre échantillon a été tiré de la manière ci-dessus :

Tableau 4 : les AS, villages et le nombre des enquêtés sélectionnés.

N°	Aire de sante	Village	Nombre des enquêtes
1	Yaongendja	Yaongendja	5
2	Yatolema	Limanga	5
3	Yahila	Yalilo	5
4	Itokola	Yasonge I	5
5	St. Nicolas	Yakililokula	5
6	Yatanda	Yaombo Ii	5
7	Yatulia	Yaokondi	5
8	Yakoko	Yatiwasu	5
Total		-	40

Sources : Nos enquêtes sur terrain avril 2019

De notre population d'étude, nous avons tiré au hasard un échantillon composé de 40 enquêtés (hommes ou femmes) dont 5 enquêtés par village des 8 aires de santé ciblées.

Notre pré-enquête a été réalisée auprès de 15 personnes dans les ménages. Cette étape s'est déroulée du 10 au 30 mars 2019 dans la zone de santé. Pendant cette étape, nous avons pris contact dans un premier temps avec les chefs des groupements et leurs collaborateurs (les chefs des localités) via les chefs des secteurs des lobaie à Yatolema, des Tooli à Yakoko et de Balinga-Lindja à Yaosio chef-lieu du secteur, pour leur expliquer l'importance de notre étude avant d'entrer en contact avec tous les enquêtés.

La récolte des données a été faite par l'utilisation des techniques d'entretien structuré, de l'observation désengagée et documentaires en date du 18 avril au 20 juin 2018.

Les données ont été traitées après leur répartition en différentes catégories, en leur codifiant et à la production des fiches récapitulatives.

Après avoir rassemblé les données, nous avons procédé par le dépouillement (comptage) pour nous permettre le regroupement sous-forme de tableau ou des graphiques en vue de donner une vision synthétique et approfondie. Ces données ont été finalement analysées, discutées et commentées en fonction des thèmes d'étude grâce à la technique d'analyse des contenus.

Pour faire la comparaison des données, nous avons fait recours à la statistique dont les indices de pourcentage et de moyenne nous ont permis de transformer les réponses des sujets enquêtés en pourcentage. Les proportions obtenues par indicateur de recherche sont détaillées en pourcentage comme indiqué aux résultats ci-dessous.

3. Résultats obtenus

Après les investigations sur terrain, nous sommes aboutis aux résultats ci-après :

- 100% des populations de la zone de santé (soit 40 enquêtés) connaissent le paludisme;
- 77,5% (soit 31 sujets enquêtés) sur 40 ont déjà souffert du paludisme (La prévalence de 6,3%) contre 22,5% qui infirment cette infection ;
- 100% de nos enquêtés connaissent la fièvre comme signe de la malaria, 67,7% disent le frisson, le vomissement est affirmé par 12,9% suivi de 58% qui pointent la de toux contre 6,4% qui ne savent pas;
- 80,6% de nos enquêtés ont été infectés plusieurs fois par le paludisme cette année, suivi de 35,4% ayant été infecté une fois contre 19,9% qui disent ne savent pas.
- 78 % de nos enquêtés font l'automédication pour le traitement du paludisme, 20% aillent à la prière suivi de 2 % qui partent à l'hôpital en ambulatoire ;
- 50,9% de nos enquêtés ont reçu l'information sur le paludisme auprès des personnels de santé, 13% chez l'ami(e) ou connaissance, 29,8% à travers les RECO/mobilisateurs suivi de l'église pour 6,3%.
- 90,3% de nos enquêtés affirment que la piqure de moustique occasionne la malaria chez l'homme, 6,4% disent ne savent pas contre 3,2% qui pointent la piqure des mouches ;

- 61,2% de nos enquêtés témoignent que les plus vulnérables sont les enfants de moins de 5ans, 22,5% parlent des femmes enceintes, 9,6% sont des adolescents, contre les vieillards avec 6,4% de vulnérabilité au paludisme ;
- 32,2% de nos enquêtés confirment la pauvreté des familles comme conséquence du paludisme, 29,1% évoquent la non scolarisation des enfants, la mort est acceptée par 25,8% contre 9,6% qui reconnaissent l'anémie comme conséquence de la malaria ;
- 67,7% de nos enquêtés soulignent que les personnels soignants ne leur prodiguent pas des conseils sur la prévention du paludisme, contre 32,2% qui confirment avoir reçu des conseils sur la prévention ;
- 61,2% de nos enquêtés reprochent au service de santé l'absence des réunions de sensibilisation de masse sur le paludisme, 32,2 reprochent l'attitude trop technique suivi de 6,4% qui déclarent ne savent pas.

4. Pistes de solutions envisagées

- que le gouvernement congolais dispose d'un budget nécessaire pour contribuer à la relance des activités de communication et d'insérer dans la filière de formation de science de santé le domaine de la communication à part entière ;
- que professionnel de santé de mettre en place un système permanent de communication avec toute personne consultée tant pour la recherche de la maladie que pour l'évaluation des conséquences aux risques de mettre en place un cadre de partenariat sur la communication avec les parties prenantes, de sensibiliser régulièrement en masse la communauté rurale sur les conséquences du paludisme et le moyen de le prévenir, de promouvoir la communication interpersonnel sur la prévention d'une quelconque maladie infectieuse et d'élaborer et diffuser à la communauté à travers les médias sur les comportements au risque d'infection par le paludisme de peur qu'il ne traîne pas le sous-développement ;
- que la communauté mette en application toutes les mesures de prévention contre cette maladie qui appauvrit et endeuille les familles.

4. Discussion

La santé publique est un secteur très important pour le développement de la population. Elle est classée parmi les leviers du développement surtout dans les communautés qui recourent de plus en plus aux énergies physiques et à l'exploitation forestières (travaux champêtres, pêches, élevage, etc.). L'amélioration de leur condition sanitaire doit être préoccupante pour « booster le développement ».

Celle-ci (santé publique) est jugée améliorée dans une communauté lorsqu'il existe le mécanisme de contrôle et de surveillance des maladies infectieuses dont le paludisme.

De ce fait, il faut constater que l'état de santé de la population est déficitaire dans la zone de santé se Yaleko en dépit de l'implantation des structures de santé (hôpital général de référence, centres de santé de référence, centres de santé, postes de santé et les sites de soins communautaires) ; car il se fait remarquer la fréquence élevée de cas de malaria et la présence des facteurs qui occasionnent le développement du vecteur (insalubrité, automédication, recours à la maison des prières,...). C'est ce qu'affirme Bernard Kahimba dans sa recherche sur « l'impact de la communication pour le changement de comportement dans la zone de santé d'Uvira » ; recherche dans laquelle il a abouti à la conclusion selon laquelle « la recrudescence de plusieurs maladies endémiques et épidémiques est due au manque d'une communication efficace ». En effet écrit l'auteur, pour les éviter, il préconise la sensibilisation, la conscientisation de toutes les couches de la communauté et surtout l'implantation d'un service ou mieux d'un département de communication dans la zone de santé pour faire face à cette recrudescence des maladies¹¹.

L'auteur penche de plus en plus pour la formule de collaboration. La collaboration est une expression employée pour catégoriser les relations entre le personnel soignant/Relais communautaire et le patient ; elle peut sembler différente de l'intégration par son idéal de mouvement réciproque de deux personnels soignants, comme si elle était sur le plan horizontal. Au sens strict, collaborer et travailler ensemble afin de résoudre les problèmes de santé. Cela suppose une relation symétrique.

¹¹ KAHIMBA B., *Impact de la communication pour le changement de comportement dans la zone de santé d'Uvira*, mémoire inédit, Journalisme, Université Ouverte CIDEP, 211-2012

Quoi qu'il en soit, la population ne cesse de payer le coût de la menace du paludisme. Lohisse, D, circonscrit les causes du déficit communicationnel sur la précipitation, l'économie du temps, l'espoir d'avoir les malades prochainement, médisance, prise de pouvoir sur le patient, ce qui englobe les échanges à bâtons rompus dans les bureaux de consultations ou sur le lit du malade, non tenue des réunions de sensibilisations de masse dans la communauté, etc. entraînant comme conséquences : la privation des possibilités ou des informations pour bien se conduire dans la lutte tant pour le vecteur du paludisme que pour son agent causant ainsi l'anémie, accouchement prématuré, mort-né, décès néo-natal, handicap physique, fièvre, céphalée, asthénie, vomissement, perte d'appétit, débilité, etc. c'est ce qui occasionne la morbidité et la mortalité dans la communauté et constituent les facteurs de sous-développement¹².

Dans une communauté où la grande majorité (78%) recourt à l'automédication pour se faire soigner du paludisme, cela démontre d'un comportement dangereux. Pire encore, dans cette automédication, la grande majorité passe à côté du traitement en considérant le paracétamol comme le médicament d'attaque contre la malaria.

Beaucoup, si pas la majorité, préfère aller à la prière au cas où l'enfant a la fièvre.

C'est cette ignorance généralisée de notre population qui fait que la malaria fasse beaucoup des victimes dans la zone de santé de Yaleko.

Nos résultats rejoignent aussi ceux de Alois Yenga qui déplore le manque de la mise en place des stratégies de communications pragmatiques et des communications participatives pour préserver les ressources naturelles des menaces des populations locales et relever leur niveau de vie¹³.

En définitif, bien que plus de 75% d'informations sur le paludisme soit parvenues à la population par les corps soignants et les relais communautaires, le message est passé à côté de l'objectif car la malaria a encore beaucoup longtemps fait des victimes, ce qui est aussi notre avis étant donné que la population de la zone de santé de la Tshopo n'est pas impliquée dans la lutte contre le paludisme.

¹² LOHISSE, D., la communication de la transformation à la relation, Bruxelles, De Boeck, 1982.

¹³ Alois YENGA, Etude des stratégies de communication du projet pilote REDD+ pour la gestion durable des forêts dans le territoire d'Isangi, 2015

A ce sujet, Fabrega considère les maladies infectieuses, aussi nommée écologie médicale. Il s'agit essentiellement de l'ensemble des corrélations qu'on peut songer à établir entre certaines coutumes, certains environnements et les maladies qui s'y trouvent à l'état endémique ou y paraissent par vagues épidémiques. Il valorise toutes les pratiques médicales et montre qu'il y a autant de conceptions du bien-être et de la maladie qu'il faut bien communiquer pour les maîtriser¹⁴.

De ce fait, notre étude a le mérite d'avoir particulièrement relevé le recours au déficit communicationnel comme goulot d'étranglement de lutte contre le paludisme. Celui-ci est fondamentalement le produit d'une pratique où le visible et l'invisible sont intimement liés ou associés à travers les actes¹⁵.

5. Conclusion

Au terme de notre étude qui a porté sur « le déficit communicationnel et ses conséquences dans la lutte contre le paludisme » dans la zone de santé de Yaleko, il a été question de montrer les raisons qui sont à la base de ce déficit et ses conséquences.

Partant de l'observation selon laquelle la population de cette zone souffre abondamment de la malaria, nous avons pensé réfléchir autour de la question du déficit communicationnel dans la lutte contre le paludisme.

Certes, les raisons qui sont à la base du déficit communicationnel dans la lutte contre le paludisme sont multiples, entre autres : la précipitation, l'économie du temps, l'espoir d'avoir les clients (patients) prochainement, la médisance, la prise de pouvoir sur les patients, la démotivation des acteurs, le message de sensibilisation trop technique, l'absence des réunions de sensibilisation publique sur le paludisme, etc.

Les conséquences qui découlent de ce déficit sont néfastes. La population fait plus l'automédication pour traiter le paludisme, fréquentation élevée vers les maisons de prières, faible connaissance sur l'anémie comme conséquence du paludisme et considère le paracétamol comme médicament efficace pour combattre la malaria. Cette ignorance généralisée expose du jour le jour la population à des risques tels que les

¹⁴ FABREGA A.J, Medical anthropology, Biennial Review of Anthropology, 1972

¹⁵ LAPIKA DIMONFU, « La médecine traditionnelle africaine. Discours magique ou science médicale », communication au colloque du CEDAS du 20 au 22 novembre, Kinshasa, 1989.

accouchements prématurés, mort-né, décès néo-natal, handicap physique, fièvre, céphalée, asthénie, vomissement, perte d'appétit, anémie, débilité, destruction de l'unité sociale, la mort, etc.

Sans doute, faut-il souhaiter que la science puisse analyser l'usage du déficit communicationnel pour asseoir une bonne lutte contre le paludisme dans la communauté.

Bibliographie

- Alois YENGA, *Etude des stratégies de communication du projet pilote REDD+ pour la gestion durable des forêts dans le territoire d'Isangi*, 2015
- Carl GUSTAV Jung, *Guérison psychologique*, Genève, librairie de l'université Georges et Cie, 1953.
- FABREGA A.J, *Medical anthropology, Biennial Review of Anthropology*, 1972
- LAPIKA DIMONFU, « *La médecine traditionnelle africaine. Discours magique ou science médicale* », communication au colloque du CEDAS du 20 au 22 novembre, Kinshasa, 1989.
- LOHISSE, D., *la communication de la transformation à la relation*, Bruxelles, De Boeck, 1982.
- MBOJI EDJENGUELE, *Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre tradipratique*, les Puy, 2^e trimestre, Cameroun, P.U.Y, 2009.
- Ministère de la santé publique, 2004
- Ministère de la santé publique, 2005.
- NSEYA KABANGU, 1980, « *Anthropologie médicale au zaïre : santé et développement* », in *zaïre-Afrique*, cepas ; Antoine BARBON, *Prophylaxie des maladies contagieuses*, Paris, 1970.
- Organisation Mondiale de la Santé, *rapport mondial sur le paludisme*, 2005
- KAHIMBA B., *Impact de la communication pour le changement de comportement dans la zone de santé d'Uvira*, mémoire inédit, Journalisme, Université Ouverte CIDEP, 211-2012

- Rapport Bureau Central de la Zone de Santé de Yaleko, 2017
- Rapport de plan d'action opérationnel de la zone de santé de Yaleko, 2017.
- YENGA A., *Etude des stratégies de communication du projet REDD+ pour la gestion durable des forêts dans le territoire d'ISANGI*, mémoire de licence en SIC, inédit, UNIKIS, 2014-2015