

Faculté de santé publique

Faculté de santé publique

**LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN REPUBLIQUE
DEMOCRATIQUE DU CONGO(RDC) : LOGIQUES ET
STRATEGIES D'ACTEURS AUTOUR DE
L'UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES
IMPREGNEES D'INSECTICIDES (MII) DANS LA
VILLE DE KINSHASA**

Mémoire réalisé par
Marie Hortense GANNO

Promotrice
Annie ROBERT

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

DEDICACE

Je dédie ce travail à notre éternel Dieu, le Tout-puissant, de m'avoir donné la force utile et nécessaire pour franchir les différentes étapes de mon parcours professionnel et étudiant jusqu'aujourd'hui.

Je le prie de me guider dans mes futurs projets.

A mon père Noé FOKOU

Tu nous as appris depuis l'enfance qu'avoir des connaissances est l'une des voies qui conduit à la richesse illimitée. Ce travail est l'accomplissement d'un projet auquel tu ne croyais pas. J'espère que tu seras agréablement surpris et enchanté de savoir que j'y suis parvenue.

A ma mère Suzie Joselyne TCHINDA

Quels énormes sacrifices n'as-tu pas consentis pour tes enfants, quelles larmes n'as-tu pas versées pour nous, combien de nuits blanches passées à nous bercer... La liste est tellement longue que je pourrai jamais te remercier assez pour tous tes apports inestimables, tant sur le plan financier, matériel qu'éthique. Que Dieu tout puissant te donne une longue vie

A mon fils unique Lennert Tim PELGRIMS

Merci pour toute l'affection, la patience, le soutien moral et l'enthousiasme familial que tu m'as apportés.
Reçois mes sincères remerciements.

A tout le corps professoral de la FSP

Trouvez ici l'énonciation de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement reçu.

A mes frères et sœurs

Marie Rose DJONTU, Liliane I Saa FOKOU, Raoul II Pontoung FOKOU, Bruno Kenne FOKOU, Mariam Tulong FOKOU, Julien Fouedjio FOKOU, William Massonti FOKOU, Lawrence Fouetsa FOKOU, Rosaline NGUETSOP.

L'union et la solidarité sont les plus grandes richesses d'une famille, respect et confiance ne vous ont jamais manqué à mon égard.

REMERCIEMENTS

A tous les professeurs de l'Université Catholique de Louvain, ce travail est l'aboutissement des efforts que vous avez fournis pour ma formation.

- **A tout le corps professoral de la Faculté de Santé Publique (FSP),**
vous avez su nous encadrer avec humour et rigueur dans le travail.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

- **A mes ami(e)s :** Dr Eric AKWA, Dr Myrene Monkam NOUBIBOU, Dr Blandine Balula MULAR, Dr Hugues ITALA, Dr Joel NGOY, Zaina Gracia KANSILEMBO, Koffitse Sedofia AMEFIA, Jocelyne GASHURWE, Latifa AKHALOUI.

Merci pour votre présence, vos encouragements et votre soutien.

- **Au commandant du camp militaire de Ndolo,**

Pour son soutien éthique et matériel.

- **Aux populations de Ndolo concernées par cette étude,**

Pour leur franche collaboration.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

M. Kiswendsida SAWAGODO

La qualité de votre enseignement et l'étendue de vos connaissances ont suscité quotidiennement notre admiration.

Permettez-nous, cher Président, de vous réitérer l'expression de notre profonde gratitude.

A MA LECTRICE DE MEMOIRE

Dr Ellen HOORNAERT

- Médecin infectiologue dans un service de médecine interne au sein d'une institution bruxelloise.

Chère Docteur,

Votre dévouement, le temps accordé et l'encadrement précieux ont grandement contribué à l'élaboration de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A MA PROMOTRICE DE MEMOIRE

Pr Annie ROBERT

- Head of EPID-Epidemiology & Biostatistics
- IREC-Institut de Recherche Expérimentale et Clinique
- UCLouvain-Brussels Campus
- Public Health School

Chère Professeure,

L'occasion m'est donnée de vous remercier pour votre gentillesse, votre altruisme, votre modestie, votre maîtrise et votre rigueur, ainsi que pour votre exigence permanente de perfectionnement dans tout travail scientifique. Vous êtes vous-même un exemple, et cela fait de vous une professeure émérite admirable. Votre savoir pluridisciplinaire impose le respect et suscite une profonde admiration.

Merci pour vos critiques constructives, vos remarques pertinentes, et votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Le plagiat

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain ».

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

EHESS_SHADYC : Centre de la vieille charité, laboratoire de recherche, 2 rue de la charité
Marseille

FMI : Fond Monétaire International

LASDEL : Laboratoire d'études et de recherches sur les Dynamiques Sociales et le
développement Local

MILDA : Moustiquaires imprégnées de longue durée d'action

MILD : Moustiquaires imprégnées de longue durée

MII : Moustiquaires imprégnées d'insecticides

NIL : Fleuve en Afrique situé en Égypte

ONG : Organisation non gouvernementale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNLP : Programme National de lutte anti-paludisme

RDC : République Démocratique du Congo

RUT : République Unie de Tanzanie

SANRU : ONG Santé Rurale

SIPAM : Société Ivoirienne de parasitologie et de mycologie

IRD : Institut de recherche pour le développement

CPN : Consultation prénatale

RECO : Relais communautaire

IRD : Institut de recherche pour le développement

TABLEAUX/FIGURES/ANNEXES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Système de conception sociale selon Rene DESCARTES.....	p 67
Tableau 2 : Synthèse des usages conditionnés par la capital culturel et matériel.....	p 74
Tableau 3 : Croisements possibles entre les savoirs et leurs impacts sur les pratiques liées aux MII.....	p 78
Tableau 4 : Synthèse comparative de la logique des populations bénéficiaires de la MII....	P 84
Tableau 5 : Synthèse de la logique institutionnelle de distribution des MII.....	p 87
Tableau 6 : Synthèse comparative des logiques entre acteurs autour des MII à Kinshasa...	p 88
Tableau 7 : Composition de l'échantillon d'étude.....	p 99
Tableau 8 : Composition des ménages enquêtés.....	p 99
Tableau 9 : Représentations et connaissances générales sur la MII dans chaque ménage..	p 101
Tableau 10 : Pratiques d' utilisation des MII dans chaque ménage.....	p 102
Tableau 11 Perceptions symboliques et sens symbolique des MII dans chaque ménage...	p 103
Tableau 12 : Obstacles et facteurs d'acceptabilités des MII dans chaque ménage.....	p 104
Tableau 13 : Stratégies des acteurs (bénéficiaires) autour des MII.....	p 106
Tableau 14 : Suggestions d'amélioration par les bénéficiaires.....	p 107
Tableau 15 : Moyens pour sensibiliser à une plus grande échelle.....	p 108
Tableau 16 : Avis sur la distribution gratuite par les ménages.....	p 108
Tableau 17 : Avis des bénéficiaires sur les campagnes de sensibilisation.....	p 109
Tableau 18 : Avis des bénéficiaires sur le suivi post-distribution.....	p 109
Tableau 19 : Logiques de distribution des autorités locales : commune de Barumbu.....	p 110
Tableau 20 : Suggestions d'amélioration : autorités locales.....	p 111
Tableau 21 : Composition de l'échantillon des agents de santé.....	p 111
Tableau 22 : Méthodes de sensibilisation pratiquées par les agents de santé.....	p 112
Tableau 23 : Obstacles signalées par les agents de santé à l'utilisation correcte des MII...	p 112
Tableau 24 : Suivi post-distribution par les agents de santé.....	p 112
Tableau 25 : Recommandations d'amélioration de la distribution du matériel par les agents de santé.....	p 115
Tableau 26 : Statistiques des connaissances et représentations (thème 1).....	p 129
Tableau 27 : Statistiques des pratiques d'utilisation (thème 2).....	p 129
Tableau 28 : Statistiques des perceptions sociales et symboliques (thème 3).....	p 130
Tableau 29 : Statistiques des obstacles et de l'acceptabilité (thème 4).....	p 130
Tableau 30 : Statistiques de la stratégie des acteurs (thème 5).....	p 131
Tableau 31 : Statistiques des suggestions d'amélioration (thème 6).....	p 131
Tableau 32 : Statistiques guide d'entretien institutionnel et opérationnel.....	p 135
Tableau 33 : Statistiques de la fiche d'observation.....	p 136
Tableau 34 : Forces observées dans les politiques de distribution des MII en RDC.....	p 140
Tableau 35 : Faiblesses et obstacles identifiés.....	p 141
Tableau 36 : Synthèse des résultats(bilan global).....	p 142
Tableau 37 : Opportunités et pistes d'amélioration.....	p 143
Tableau 38 : Sens des MII pour les populations urbaines.....	p 145
Tableau 39 : Pratiques et obstacles à l'utilisation efficiente des MII.....	p 146
Tableau 40 : Enjeux socio-culturels	p 146
Tableau 41 : Répercussions des conditions économiques sur l'accessibilité des MII.....	p 147
Tableau 42 : Raisons d'une adoption limitée.....	p 147
Tableau 43 : Identification des facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des MII.....	p 151

Tableau 44 : Comparatif des divergences.....	p 154
Tableau 45 : Comparatif d'utilisation et stratégies des MII Afrique vs Pays Occidentaux.....	p 156

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Représentation géographique de Kinshasa.....	p 11
Figure 2 : Représentation climatique de Kinshasa.....	p 12
Figure 3 : Carte mondiale épidémiologique des pays touchés par le paludisme en 2010.....	p 22
Figure 4 : Espèces vectrices du paludisme.....	p 25
Figure 5 : Biologie de l'agent vecteur du paludisme.....	p 26
Figure 6 : Mode de transmission de l'agent vecteur du paludisme.....	p 28
Figure 7 : Bilan palustre 2014-2022 en RDC.....	p 29
Figure 8 : Inondation dans la ville de Kinshasa en janvier 2024.....	p 31
Figure 9 : Rive méridionale du « Pool Malebo » à Kinshasa.....	p 32
Figure 10 : Végétation naturelle en RDC.....	p 33
Figure 11 : Habitations à Kinshasa.....	p 34
Figure 12 : Décharges sauvages à Kinshasa.....	p 38
Figure 13 : Banditisme financier dans la gestion publique des fonds alloués à la lutte antipaludique.....	p 50
Figure 14 : Usages détournés des MII : protection de clôtures contre l'érosion fluviale.....	p 50
Figures 15 : Usages détournés des MII : filets de pêche dans les rivières.....	p 50
Figure 16 : Conditions nécessaires à une utilisation optimale des MII.....	p 57
Figure 17 : Le modèle KVP.....	p 68
Figure 18 : Exemple d'installation du matériel dans les familles précarisées.....	p 73
Figure 19 : La Commune de Barumbu.....	p 94
Figure 20 : Sources d'information sur le MII.....	p 132
Figure 21 : Taux d'utilisation des MII.....	p 132
Figure 22 : Présence de rumeurs ou croyances sur les MII.....	p 133
Figure 23 : Principaux obstacles d'utilisation efficace des MII.....	p 133
Figure 24 : Suivi post-distribution des moustiquaires.....	p 134
Figure 25 : Canaux de sensibilisation préférés.....	p 134
Figure 26 : Résultats du guide d'entretien institutionnel (agents de santé).....	p 137
Figure 27 : Résultats de la fiche d'observation (terrain).....	p 137
Figure 28 : Répartition des types de logements observés.....	p 138
Figure 29: Rôle des différents acteurs et liens stratégiques de collaboration.....	p 145
Figure 30 : Statistiques de la perception des bénéficiaires.....	p 148
Figure 31 : Statistiques des principaux obstacles à l'utilisation efficiente des MII.....	p 148
Figure 32 : Statistiques des enjeux sociaux.....	p 148
Figure 33 : Synthèse finale des facteurs d'influence sur l'utilisation des MII en RDC.....	p 154

SOMMAIRE

TABLE DES MATIERES

Dédicace.....	p 1
Remerciements.....	p 1
Hommages aux membres du jury.....	p 6
Liste des sigles et abréviations.....	p 7
Liste des tableaux.....	p 7
Liste des figures.....	p 9
Table des matières.....	p 16
Chapitre I. Introduction. générale.....	p 19
1. Contexte général du paludisme en RDC.....	p 20
2. La problématique.....	p 6
3. Justification du sujet.....	p 7
4. Objectifs et hypothèses de l'étude.....	p 7
5. Délimitation du sujet.....	p 9
6. Méthodologie.....	p 16
7. Le plan de travail commenté.....	p 19
8. Définition des concepts clés.....	p 20
Chapitre II. Cadre théorique.....	p 22
Première partie : Paludisme et défis à Kinshasa.....	p 22
2.1 Le paludisme.....	p 22
2.1.1 Espèces vectrices.....	p 24
2.1.2 Biologie.....	p 26
2.1.3 Mode de transmission.....	p 27
2.1.4 Morbidité/Mortalité.....	p 28
2.1.5 Épidémiologie.....	p 29
2.2 Les défis.....	p 31
2.2.1 Risques démographiques.....	p 31
2.2.2 Risques géographiques.....	p 32
2.2.3 Risques climatiques.....	p 33
2.2.4 Risques économiques.....	p 34
2.2.5 La pauvreté.....	p 35
2.2.6 Vulnérabilité des groupes cibles.....	p 35
2.2.7 L'accessibilité.....	p 37
2.2.8 L'habitat.....	p 37
Deuxième partie : Les moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII).....	p 38
2.3 Typologie et effets secondaires.....	p 39
2.3.1 Intérêt scientifique pour le paludisme.....	p 41
2.3.2 Stratégie de distribution.....	p 44
2.3.2.1 Système de gouvernance.....	p 46
2.3.2.1.1 Politique publique.....	p 46
2.3.2.1.2 Financement du matériel.....	p 48
2.3.2.1.3 Gestion du matériel.....	p 50
2.3.2.1.3.1 Suivi de contrôle.....	p 51
Moyens d'informations.....	p 52
Promotion de la santé.....	p 53
Formation des agents.....	p 54
Méthode d'évaluation.....	p 56

2.3.2.1.4 Suivi de distribution.....	p 58
2.3.2.1.5 Période de distribution.....	p 60
2.3.2.1.6 Choix de la population cible.....	p 60
Indicateurs de choix.....	p 61
Particularité.....	p 62
2.3.3 Représentations sociales.....	p 65
2.3.3.1 Interaction entre rationalité, contextes sociaux et représentations : fondements philosophiques de la construction comportementale.....	p 66
2.3.3.1.1 L'influence des interactions sociales sur les représentations : le modèle KVP.....	p 67
2.3.3.2 Psychologie sociale.....	p 68
2.3.3.3 Théories explicatives.....	p 69
Catégorie sociale.....	p 69
Compréhension usuelle.....	p 70
Effet individuel ou de groupe.....	p 71
Sources d'informations.....	p 71
Culture sociale différentielle.....	p 72
Moralité et valeurs sociales.....	p 74
Mentalisation.....	p 75
2.3.4 Sens des pratiques	p 76
La question du sens.....	p 76
Typologie de la connaissance.....	p 77
Épistémologie du sens.....	p 79
Les mythes du sens entre acteurs.....	p 80
Troisième partie : La théorie des logiques entre acteurs.....	p 82
Logique des bénéficiaires (communauté).....	p 83
Logiques institutionnelles de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII).....	p 85
Analyse comparative des logiques entre bénéficiaires et institutions.....	p 87
Quatrième partie : Les politiques de santé publique.....	p 90
Plan d'action du gouvernement Congolais face aux défis structurels dans la lutte contre le paludisme à Kinshasa.....	p 90
Chapitre III. Méthodologie.....	p 92
3.1 Typologie de recherche.....	p 92
3.1.1 Recherche qualitative.....	p 92
3.1.1.1 Guide d'entretien semi-directif (annexe 5 et 6).....	p 93
3.1.1.2 Questionnaire.....	p 97
3.1.1.3 Fiche d'observation des pratiques (annexe 5).....	p 97
3.2 Méthode collecte de données.....	p 97
3.2.1 Enquêtes dans la population urbaine de Kinshasa.....	p 97
3.2.2 Interviews avec les responsables du PNLP (autorités locales, agents de santé, organismes internationaux) et étudier les différents rapports politiques sur le paludisme (ibidem Annexe 6).....	p 97
3.2.3 Échantillonnage : bénéficiaires et agents de terrain.....	p 97
Plan détaillé de l'enquête (Annexe 8).....	p 97
Description de l'échantillon : population en possession du MII depuis janvier 2024.....	p 97
Critères d'inclusion.....	p 98
3.2.4 Méthode d'analyse des données.....	p 98
3.2.4.1 Traitement et analyse des résultats sur la thématique.....	p 98

3.2.4.2 Traitement et analyse statistique des données.....	p 126
3.2.5 Commentaire et discussion des résultats.....	p 138
Chapitre IV. Analyse des logiques et stratégies des acteurs.....	p 140
4.1 Gouvernement et politiques publiques de santé.....	p 140
4.2 Plan stratégique de la gouvernance congolaise sur la distribution des MII face aux obstacles sociaux et économiques rencontrés sur le terrain.....	p 143
4.3 Rôle joué par les organismes internationaux dans l'éducation et la sensibilisation des bénéficiaires sur l'efficacité préventive du paludisme par l'utilisation des MII : méthodes stratégique.....	p 144
4.4 Sens du MII pour les populations urbaines.....	p 145
4.4.1 Perception des bénéficiaires.....	p 145
4.4.2 Pratiques et obstacles à l'utilisation efficiente (comportements, mythes culturelles, coût des dépenses, conditions de vie, environnement social, accessibilité).....	p 146
4.4.3 Enjeux socio-économique.....	p 146
4.4.4 Répercussion des conditions économiques sur l'accessibilité des MII.....	p 147
4.4.5 Raisons d'une adoption limitée.....	p 147
Chapitre V. Résultats et discussion.....	p 149
5.1 Synthèse des résultats.....	p 149
5.1.1 Exposition synthétique des résultats d'enquête et interviews.....	p 149
5.1.2 Identification des facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des MII.....	P 151
5.2 Divergences des enjeux.....	p 154
5.2.1 Débat sur les logiques différentielle entre les bénéficiaires et les agents responsables de la distribution des MII (gouvernements, organismes internationaux, population) ainsi que les complications rencontrés.....	p 154
5.3 Analyse comparative du contexte Africain par rapport à d'autres pays ou villes qui ont utilisé des stratégies similaires.....	p 156
Chapitre VI. Conclusion et perspective.....	p 159
6.1 Bilan de l'étude.....	p 159
6.1.1 Résumé sur les logiques et les stratégies de lutte contre le paludisme autour de la méthode préventive par l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides.....	p 160
6.2 Directives pratiques.....	p 161
6.2.1 Pistes d'améliorations pour déconstruire les mythes autour de l'utilisation du MII afin d'optimiser une pratique efficiente à Kinshasa.....	p 162
Résumé.....	
Chapitre VII. Références Bibliographiques.....	
Chapitre VIII. Annexes.....	

Chapitre I. Introduction générale

1. Contexte général du paludisme en RDC

Au cours des dernières décennies, la recherche scientifique a réalisé des avancées significatives dans la lutte contre le paludisme à l'échelle mondiale, notamment en matière de traitements et de stratégies préventives. L'une des évolutions majeures réside dans l'introduction et la diffusion des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII), reconnues pour leur capacité à prévenir les piqûres de moustiques vecteurs de la maladie. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'efficacité épidémiologique de cet outil a été établie dès 1975, les MII étant considérées comme un moyen de « protection mécanique simple »¹ contre les piqûres d'anophèles. Une installation correcte de ces dispositifs permettrait de réduire la mortalité liée au paludisme de 20%, indépendamment du facteur causal². **(Annexe 1)**

La moustiquaire apparaît ainsi comme le moyen de protection « antivectorielle » le plus performant, son efficacité ayant été validée par des preuves scientifiques robustes. Elle constitue un élément central des stratégies de santé publique dans les régions à forte endémicité palustre, utilisée individuellement ou dans un cadre familial³. La lutte contre le paludisme représente un défi majeur de santé publique mondiale, particulièrement en Afrique, où la maladie entraîne un nombre considérable de décès, notamment parmi les groupes les plus vulnérables.

D'après le rapport de l'OMS publié en 2024⁴, 249 millions de cas de paludisme ont été enregistrés dans le monde en 2022, entraînant 608000 décès. Le rythme de progression dans la lutte contre cette pathologie demeure préoccupant. L'Afrique concentre à elle seule 94% des cas (246millions) et 95% des décès (569000), les enfants de moins de cinq ans représentant 76% de la mortalité liée au paludisme sur le continent. **(Annexe 2)**

En République Démocratique du Congo (RDC), le rapport de 2022 du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) fait état d'une prévalence élevée : 50% de la population aurait été infectée, dont 48,7% d'enfants de moins de cinq ans (soit environ 13.3 millions), avec une mortalité 70% dont 68% concernant cette même tranche d'âge⁵.

¹ DARRIET F. Moustiquaires imprégnées et résistance des moustiquaires aux insecticides. Paris : IRD Éd. 2007. 116P.

² Ibidem 1

³ DUVALLET G., GENTILE D. L. Protection personnelle antivectorielle. Paris : IRD Éd. 2012. 354P.

⁴ NGAMIJE.M.D., ADHANOM.G. (2024). Stratégie opérationnelle du programme mondial de lutte contre le paludisme 2024-2030. OMS, 1-90

⁵ UNICEF. La république démocratique du Congo reçoit un premier lot de 693500 doses de vaccin antipaludique.2025, 1P. <https://www.unicef.org/drcongo/communiques-presse/premier-lot-vaccin-antipaludique>,

Malgré les efforts du PNLP et les stratégies mises en œuvre, la lutte contre le paludisme se heurte à plusieurs contraintes contextuelles : 1) environnementales, car « la moitié du territoire, correspond à la cuvette centrale, et est recouverte de forêt » ; 2) sociales, en lien avec une croissance démographique de 8,5% entre 1970 et 2013 ; et 3) économiques, la majorité de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté⁶. Ces défis soulignent l'urgence de renforcer les interventions publiques pour un développement sanitaire, social et économique durable.

Il convient toutefois de souligner que l'efficacité des MII est optimal dans des contextes de faible transmission. Ce qui n'est pas toujours le cas en Afrique où le paludisme demeure endémique, avec des taux de transmissions hétérogènes, voire très élevés. Cette réalité soulève des interrogations quant à l'efficacité à long terme de cet outil dans de tels environnements (M.Coosemans et al, 2000)⁷.

Dans cette perspective, l'efficacité réelle des MII a fait l'objet de nombreuses études en Afrique, particulièrement en RDC, adoptant des approches méthodologiques variées que nous exposerons ci-après.

1.1 La démarche biomédicale

Cette approche met en évidence les éléments techniques et théoriques qui conditionnent l'efficacité des interventions : procédures ; protocoles d'utilisation ; conditions locales et épidémiologiques, ainsi que les rôles spécifiques des différents acteurs impliqués. A ce titre, l'OMS a publié un manuel à destination des « responsables des programmes nationaux de lutte anti-paludisme, mais peut également être utilisée par les organisations non gouvernementales (ONG) et le secteur privé » OMS (2003)⁸.

Ce manuel propose une méthodologie structurée pour assurer une distribution ciblée des MII auprès des populations vulnérables : enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes, les personnes vivant sous le seuil de pauvreté, réfugiés, déplacées internes et travailleurs migrants

consulté le 29/3/2025

⁶ PNLP. République Démocratique du Congo: Programme national de lutte contre le paludisme. Ministère de la santé publique. 2022, 81P. <https://pnlprdc.org/wp-content/uploads/2022/05/PSN-PNLP-RDC-2016-2020>, consulté le 20/02/2025

⁷ COOSEMANS M., ALESSANDRO.V. (2001). Débat contradictoire : pour ou contre les moustiquaires imprégnées ? Plaidoyer pour les moustiquaires imprégnées dans les programmes de lutte contre le paludisme. Société Francophone de Médecine Tropicale et Santé Internationale : Institut de médecine tropicale, 92(2), 169-173.

⁸ OMS.(2003). Moustiquaires imprégnées d'insecticides : Manuel à l'intention des responsables de programmes nationaux de lutte anti-paludisme. Faire reculer le paludisme. 1-1-114.

ou saisonniers. L'OMS recommande la gratuité de cette distribution afin de garantir l'accessibilité du matériel à ceux qui en ont le plus besoin⁹.

Selon diverses sources scientifiques, notamment Frédéric Darriet, Duvallet Gérard et Ludovic De Gentile, l'usage individuel de la MII est hautement bénéfique pour prévenir les piqûres de moustiques, tant au niveau personnel que communautaire (Jean Marc Hougard., 2008)¹⁰.

Les évaluations de l'efficacité de la MII sont généralement conduites au niveau du ménage, et non de l'individu, permettant ainsi aux membres non-utilisateurs d'en bénéficier indirectement à titre de témoins.

Ces études, généralement randomisées, s'appuient sur trois indicateurs : (1) l'incidence du paludisme non compliqué (critère primaire), (2) l'acceptabilité communautaire (critère secondaire), et (3) les effets des interventions ou des insecticides (critère tertiaire) (Roger C. et al., 2009)¹¹.

Pour optimiser la lutte contre le paludisme à l'aide des MII, les politiques de santé doivent intégrer un ensemble de paramètres : taux d'incidence dans la population cible, données épidémiologiques, espèces vectorielles, biologie du moustique, caractéristiques géographiques et socioculturelles, ainsi qu'une identification rigoureuse des bénéficiaires.

Toutefois, certains inconvénients sont rapportés : réactions allergiques aux insecticides, sensation de claustrophobie ou inconfort thermique. Il est par ailleurs essentiel de rappeler que les MII sont des outils de prévention, et non des traitements médicamenteux (Marc Egrot et al., 2014)¹².

Malgré les preuves d'efficacité documentées, l'usage des MII reste marginal : « toutefois, elle est encore très peu utilisée par les ménages [...] malgré les efforts déployés depuis 1996 par le programme national de lutte contre le paludisme, le taux d'utilisation de la moustiquaire reste encore très faible » (Dimi Théodore Doudou et al. 2006)¹³.

⁹ Ibidem 8

¹⁰ HOUARD.J.M. (2008). Médecine : Les moustiquaires : Traiter des moustiquaires avec des produits insecticides et répulsifs : cette méthode de protection contre les insectes s'affirme comme un élément de lutte contre le paludisme. Elle pourrait même bénéficier à l'agriculture. *pour la science*, 366, 1.

¹¹ ROGER.C., HENRY.M.C., ROWLAND. M., CARNEVALE P., CHANDRE F., CORBEL V., CURTIS C., et al. (2009). Guide pour l'évaluation en phase III de la lutte antivectorielle contre le paludisme. *Médecine tropicale*, 69(2), 173-184

¹² EGROT M., BAXERRES C., HOUNGNIHIN R. (2014). Quand les moustiquaires poussent l'anthropologie à repenser l'innovation et l'acceptabilité dans le champ de la santé. Presses universitaire de Rennes, 23-29

¹³ DIMI T.D., JULIEN M.C.D., LUCIEN Y.K., ROUSSEAU D., LEA P.T., MARTIN A. et al. (2006). La moustiquaire imprégnée d'insecticides comme moyen de lutte contre le paludisme : les raisons d'une adoption limitée en côte d'Ivoire, *Natures Sciences Société*, 4(14), 431- 433

1.2 La démarche normative et juridico-institutionnelle

Cette approche s'appuie principalement sur les discours des institutions internationales et vise à légitimer l'usage des MII comme mesure de protection individuelle ou collective. Elle met en avant les bénéfices attendus, mais tend à négliger la manière dont les usagers s'approprient réellement ces outils.

M. Coosemans (2001)¹⁴ affirme que les MII « sont des outils de prévention remarquablement efficaces pour diminuer l'incidence de la maladie. L'efficacité à long terme est indiscutable dans les situations de paludisme instable et épidémique ».

Depuis 2001, « L'OMS considère la MILD (moustiquaires imprégnées de longue durée) comme l'un des principaux outils de lutte contre le paludisme et incite les états à organiser des distributions massives : plus de 450 millions de MILD auraient été distribués dans le monde entre 2010 et 2013. Et les MILD participent sans que personne ne puisse évaluer dans quelle proportion, à la baisse de plus de la moitié de la prévalence et de la mortalité du paludisme, avec un nombre de vies épargnées estimé à 6,2 millions entre 2000 et 2015(WHO,2015) » (Marc Egrot, 2014)¹⁵.

Cependant, « des recherches montrent des taux d'utilisations des moustiquaires faibles...a, ainsi la détention de MIDL ne suffit pas à générer son utilisation et ne préjuge en rien de l'adéquation entre son usage et les recommandations énoncées. L'efficacité de la politique de prévention dépend de la manière dont les individus perçoivent l'objet et l'utilisent ». (Marc Ergot, 2014)¹⁶.

L'absence de données concernant l'usage réel des MII pose un problème. Les politiques de santé publique devraient assurer un suivi post-distribution pour identifier les pratiques effectives, les obstacles rencontrés et les stratégies d'adaptation des ménages.

1.3 Troisièmement la démarche quantitative

L'approche quantitative vise à établir des corrélations statistiques entre diverses variables (possession, usage, perception), mais peine à rendre compte du sens que les individus attribuent

¹⁴ Ibidem 7

¹⁵ Ibidem 12

¹⁶ Ibidem 12

à la leurs comportements vis-à-vis des MII. Elle reste souvent limitée à des indicateurs quantitatifs de couverture ou d'utilisation.

Dans un article¹⁷ de *Jeune Afrique* (2018)¹⁸, il est rapporté que « l'Afrique reste le premier continent dans lequel le paludisme continue de sévir à plus grande échelle... : 92% de cas en Afrique avec une concentration plus importante dans quatre pays (25% au Nigéria ; 11% en RDC, 5% au Mozambique ; 4% en Ouganda... ». En matière de mortalité, l'Afrique comptabilise 93% des décès, avec six pays en tête : Nigeria (19%), RDC (11%), Burkina Faso (6%), Tanzanie (5%), Sierra Leone (4%), Niger (4%). Malgré les innovations en matière de traitements et de prévention, « le monde fait face à une réalité : avec la stagnation des progrès, nous risquons de dilapider des années de travail, d'investissements et de succès dans la réduction du nombre de personnes souffrant de cette maladie » (OMS, 2018)¹⁹.

Une étude prospective, transversale ainsi qu'analytique réalisée par des chercheurs à la fois de l'université de Kinshasa (RDC) ainsi que l'université Felix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire), présentée lors du 2^{ème} congrès SIPAM (10 mars 2016), relève que 85,15% des ménages de Kinshasa possèdent une MII mais seuls 64,48% l'utilisent effectivement. Le taux de possession, bien que satisfaisant, ne se traduit donc pas nécessairement par un usage effectif (SIPAM, 2016)²⁰

De même, (Faye (2012)²¹, dans une enquête post-campagne menée au Niger, conclut à une faible possession et à un usage encore plus limité, les causes n'étant pas seulement culturelles, mais également liées à la perception de l'utilité, aux contraintes techniques, économiques et sociales. Il souligne que « la communication » à elle seule ne permet pas de surmonter les barrières structurelles, car les comportements sont : « résultats d'un ensemble d'interactions sociale et de contraintes économiques, environnementales et sociales »²².

L'ensemble de ces résultats suggère que pour comprendre pleinement l'usage des MII, il est nécessaire de recueillir le point de vue des ménages qui, bien qu'équipés, ne les utilisent pas, afin de mieux cerner le sens qu'ils attribuent à leurs pratiques quotidiennes.

¹⁷ Ibidem 12

¹⁸ GRAS R.(2018). Paludisme en Afrique: les chiffres clés du rapport de l'OMS. Jeune Afrique : <https://www.jeuneafrique.com/668205/societe/paludisme-en-afrique-les-chiffres-cles-du-rapport-de-loms/> , consulté le 20/2/2025.

¹⁹ Ibidem 18

²⁰ SITUAKIBANZA N.H., MBOMBO S., BEPOUKA B., KIAZAYAWOKO F., NKODILA A., LONGOKOLO M.et al. (2016). Taux de possession et d'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action(MILD)(RD Congo) : cas du quartier Masina/sans-fil. SIPAM, 1

²¹FAYE S.L.(2012). Comprendre la non-utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action, médecine et santé tropicale, 22, 203-209

²² Ibidem 21

2. La Problématique

Malgré l'abondance des recherches menées selon les approches biomédicales, normatives et quantitatives, certaines dimensions fondamentales liées à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) demeurent peu explorées. En particulier, la signification que les populations attribuent à leurs propres pratiques reste largement négligée. Or, cette compréhension est cruciale pour appréhender les **écarts de comportements** observés sur le terrain, notamment le non-respect des normes d'usage définies par l'OMS, normes pourtant supposées garantir l'efficacité des MII dans la prévention du paludisme.

Une analyse centrée sur le **sens** que les différents acteurs donnent à l'utilisation des MII permettrait d'éclairer les **interactions socio-culturelles** susceptibles de justifier ces écarts. Une telle démarche invite à dépasser une lecture strictement techniciste pour mieux saisir les logiques sociales, symboliques et stratégiques sous-jacentes aux pratiques des usagers.

Dans le contexte africain, cette démarche a été amorcée par plusieurs travaux anthropologiques, en particulier ceux conduits par le LASDEL (*laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local*), sous la direction de **Jean-Pierre Olivier De Sardan** (2001, 2004, 2009...etc.)²³ en Afrique de l'Ouest. Ces recherches ont permis de mettre en lumière les rationalités locales, les usages différenciés des interventions sanitaires, et les stratégies d'adaptations des populations.

Dans sa thèse de Doctorat, **Fosso Albert Le Grand** (2014)²⁴ a analysé les représentations sociales et les stratégies des acteurs autour de l'utilisation des MII dans la lutte contre le paludisme au Cameroun. De même, dès 2003, **Aurélien Aholoukpe**²⁵, dans son mémoire de maîtrise soutenu à l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin), explorait les représentations socio-culturelles associées à l'usage MII en milieu rural, dans l'arrondissement de Ouèdo à Abomey-Calavi.

²³ DE SARDAN, O. 2009. Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social. https://www.google.be/books/edition/Anthropologie_et_développement/_hapDwAAQBAJ?hl=fr&gbpv=1&dq=OLIVIER+DE+SARDAN+le+sens+des+pratiques&printsec=frontcover,https://classiques.uqam.ca/contemporains/olivier_de_sardan_jean_pierre/anthropologie_et_developpement/anthropo_et_devel_intro.html, consulté le 24 janvier 2025

²⁴ FOSSO, A.L.G. Thèse de doctorat : doctorat d'anthropologie. Marseille (France) : Aix Marseille Université ; 2014

²⁵ AHOLOUKPE, A.A., HOUNMENNOU, J.C. Étude des représentations socio-culturelles liées à la moustiquaire imprégnée en milieu rural au Bénin : cas de l'arrondissement de Ouèdo à Abomey-Calavi (Bénin) ; 2003.

Bien que ces recherches aient permis de générer des **connaissances nouvelles** sur les pratiques et représentations sociales liées aux MII dans certains pays d’Afrique de l’Ouest, **aucune étude similaire ne semble avoir été menée en République Démocratique du Congo (RDC)**, et plus particulièrement dans la ville de **Kinshasa**. Ce territoire demeure ainsi un **champ d’investigation encore inexploré** dans le domaine de l’anthropologie de la santé appliquée à la lutte contre le paludisme.

Dès lors, une question centrale se pose :

Quelles sont les pratiques sociales liées à l’utilisation des MII et quels sont les logiques représentationnelles et stratégiques qui soutiennent ces pratiques en RDC et particulièrement dans la ville de Kinshasa ?

Ce questionnement ouvre la voie à une investigation approfondie des dynamiques sociales, culturelles et institutionnelles qui influencent la réception, l’appropriation et l’usage des MII dans le contexte urbain congolais.

3. Justification du sujet

3.1 Intérêt scientifique

La mobilisation de l’approche qualitative de type socio anthropologique est heuristique car elle permettra de produire des connaissances nouvelles sur la lutte contre le paludisme, étant donné que les stratégies et programmes déployés par l’OMS et les différentes agences d’aides font le plus souvent face à la revanche des contextes de mise en œuvre en Afrique et surtout en RDC. A partir des résultats de cette étude, les stratégies d’utilisation des MII dans la lutte contre le paludisme s’élaboreront désormais sous un angle nouveau, en tentant d’abord de comprendre les complexités de mises en œuvre à partir des logiques et des stratégies d’acteurs dans les arènes locales.

3.2 Intérêt social

Sur le plan social, une meilleure compréhension des représentations sociales permettra de mieux saisir les imaginaires afin d’améliorer les campagnes de sensibilisation des populations bénéficiaires sur l’utilisation du MII dans la lutte contre le paludisme. De même, une compréhension des pratiques des acteurs permettra de définir les stratégies d’approches en tenant compte des réalités socioculturelles locales ancrées.

4. Objectifs et hypothèses de l’étude

4.1 Objectif général

Analyser les logiques et stratégies mobilisées par les acteurs impliqués dans la distribution et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à Kinshasa, en vue d'identifier les facteurs qui influencent l'adoption effective de cet outil de prévention du paludisme par les populations urbaines.

4.2 Objectifs spécifiques

- a) Comprendre le sens que les populations bénéficiaires de MII à Kinshasa attribuent à leurs pratiques sociales, notamment en ce qui concerne la non-utilisation des moustiquaires.
- b) Identifier les obstacles et les freins à une utilisation effective des MII, en analysant les dimensions environnementales, socioculturelles, économiques et logistiques.
- c) Explorer les représentations sociales et les comportements des populations vis-à-vis des MII.
- d) Analyser les rôles et les approches de différents acteurs concernés par la distribution et la promotion des moustiquaires (politiques de santé publique, organismes internationaux, secteur privé).
- e) Formuler des recommandations visant à renforcer l'acceptabilité et l'efficacité des politiques de lutte contre le paludisme à travers une meilleure valorisation des MII.

4.3 Objectifs secondaires

Identifier les mythes sociaux et les imaginaires collectifs associés à l'usage des MII, susceptibles de compromettre leur adoption par les habitants « Kinois », dans le but de favoriser leur appropriation par les populations urbaines de Kinshasa.

Ces objectifs permettront de répondre aux interrogations suivantes :

- a) Quelles sont les principaux mythes sociaux véhiculés dans les représentations urbaines de Kinshasa, expliquant la non-utilisation des MII ?
- b) Quels comportements sont adoptés par les habitants de Kinshasa pour exprimer leur rejet ou leur désintérêt à l'égard des moustiquaires imprégnées ?
- c) Quelles contraintes socio-culturelle et environnementale influencent l'usage réel des MII par les populations urbaines de Kinshasa ?
- d) Quelles sont les actions entreprises par les autorités sanitaires pour pallier la non-utilisation des MII en milieu urbain congolais ?
- e) Quelles logiques d'évaluation encadrent actuellement l'usage des moustiquaires dans les politiques publiques de santé ?
- f) quels sens les populations de Kinshasa attribuent-elles à l'utilisation des MII, et comment ces significations influencent-elles leurs pratiques quotidiennes ?

4.4 Hypothèses de recherche

4.4.1 Hypothèses principales

L'utilisation des MII en RDC et plus particulièrement à Kinshasa, se caractérise par une ambivalence de logiques d'acteurs plurielles, générant une concurrence de stratégies dans la mise en œuvre des politiques de lutte contre le paludisme.

4.4.1.1 Hypothèse socio-culturelle et économique

L'adoption limitée des MII par les populations urbaines de Kinshasa serait fortement influencée par des facteurs sociaux-culturels (représentations symboliques, normes sociales, croyances, habitudes de vies) et économiques (niveau de revenu, précarité des ménages, accessibilité physique et financière des moustiquaires).

4.4.1.2 Hypothèse institutionnelle et stratégique

L'efficacité des stratégies nationales et internationales de lutte contre le paludisme à Kinshasa dépendrait étroitement de la qualité de la coordination interinstitutionnelle entre les acteurs engagés (pouvoirs publics, agences internationales, ONG), ainsi que de la pertinence des dispositifs de communication, de sensibilisation et de distribution déployés sur le terrain.

4.4.2. Hypothèses secondaires

- a. L'utilisation de la MII dans la lutte contre le paludisme est une arène de confrontation de logique d'acteurs plurielles ;
- b. Ces acteurs bénéficiaires des moustiquaires imprégnés, pour atteindre leurs objectifs déploient des stratégies multiformes qui sont parfois en coopération ou en confrontation.

L'ensemble de ces hypothèses orientera mon analyse des enjeux et des leviers associés à l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticides, en vue d'identifier des pistes de solutions susceptibles d'en optimiser l'utilisation dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

5. Délimitation du sujet

Dans le cadre de ce travail de recherche, l'étude est circonscrite à trois niveaux : **géographique**, **temporel** et **matériel**.

5.1 Délimitation géographique

La ville de Kinshasa, capitale de la RDC, constitue le champ d'investigation de cette étude. Située à l'ouest du pays, Kinshasa est à la fois une ville et une province, divisée administrativement en 24 communes et 369 quartiers, placés sous l'autorité d'un maire. Elle est

bordée au sud par le fleuve Congo, le second le plus long du continent africain après le Nil, et celui qui présente le plus fort débit en Afrique.

Avec une superficie estimée à environ 40 km d'ouest en est et 15 km du nord au sud, Kinshasa s'étend sur près de 20000 hectares urbanisés, entrecoupés d'espaces vides ou faiblement peuplés »²⁶. Son caractère à la fois dense et hétérogène en fait un terrain d'étude pertinent pour analyser les pratiques sociales liées à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) d'autant plus que, depuis le 12 janvier 2024, de nombreuses familles ont de la distribution de ce matériel dans le cadre des programmes de santé publique.

5.2 Raisons du choix du terrain

Plusieurs facteurs justifient le choix de Kinshasa comme cadre d'analyse. D'une part, les recherches disponibles sur la ville indiquent un taux de **possession élevé** des MII, en grande partie grâce aux campagnes de distribution gratuites. D'autre part, ces données contrastent avec un **faible taux d'utilisation effective**, sans qu'aucune étude n'ait encore exploré les significations sociales, les perceptions et les pratiques des bénéficiaires autour de cet outil.

5.2.1 Particularité géographique et climatique

La position stratégique de Kinshasa, son poids démographique, sa diversité culturelle et sa structuration politico-administrative en font un terrain d'enquête d'autant plus riche. Étudier les usagers sociaux des MII dans un tel contexte permettra de mieux comprendre comment les logiques locales (représentations, stratégies d'acteurs, contraintes structurelles) influencent l'adoption ou le rejet de cet outil de lutte contre le paludisme. Cette image (**Figure 1**) illustre très bien la géographie de Kinshasa.

²⁶ LASSERE G. (1979). L'Atlas de Kinshasa. Les cahiers d'outre-mer, 128, 413-417

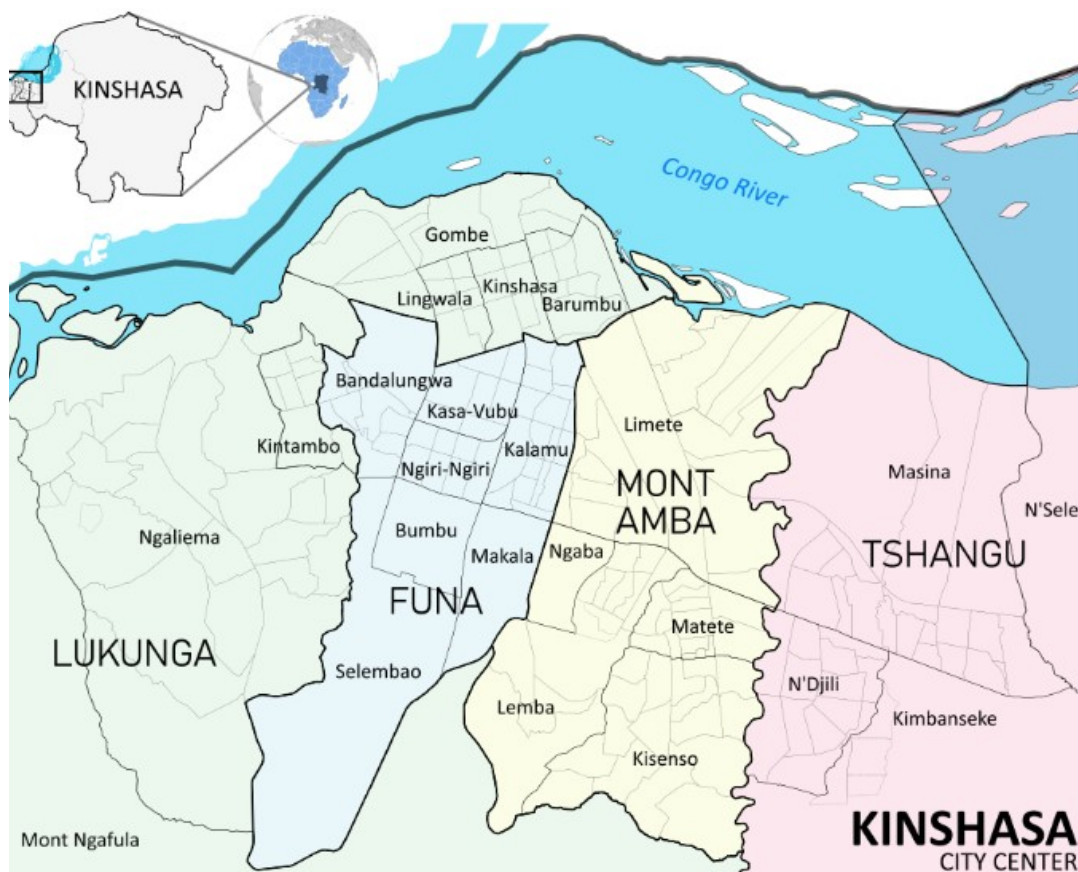


Figure 1

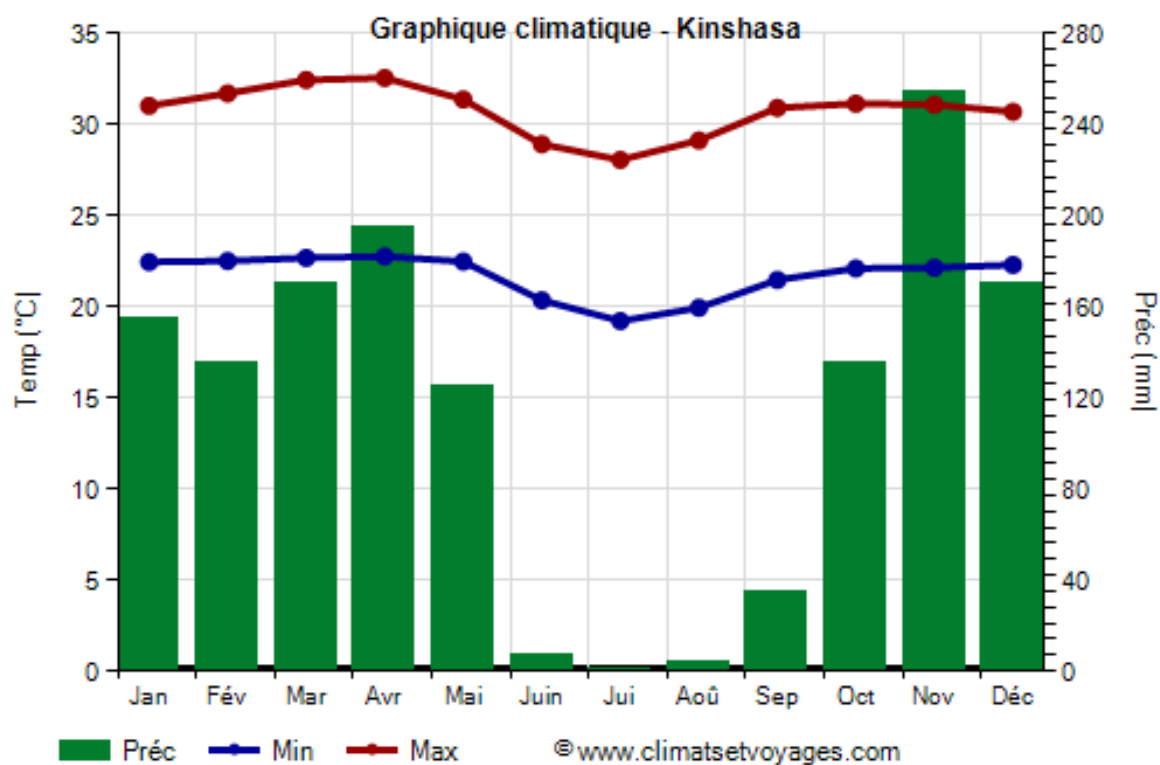


Figure 2

Sur le plan climatique (**voir Figure 2**), la ville de Kinshasa bénéficie d'un **climat tropical** caractérisé par des températures généralement élevées tout au long de l'année. Ce climat est rythmé par **deux grandes saisons** :

- Une **saison pluvieuse**, s'étendant d'octobre à mai, marquée par des précipitations abondantes et une forte humidité.
- Une **saison sèche**, allant de mi-mai à août, avec des températures toujours élevées mais des pluies quasi absentes (OIDP Afrique, 2022)²⁷

Ce contexte climatique influence fortement les conditions de vie et les dynamiques sanitaires, notamment en ce qui concerne la prolifération des moustiques vecteurs du paludisme. L'irrégularité des pluies, la stagnation des eaux et la chaleur constituent autant de facteurs favorisant la transmission de la maladie, ce qui renforce la pertinence de l'étude des pratiques liées à l'usage des moustiquaires imprégnées dans cette zone.

5.2.2 Particularités démographiques

Sur le plan socio-économique, la ville-province de Kinshasa, bien qu'elle soit classée parmi les provinces les moins pauvres du pays, n'échappe pas aux **réalités économiques précaires** que vivent ses habitants. Selon les données du Fonds Monétaire International (FMI, 2015)²⁸, environ **80% de la population kinoise vit en dessous du seuil de pauvreté absolue**. Cette vulnérabilité socio-économique se reflète également à travers un **taux de chômage élevé** et une **structure démographique très jeune**, avec près de la moitié de **la population ayant moins de 20 ans**. Ce qui constitue un facteur de fragilité mais aussi un enjeu majeur en matière de politique sanitaire.

L'accès aux **services de santé** reste problématique, non pas tant pour des raisons géographiques, mais avant tout pour des **raisons financières**, les soins de santé étant plus souvent inaccessibles à une large frange de la population. En 2005, Kinshasa comptait environ **5,8 millions d'habitants**, représentant **10,7% de la population nationale** et **34,2% de la population urbaine** de la RDC. Les estimations les plus récentes (2009)²⁹ font état d'une **population avoisinant les 6 millions d'habitants**, une croissance démographique continue qui accentue la pression sur les infrastructures sociales et sanitaires.

²⁷ MARIEME D., (2022). Commune de Kinshasa. OIDP Afrique, <https://oidp-afrique.org/2022/05/25/commune-de-kinshasa/>, consulté le 28 novembre 2024

²⁸ LAURENT J. (2015). Raconter Kinshasa : les uns et les autres. Poésie : Afrique, 157_158 (3), 263-268

²⁹ PNUD.(2009). Programme des Nations Unie pour le développement : Unité de lutte contre la pauvreté, province de Kinshasa.<https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/cd/UNDP-CD-Profil-Ville-Kinshasa.pdf>, consulté le 2/11/2024

En dépit de ces difficultés, Kinshasa demeure **une zone prioritaire pour les politiques de santé publique**. Elle a d'ailleurs été choisie pour **la campagne de distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)** lancée le 12 janvier 2024 par le **ministère de la santé**, en partenariat avec divers acteurs, notamment l'**ONG santé rurale (SANRU)**. Cette campagne vise à couvrir entre 33 à 35 zones de santé dans la ville³⁰. Toutefois, dans le cadre de la présente étude, l'enquête de terrain sera **délimitée à une seule zone de santé**.

5.2.3 Épidémiologie du paludisme dans la zone urbaine étudiée

Sur le plan épidémiologique, les données récentes indiquent une prévalence préoccupante du paludisme dans certaines zones spécifiques de Kinshasa. D'après Atungale et al. (2022)³¹, **la zone de santé de Ngaba** présente l'un des taux de **parasitémie les plus élevés de la ville**, avec une morbidité palustre estimée à 69,1% des cas rapportés. Cette situation s'explique en grande partie par une **interaction complexe entre facteurs climatiques et comportementaux humains**, lesquels contribuent à la **prolifération des moustiques anophèles**, principaux vecteurs du paludisme³².

Cette réalité confère un **caractère stratégique** à l'étude des pratiques liées à l'utilisation des MII dans cette région urbaine, où la lutte contre le paludisme constitue un **enjeu majeur de santé publique**.

5.3. Délimitation temporelle

La présente étude couvrira la période allant de **2024 à 2025**, soit une année suivant la campagne nationale de distribution gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII), menée dans l'ensemble des **24 communes de la ville de Kinshasa**. Cette temporalité a été choisie de manière stratégique afin d'évaluer, avec le recul nécessaire, les dynamiques d'appropriation ou de rejet du matériel distribué, malgré les **efforts importants consentis par les autorités sanitaires** dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Ce délai d'un an permettra non seulement d'**observer les pratiques effectives des bénéficiaires**, mais également de **recueillir des récits expérientiels** à travers une démarche

³⁰ JEAN M. M. (2024). Kinshasa : Plus de 840000 ménages ciblés pour la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides. actualité.cd, <https://actualite.cd/2024/01/07/kinshasa-plus-de-840000-menages-cibles-pour-la-distribution-des-moustiquaires-impregnees>, consulté le 27/09/2024

³¹ ATUNGALE.A.M., MUSIBONO. D., MANSIANGI. P., METELO. E., ATUNGALE. S.C., TSHIBANGU. J.W.K., et al. (2022). Facteurs liés aux comportements des habitants de la zone santé de Ngaba associés à la recrudescence des cas du paludisme, International Journal of social science and scientific studies, 547-556

³² Ibidem 31

qualitative, facilitant ainsi une meilleure compréhension des freins socioculturels, logistiques et institutionnels à l'adoption des MII.

D'un point de vue méthodologique, cette approche est avantageuse car elle offre au chercheur la possibilité d'effectuer **des observations de terrain contextualisées**, tout en encourageant une **implication active des acteurs sociaux** dans le processus de recherche. Toutefois, comme le souligne **Gimbert (2004)**, ce type d'analyse peut se heurter à **trois catégories obstacles** : « les obstacles de circonstances, les obstacles épistémologiques et la pauvreté de notre imaginaire ». (Scouarnec, 2008)³³ Il s'agira donc de rester attentif à ces limites tout au long de la démarche de recherche.

5.3.1 Population cible

La population concernée par cette recherche est constituée des **ménages de Kinshasa ayant reçu des MII** dans le cadre de la **campagne de distribution gratuite lancée le 12 janvier 2024**. Ces bénéficiaires constituent l'unité d'analyse principale, dans la mesure où ils incarnent les récepteurs directs de la politique publique étudiée.

5.3.2 Taille de l'échantillon

En raison des **contraintes temporelles et logistiques**, cette étude se focalisera sur **un échantillon restreint mais ciblé** de la population bénéficiaire. Cette démarche permettra une **analyse qualitative approfondie** des pratiques, perceptions et représentations associées à l'utilisation des MII, en privilégiant la **qualité des données à la quantité**.

5.3.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

3.3.3.1 Critères d'inclusion

Seront inclus dans l'échantillon les ménages **reçus gratuitement les MII** entre le **12 janvier 2024 et décembre 2024**, dans le cadre de la campagne officielle menée par le ministère de la santé et ses partenaires.

5.3.3.2 Critères d'exclusion

Seront exclus de l'étude les ménages ayant reçu des MII en dehors de cette période, notamment en **2023 et 2025**, afin de **maintenir la cohérence temporelle** du dispositif d'analyse.

5.4 Délimitation matérielle

Cette recherche s'inscrit dans une **approche pluridisciplinaire**, mobilisant principalement les champs de **l'anthropologie médicale**, de la **socio-anthropologie** et des **politiques de santé publique**. L'articulation de ses disciplines permet d'apprendre de manière globale et nuancée

³³ ALINE S.(2008). Management & avenir: Plaidoyer pour un « renouveau » de la prospective, revue-management-et-avenir,19(5), 171-186

les enjeux complexes liés à l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) dans un contexte urbain comme celui de Kinshasa.

Plus spécifiquement, la **socio-anthropologie** constitue le cadre théorique central de cette étude. Elle offre les outils conceptuels et méthodologiques nécessaires pour analyser **les difficultés opérationnelles rencontrées par le PNLP** à Kinshasa, et les **interactions sociales avec les bénéficiaires** sur le terrain. Cette discipline permet également de décrypter les logiques d'acteurs, en mettant en lumière les **stratégies déployées par les différents protagonistes** : qu'il s'agisse des institutions sanitaires, des organismes partenaires ou des ménages bénéficiaires, dans leurs marges de manœuvre autour de l'usage ou du non-usage des MII.

Ainsi, l'objet matériel de l'étude : à savoir la moustiquaire imprégnée, est ici interrogé **non seulement comme un outil de prévention biomédicale**, mais également comme un **objet socialement construit, investi de représentations, d'usages détournés ou symboliques**, au croisement de multiples rationalités : sanitaires, culturelles, économiques et politiques.

6. Méthodologie

6.1 La méthode revue de littérature

Dans le cadre de cette recherche à visée scientifique et sociale, une **revue de littérature** constitue le socle fondamental de la réflexion théorique. Elle s'appuie sur diverses sources documentaires : **articles scientifiques, rapports institutionnels, ouvrages spécialisés et revues académiques**, traitant du paludisme, des politiques de santé en Afrique sub-saharienne et de l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII).

Comme le souligne De La Fontaine. (2019), « la revue de littérature fournit le socle pour un travail de recherche original. Elle aide à construire le projet en identifiant : les sources et auteurs[...]Le cadre méthodologique[...]Les nouvelles connexions entre les travaux annexes au domaine[...] aide à justifier un projet de recherche »³⁴. Elle servira ainsi de **référentiel académique** pour asseoir la légitimité et la pertinence du travail, tout en nourrissant une posture critique et originale.

6.2 La méthode qualitative

Les études qualitatives sont intéressantes dans une enquête de recherche car elles vont permettre de comprendre précisément certains phénomènes complexes des réalités sociales à travers une série de techniques que nous allons utiliser : entretiens semi-directif (populations bénéficiaires,

³⁴ DELAFONTAINE A. Réussir la démarche de recherche Universitaire en Kinésithérapie et thérapie manuelle : méthodologie. Lecture critique de fin d'études. Paris : Elsevier Health Sciences, 2019. 311P.

chefs de quartiers, agents responsables de la distribution des MII) ; observation participative (bénéficiaires et agents responsables de la distributions des MII) ; écouter les ménages faire un récit de leurs vécu et/ou expérience personnelle dans la pratique quotidienne d'usage des MII, collecte des données, analyse des résultats. D'autre part cette technique est aussi un excellent moyen d'identification des raisons avancées par les ménages qui motivent l'adoption ou non du matériel ainsi que les différents facteurs (sociaux, culturels, économiques) concurrentiels entre acteurs pouvant influencer leurs choix et ainsi mieux nous éclairer sur le sens, les mythes qui subsistent autour du matériel, nous donnant l'opportunité de cerner où se situe les difficultés et quels sont les réels besoins des ménages.

D'après Olivier De Sardan. (2001), cette technique est avantageuse car elle « essaye de combiner à la fois le point de l'acteur et l'analyse des contraintes et des ressources collectives »³⁵. Mais selon cette source, cette méthode de recherche peut présenter un risque de biais car les résultats d'analyse dépendent de la subjectivité du chercheur et qu'« il y a certainement le rôle de la personne qui pose les questions qui pourra même influencer les réponses. Il faut être prudent à cet égard dans le domaine qualitatif (focus groupe familiarisés) »³⁶.

Pour une meilleure compréhension des récits de différents acteurs, je serai accompagnée par un traducteur et 2 ou 3 étudiants universitaires de Kinshasa comme support d'aide afin de faciliter les recherches. Il y aura également 10 personnes, qui sont des chercheurs dans différents domaines : santé publique, médecine, sciences sociales, sciences politiques et sciences humaines capables de bien cerner la thématique, ceci dans l'optique de m'aider à mieux formuler les objectifs spécifiques de l'enquête de recherche aux différents acteurs.

6.3 La méthode d'analyse

6.3.1 Analyse stratégique

Pourquoi effectuer une analyse stratégique, car cette méthode d'approche nous permettra de comprendre la logique et la stratégie des différents acteurs quant à l'utilisation du MII à plusieurs niveaux : l'organisation de la distribution, le contexte, les attitudes ainsi que les modes de pensées ; ce qui permettrait d'élaborer des interventions pertinentes afin d'atteindre des objectifs souhaitables. Comme le dit Crozier et Friedberg, 1993 : « l'analyse stratégique peut

³⁵ DE SARDAN O. (2001). L'enquête de terrain socio-anthropologique, EHESS-SHADYC. La revue enquête : anthropologie, histoire, sociologie, (8), 63-111

³⁶ KOHN L., WENDY C. (2014). Les méthodes de recherche qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives, (4), 67-82

déboucher sur une stratégie d'interventions dont le pari est celui de l'apprentissage : une meilleure connaissance des jeux dans lesquels ils sont engagés devrait inciter les acteurs à mieux coopérer « dans le sens d'une plus grande ouverture et d'une plus grande capacité ». Il appartient au chercheur de recueillir et de révéler cette connaissance et d'aider les acteurs à se mettre à l'écoute d'eux-mêmes. En ce sens seulement, l'analyse est à rattacher au courant humaniste du management participatif...Elle offre moins une théorie qu'une démarche de recherche à base d'entrevues et d'observations »³⁷.

6.3.2 *Analyse interactionniste*

L'intérêt de l'approche interactionniste est de décentrer le regard sur les pratiques réelles des acteurs sur le terrain pour mieux percevoir le sens qu'ils donnent à leurs pratiques, contrairement aux approches holistes (biomédicales, normative et juridico-institutionnelle et quantitative).

Il serait intéressant de comprendre comment les acteurs utilisateurs des MII en RDC s'approprient les normes définies par l'OMS pour un usage efficace de la moustiquaire imprégnée mais également les représentations que les acteurs s'en font sur la norme prescrite. Selon Olivier De Sardan, 2008 « « s'il est un point commun à l'abondante littérature portant sur l'État, les administrations et les services publics en Afrique, c'est bien le constat d'écarts importants entre les normes officielles qui régissent ces institutions et les comportements réels de leurs agents ». Qu'il s'agisse de travaux issus de la science politique ou de l'anthropologie, de la sociologie ou de la science administrative, et quels que soient les courants théoriques ou les postures scientifiques dont ils s'inspirent, tous s'accordent à reconnaître que les textes législatifs et réglementaires, les procédures, les cahiers de charges, ou les organigrammes-les uns et les autres plus que largement inspirés de ceux qui régissent les pays occidentaux-, sont très loin de d'être respectés, dans la lettre comme dans l'esprit, par les fonctionnaires comme par les usagers...la plupart de ces appréciations sont normatives et évaluatives »³⁸.

³⁷ STEPHANE D.(1993). Erhard Friedberg et l'analyse stratégique, Persée : Revue française de science politique, 6(43), 994-1008

³⁸ OLIVIER D.S.(2008). A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique. discussion Paper, (5), 1-23

6.4 Technique et outils de l'enquête

6.4.1. Échantillonnage

Nous allons utiliser une technique d'échantillonnage raisonnée qui consiste à choisir un interlocuteur en fonction de la pertinence et la richesse des données qu'il puisse fournir par rapport à la thématique.

Population concernée par l'étude : Population ayant reçues les MII au cours de la campagne ayant débuté le 12 janvier 2024 à Kinshasa ; les acteurs de terrains intervenants dans la distribution du MII.

6.4.2 Outils de collecte des données

Pour à bien cette étude, nous utiliserons plusieurs instruments méthodologiques qualitatifs, notamment :

- **Une guide d'entretien semi-directif** : permettant de recueillir les discours, représentations et expériences des différents acteurs en laissant une marge de liberté dans les réponses, tout en suivant une trame thématique structurée.
- **Une fiche d'observation des pratiques** : destinée à noter les comportements, attitudes et modalités d'utilisation concrète des MII dans les ménages observés.
- **Des groupes de discussion (focus groups)** : organisés avec les bénéficiaires afin de favoriser l'émergence de discours collectifs, d'interactions sociales et de perceptions partagées ou divergentes autour des moustiquaires imprégnées.

6.4.3 Les étapes de l'enquête

Le déroulement de l'enquête de terrain se fera en plusieurs phases successives :

1 La pré-enquête : phase d'exploration visant à tester les outils de collecte, repérer les zones d'investigations et identifier les premiers interlocuteurs clés ;

2 Collectes des données : réalisation des entretiens, observations et focus groupes dans la zone ciblée ;

3 Analyse, discussions et interprétation des résultats : codage thématique, croisement des données et mises en perspective avec les éléments du cadre théorique.

6.4.4 Conclusion et perspectives

Cette démarche méthodologique nous permettra d'approfondir la compréhension des pratiques d'usage des MII à Kinshasa en les replaçant dans leur contexte social, économique, institutionnel et culturel.

L'objectif est de produire des données empiriques de qualité pour alimenter la réflexion sur les mécanismes d'appropriation ou de rejet de ce dispositif de prévention, et, à terme, formuler des

recommandations opérationnelles pour une amélioration de la stratégie de lutte contre le paludisme.

7. Plan de travail commenté

Le présent travail de recherche s'épilogue autour d'une progression logique et méthodique, permettant d'examiner en profondeur les enjeux liés au paludisme, aux moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) et aux représentations sociales qui peuvent avoir un impact significatif sur l'usage du matériel. L'étude se déroulera selon la structure suivante :

Chapitre I. Introduction générale

Ce premier chapitre pose le cadre général de la recherche. Il introduit la problématique, les objectifs poursuivis, l'intérêt scientifique du sujet, ainsi que les principaux concepts mobilisés. Il offre au lecteur une vue d'ensemble sur l'étendue du phénomène palustre à Kinshasa et sur les enjeux qui justifient l'investigation menée.

Chapitre II. Le cadre théorique

Ce chapitre présente les fondements conceptuels et analytiques qui sous-tendent l'étude. Il se compose de quatre parties complémentaires.

Partie 1. Le paludisme et ses défis à Kinshasa

Cette partie commence par une description rigoureuse du paludisme, de ses caractéristiques biologiques et de ses dimensions épidémiologiques. Elle met ensuite en évidence les risques spécifiques liés au contexte Kinois, tels que les variations climatiques, la pauvreté structurelle, l'urbanisation rapide et les formes de vulnérabilités sociales.

Partie 2. Les moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)

Il s'agit ici de singulariser les différents types de MII disponibles, d'en préciser les effets secondaires éventuels, et d'examiner les politiques ainsi que les mécanismes de distribution mis en place : financements, formations des acteurs et stratégies institutionnelles. Cette partie s'intéresse également aux représentations sociales associées aux MII et à leurs implications culturelles dans l'appropriation ou le rejet de cet outil de prévention.

Partie 3. La théorie des logiques entre acteurs

Cette section se concentre sur l'analyse comparative des logiques institutionnelles (portées par les distributeurs, les ONG, les autorités sanitaires) et des logiques propres aux bénéficiaires. Elle met en lumière les divergences de perceptions, d'intérêts et de priorités qui influencent la réception des interventions.

Partie 4. Les politiques de santé publique

Enfin, cette dernière partie explore les stratégies officielles de lutte contre le paludisme en RDC : tendances nationales, programmes d'action, dispositifs de surveillance et approches de prévention.

Chapitre III. Méthodologie

Ce chapitre expose la démarche scientifique adoptée.

Il justifie d'abord le choix d'une méthode qualitative, appropriée pour comprendre les représentations, les discours et les pratiques.

Sont ensuite détaillés les outils mobilisés : entretiens, observations, focus groupes.

Les étapes de l'enquête/pré-enquête, l'immersion sur le terrain, la collecte, le traitement des données, y sont décrites minutieusement.

Le chapitre présente également l'échantillon retenu, composé de bénéficiaires et d'agents impliqués, en précisant les critères d'inclusion.

Pour conclure, il explicite les méthodes d'analyses appliquées, qu'il s'agisse de l'analyse stratégique, interactionniste ou, au besoin, de traitements statistiques complémentaires.

Chapitre IV. Analyse des logiques et stratégies des acteurs

Ce chapitre constitue le cœur analytique du mémoire.

Il explore d'abord les politiques publiques et les obstacles structurels rencontrés dans la lutte contre le paludisme.

Il analyse ensuite les stratégies développées par les ONG et les institutions dans leurs actions de sensibilisations.

Une attention particulière est portée aux représentations des bénéficiaires : leurs discours, leurs usages, les obstacles perçus, les mythes et croyances qui influencent leur comportement.

Le chapitre se conclut par une exploration des facteurs qui favorisent l'adhésion ou, au contraire, le rejet de la MII.

Chapitre V. Résultats et discussion

Ce dernier chapitre présente les principaux résultats obtenus sur le terrain, organisés par thématiques pour faciliter la lecture.

Ces résultats sont confrontés aux hypothèses de départ et à la littérature existante, permettant d'en évaluer la pertinence.

Le chapitre se poursuit par une discussion approfondie des implications de ces résultats pour les politiques de santé publique en RDC.

Enfin, il met en évidence les limites de l'étude ainsi que ses apports, ouvrant la voie à de futures pistes de recherche.

8. Définition des concepts clés

Paludisme : C'« est une parasitose due à des hématozoaires du genre plasmodium, transmise par des moustiques de types Anophèles »³⁹.

Moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) : « Moustiquaire qui repousse, neutralise ou tue les moustiques entrant en contact avec l'insecticide sur le tissu constituant la moustiquaire. Les moustiquaires imprégnées d'insecticides comprennent les moustiquaires qui doivent être traitées (souvent appelées moustiquaires classiques) et les moustiquaires à « imprégnation durable » »⁴⁰.

Concept de stratégie : Il « s'est substitué à partir de la fin des années 1960, à celui de politique générale. Si cette substitution s'est progressivement accompagnée de la constitution d'un large éventail d'outils et de techniques d'analyse, elle présente l'inconvénient de faire perdre de vue le caractère largement subjectif du choix des valeurs et des objectifs supérieurs de l'entreprise et les liens que ces choix entretiennent avec des préférences et les intérêts des individus et groupes en présence. Le choix de ces éléments est par nature empreint de subjectivité et reflète, légitimement, les préférences des individus et des groupes d'intérêts, des traditions culturelles, des structures politiques »⁴¹.

Stratégie : C'est « « l'ensemble des conduites par lequel une organisation assure son développement et satisfait aux exigences des parties prenants ». La stratégie s'exerce dans des situations complexes et incertaines marquées par le jeu d'acteurs qui s'affrontent, s'évitent ou coopèrent »⁴².

Moustiquaire à imprégnation durable (MID) : « Moustiquaire traitée en usine et fabriquée avec un tissu dans lequel un insecticide est incorporé à l'intérieur des fibres ou enduit autour de celle-ci. La moustiquaire doit conserver son activité biologique effective pendant au moins 20 lavages standard OMS dans des conditions de laboratoire et pendant 3 ans d'utilisation conforme aux recommandations dans des conditions de terrain »⁴³.

³⁹ KYAMANGA K.F.(2023).Le paludisme : connaissances de base/Eco-épidémiologie/Recherche/vaccins : Éthique & pratique médicale, Paris : l'Harmattan. 129P.

⁴⁰ OMS. Terminologie du paludisme. World Health Organization, 2021. 46P.

⁴¹ DESREUMAUX A., LECOCQ X., WANIER V. stratégie. France : Pearson Éducation, 2009. 223P.

⁴² MAYHROFER U. Management stratégique. Paris: Éditions Bréal, 2007. 164P.

⁴³ Ibidem 40

Insecticides : « Produit chimiques (naturel ou synthétique) qui tue les insectes. Les ovicides tuent les œufs, les larvicides tuent les larves ; les nymphocides tuent les nymphes ; les adulticides tuent les moustiques adultes »⁴⁴.

Chapitre II. Cadre théorique

Première partie : Paludisme et défis à Kinshasa

2.1 Le Paludisme

Le PNLP, dans des contextes tropicaux tels que celui de la RDC, s'engage depuis plusieurs années dans une lutte intensive contre cette endémie, en mettant en œuvre diverses stratégies à la fois thérapeutiques et préventives, conformément aux recommandations de l'OMS dans le but d'obtenir des résultats significatifs. Toutefois, bien que les gouvernements africains s'efforcent d'appliquer avec rigueur les directives émises par l'OMS en matière de lutte antipaludique, la morbidité et la mortalité associées à cette pathologie demeurent préoccupantes dans les zones tropicales, où elles enregistrent une tendance à la hausse comparativement aux autres régions du globe (**Figure 3**) et « l'Afrique subsaharienne est de loin la région la plus touchée avec 90% de cas de paludisme et de décès »⁴⁵.

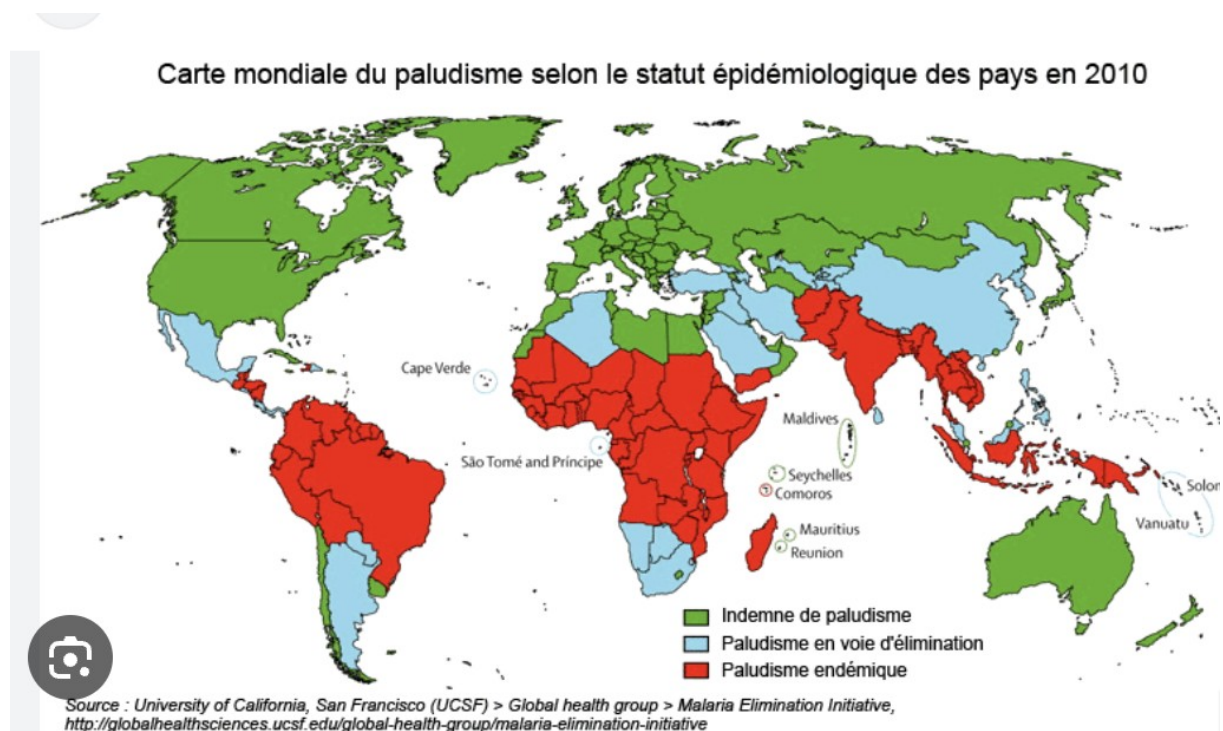


Figure 3

⁴⁴ Ibidem 40

⁴⁵ Ibidem 39

Pourtant, Il y a déjà maintenant 145 ans que l'anophèle vecteur responsable du paludisme a été découvert par un certain Alphonse Laveran en 1880⁴⁶

Depuis l'identification du rôle joué par l'agent vecteur dans la transmission du paludisme, les recherches scientifiques visant à améliorer la lutte contre cette maladie endémique, particulièrement répandue dans les pays tropicaux tel que ceux du continent africain, n'ont cessé de progresser.

En matière d'innovation biomédicale, les efforts de recherche en vue de l'éradication de cette pathologie se poursuit activement. A cet égard, un vaccin antipaludique destiné aux enfants âgés de 6 à 23 mois, dénommé **R21 Matrix-M**, est désormais disponible et distribué depuis le 13 juin 2024 à Kinshasa. Ce vaccin viserait à réduire significativement les cas de contamination chez les enfants. (Unicef, 2024)⁴⁷, en particulier ceux de moins de cinq, qui représente, selon l'OMS et l'UNICEF, les groupes les plus touchés en termes de morbidité et la mortalité.

Cependant malgré les nombreuses stratégies de lutte mises en place par le PNLP en RDC, la ville de Kinshasa demeure l'une des provinces les plus affectées par cette pathologie, notamment en ce qui concerne la mortalité, contrairement à d'autres provinces du pays. Cette tendance est confirmée par les autorités sanitaires locales : « le dernier bulletin épidémiologique de 2023 du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) prouve que les cas confirmés et ceux de décès sont en augmentation de près de 50% dans la ville de Kinshasa ». ⁴⁸.

Ainsi, le paludisme demeure un enjeu de santé publique majeur tant au niveau national qu'international, en raison de son impact sur la morbidité et la mortalité, en particulier en Afrique Sub-Saharienne ; et ce, malgré l'adoption de différentes mesures thérapeutiques et préventives préconisés par l'OMS et mises en œuvre par le PNLP. Afin de renforcer cette lutte, des campagnes de vaccination sont actuellement menées à Kinshasa, ciblant les foyers avec des enfants de moins de 23 mois, les enfants de moins de 5 ans ainsi que les femmes enceintes représentant les catégories les plus vulnérables à cette pathologie dans la capitale et à l'échelle nationale.

⁴⁶ CARNEVALE P., ROBERT V. les anophèles : Biologie, transmission du paludisme et lutte antivectorielle, IRD Éd. Marseille, 2009, 391P.

⁴⁷ GUCHTER L. 2024. La République Démocratique du Congo reçoit un premier lot de 693500 doses de vaccin antipaludique, disponible sur le site de l'Unicef pour chaque enfant : <https://www.unicef.org/drcongo/communiqués-presse/premier-lot-vaccin-antipaludique>, consulté le 16 février 2025

⁴⁸ BELGA. 2024. Le spécialiste: l'actualité des médecins spécialistes : RDC : Près de 1500 personnes décédées du paludisme en 2023 à Kinshasa : <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/rdc-pres-de-1-500-personnes-decedees-du-paludisme-en-2023-a-kinshasa.html>, consulté le 16 février 2025

Pour rappel, « Le paludisme est une maladie parasitaire grave transmise à l'homme uniquement par l'intermédiaire d'une piqûre infectante d'un moustique du genre Anophèles, à un endroit donné, où les conditions sont réunies, c'est-à-dire la présence du vecteur, de l'homme, du parasite et les facteurs écologiques permettant de s'installer à l'état endémique. (OMS, 2021)⁴⁹ Le paludisme se distingue des autres pathologies afrotropicales par la remarquable capacité d'adaptation de son vecteur. Il prolifère en fonction de divers facteurs : qualité de l'eau, conditions climatiques et géographiques, caractéristiques de l'habitat, niveau de vie des populations locales ou urbaines, fréquence de l'identification des gîtes larvaires et état de l'assainissement des zones urbaines. Ces éléments peuvent favoriser la résistance du moustique anophèle aux traitements thérapeutiques existants ainsi qu'aux mesures préventives, telles que l'utilisation des MII, pourtant essentielle dans la lutte contre la parasitémie en zone tropicales et subtropicales.

Dans ce contexte, un enjeu sanitaire prioritaire résiderait dans la mise en place d'une évaluation annuelle des réseaux de drainage des eaux usées à Kinshasa. Cette mesure permettrait d'identifier précisément les gîtes larvaires, de localiser les quartiers les plus exposés et, ainsi de cibler efficacement les interventions. Il devient donc essentiel d'approfondir la compréhension des mécanismes d'adaptation de cet agent vecteur.

2.1.1 Espèces vectrices

Anophèles gambiae et Anophèles funestus (**Figure 4**) constituent les principaux vecteurs responsables des accès palustres dans les pays d'Afrique tropicale, dont la RDC fait partie. Ces vecteurs peuvent entraîner une mortalité et une morbidité accrues, particulièrement chez les enfants comparativement aux adultes. Ils bénéficient des caractéristiques multifactorielles favorables à leur prolifération, telles que la pollution, les modifications environnementales, ainsi que l'aménagement de mini-barrages destinés au développement de l'« hydro-agriculture » dans certaines régions, lesquels favoriseraient l'installation des gîtes larvaires. Il apparaît dès lors impératif que le PNLP tienne compte de : la situation géographique, climatique, environnementale de la population de Kinshasa, afin identifier la stratégie la plus appropriée pour réduire l'incidence de la maladie.

⁴⁹ MANZAMBI E.Z.M., MUTAMBEL D.H.S.N., BOKUNGU M.Y., AGOSSA R.A.F., MAMPANGULU T., KIAKESIDI B. et al. (2024). Étude Des Peuplements Des Anophèles Vecteurs Du paludisme Dans Le Micro-Écosystème de Kingasani A Kinshasa en RD Congo. International Journal Of Progressive Sciences And Technologies, 47(2), 815.

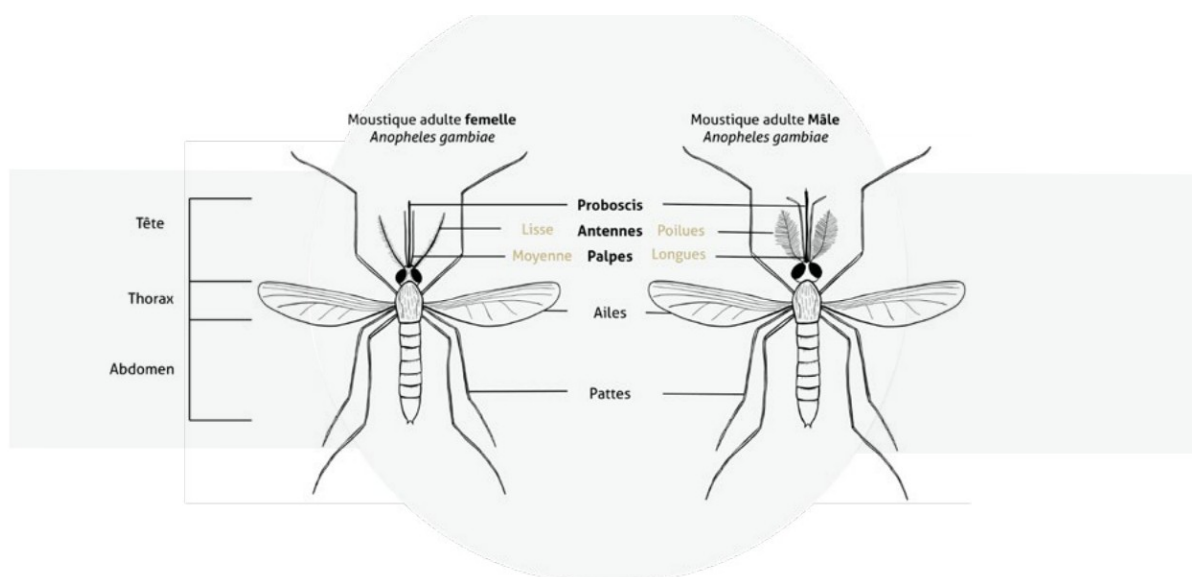


Figure 4

Pour garantir une lutte antivectorielle efficace, l'OMS (2021) dans son plan stratégique à l'horizon 2016-2030, recommande aux pays engagés dans la lutte contre le paludisme la mise en œuvre « des plans de suivi et de gestion de résistance aux insecticides »⁵⁰, en vue de conduire une lutte optimale contre cet agent vecteur redoutable.

A cet égard, Pierre Carnevale et Vincent Robert (2009) continuent de « penser que toute nouvelle stratégie de lutte anti palustre doit prendre en compte cette notion de diversité et que les mesures préconisées doivent être adaptées aux situations locales »⁵¹ sans négliger les conditions sanitaires dans lesquelles vivent les populations urbaines. En revanche, selon Frédéric Darriet (2014),⁵² le moyen le plus approprié pour combattre efficacement l'anophèle, principal vecteur du paludisme dans les pays à forte prévalence endémique comme la RDC, où les conditions climatiques favorisent une reproduction intense de cet agent durant les saisons pluvieuses, demeure la pulvérisation intra domiciliaire. Toutefois, cette stratégie requiert : « une planification rigoureuse générant des coûts de personnels prohibitifs, des déplacements de véhicules, des insecticides et des équipements divers ».

Malheureusement cette méthode est peu appliquée en Afrique en raison de son coût élevé, ce qui justifie la promotion de l'usage des MII, solution préconisée par l'OMS pour réduire l'infection due à *Anopheles gambiae*, espèce très présente à Kinshasa. Il s'agit d'une approche moderne et

⁵⁰ Organisation mondiale de la Santé. Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2015. 33p.

⁵¹ Ibidem 46

⁵² DARRIET F. Des moustiques et des homes : Chroniques d'une pullulation annoncée. Marseille :IRD Édts, 2014. 136 P.

efficace, permettant de protéger les enfants de moins de cinq ans et de limiter les décès liés aux piqûres de *A.gambiae*.

La pulvérisation intra-domiciliaire est « à la fois simple à mettre en œuvre, plus économique et beaucoup moins astreignante, aussi bien pour les services de santé que pour les populations qui habitent dans les régions impaludées ».

Or en RDC, dans son plan stratégique national de lutte contre le paludisme horizon 2016-2020 le gouvernement prévoit pour les années à venir de privilégier principalement « la pulvérisation intra-domiciliaire » qui offre la possibilité d'utiliser différentes familles d'insecticides pour une lutte antivectorielle plus efficace pour « remplacer progressivement la MILDA dans la strate III à forte saisonnalité et la strate I où le paludisme est essentiellement urbain »⁵³.

2.1.2 Biologie

D'après Frédéric Darriet (2014)⁵⁴, le cycle biologique d'un moustique se déroule principalement en deux phases (**Figure 5**) dont la première est aquatique et la seconde terrestre, comprenant quatre étapes anatomiquement identiques sur une durée de 48h :

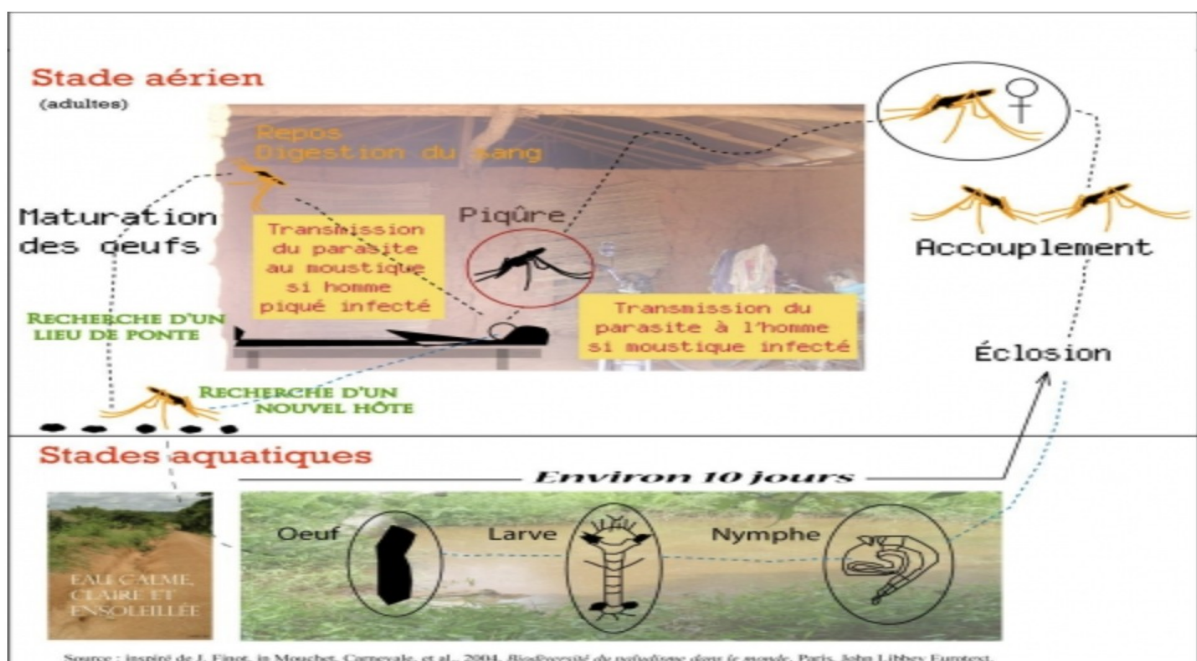


Figure 5

La première étape se déroule en milieu aquatique : l'œuf évolue en embryon, puis en larve, lesquelles se nourrissent de matières végétales présentes dans l'eau.

⁵³ LOSIMBA L. J. 2022. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2016-2020, <https://pnlprdc.org/wp-content/uploads/2022/05/P>, consulté le 20/02/2025

⁵⁴ Ibidem 48

La deuxième étape est aérienne : il s'agit de l'« adulte ailé », prêt à prendre son envol.

Une fois parvenue à l'âge adultes, les moustiques se nourrissent principalement du sang humain, la femelle étant spécifiquement le vecteur pathogène responsable de la transmission des agents infectieux.

La durée de vie de l'agent vecteur est variable ; elle dépend à la fois du type de larves et des conditions climatiques : En zone tropicale, la durée oscille entre une et trois semaines, c'est notamment le cas de *Anophèles gambiae* en RDC. En revanche, dans les régions tempérées, elle peut être plus courte ou légèrement prolongée, certaines espèces étant capables d'hiberner à l'état larvaire et de résister à des températures extrêmes allant jusqu'à 40°C, comme observé en Égypte.

Les larves, tout comme les nymphes, évoluent principalement dans des milieux aquatiques. Toutefois, afin d'assurer leur respiration, elles doivent régulièrement remonter à la surface.

Par, ailleurs, les gîtes larvaires présentent une forte variabilité en fonction de divers facteurs géographiques, climatiques et environnementaux propices à la prolifération des *Anophèles*, tels que la qualité de l'eau ainsi que l'alternance entre saisons pluvieuses et sèches. En Afrique subsaharienne, ce sont les eaux douces qui favorisent particulièrement le développement des *Anophèles gambiae*.

Selon Pierre Carnevale et Vincent Robert (2009), « la stratégie de lutte anti-larvaire serait d'empêcher les larves et les nymphes d'atteindre la surface et de respirer »⁵⁵. Une telle approche constitue la base d'une stratégie efficace de lutte anti-larvaire.

2.1.3 Mode de transmission

Anophèles gambiae et *Anophèles funestus* comptent parmi les parasites les plus redoutables responsables des infections palustres. « Ce sont uniquement les moustiques femelles qui piquent, car elles ont besoin de l'hémoglobine du sang pour la maturation des œufs »⁵⁶.

En dépit des mesures préventives mis en œuvre par le PNLN en RDC notamment l'utilisation des MII comme principal moyen de protection contre les piqûres, le nombre de cas d'infection, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, demeure préoccupant et tend à augmenter de manière alarmante, en raison d'une intensification des transmissions. La transmission à l'homme s'effectue par la piqûre de l'anophèle (**Figure 6**), lorsque certaines conditions sont

⁵⁵ CARNEVALE P., ROBERT V. (2009). Les anophèles : Biologie, transmission du plasmodium et lutte antivectorielle. IRD Éds, Marseille. 404P.

⁵⁶ Ibidem 50

réunies : « la présence du vecteur, de l'homme, du parasite et les facteurs écologiques. Le paludisme peut s'installer à l'état endémique ou épidémique. (OMS, 2021) »⁵⁷. Par exemple, les inondations ou certaines conditions climatiques spécifiques telles qu'une intensification de la chaleur ou des précipitations excessives favorisent la prolifération de l'agent vecteur du paludisme. (Annexe3)

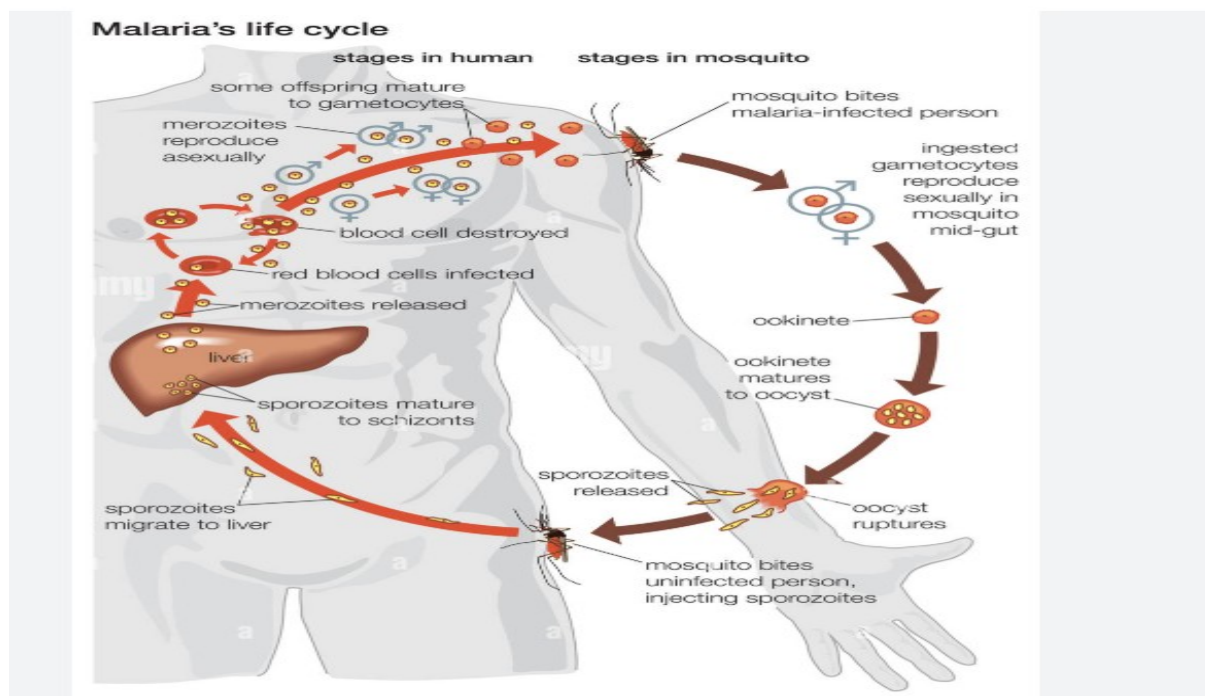


Figure 6

2.1.4 Morbidité/Mortalité

Eu égard au rapport 2016-2020 du PNLP⁵⁸, le Nigéria et la RDC concentrent, à eux seuls, près de 40% de la mortalité mondiale attribuée au paludisme, selon les données statistiques. Cette mortalité affecte principalement les enfants de moins de cinq ainsi que les femmes enceintes. Et ce, en dépit des nombreux dispositifs de lutte déployés par les programmes nationaux respectifs de ces pays, avec le soutien des ONG internationales. Les chiffres demeurent néanmoins alarmants. Le PNLP en RDC met en lumière l'impact indéniable de certaines pratiques culturelles et sociales sur les taux de mortalité et la morbidité, en dénonçant notamment: « l'automédication, le recours aux médecines parallèles de qualité douteuse, , y compris certaines pratiques religieuses et ancestrales qui retardent l'accès aux soins ; la pratique de l'agriculture saisonnière avec déplacement familial vers les campements précaires exposant aux

⁵⁷ Ibidem 55

⁵⁸ Ibidem 53

piqûres de moustiques ; la présence des étangs piscicoles ; la fabrication artisanale de briques cuites et l'extraction minière artisanale qui concourent à la pullulation de gîtes larvaires, etc. »⁵⁹. De manière plus globale, les données de l'OMS ⁶⁰ indiquent que le Nigéria représente à lui seul 30,9% de la mortalité liée au paludisme, suivi de la RDC avec 11,3%, du Niger avec 5,9% et de la République-Unie de Tanzanie avec 4,3%.

En ce qui concerne la capitale congolaise, Kinshasa, elle a enregistré en 2023 un total de 1500 décès liés au paludisme, selon les chiffres du ministère de la santé ⁶¹. Ce bilan, atteste de la persistance de l'épidémie à un niveau préoccupant, en dépit des multiples mesures engagées par le gouvernement congolais pour éradiquer ce fléau au sein des populations urbaines comme rurales. (Figure 7)



Figure 7

2.1.5 Épidémiologie

Le paludisme est une infection parasitaire dont tout être humain vivant dans une zone propice à la prolifération des moustiques demeure potentiellement exposé. Divers déterminants, peuvent favoriser l'installation du parasite chez son hôte, « l'homme » ; ces facteurs relèvent à la fois de l'environnement et du contexte social.

⁵⁹ Ibidem 53

⁶⁰ OMS. 2024. Le paludisme. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malaria>, consulté le 1/3/2025

⁶¹ LE SPECIALISTE : l'actualité des médecins. 2025. RDC : près de 1500 personnes décédées de paludisme en 2023 à Kinshasa. <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/rdc-pres-de-1-500-personnes-decede-de-paludisme-en-2023-a-kinshasa.html>, consulté le 1/3/2025

Parmi les déterminants recensés dans les pays affectés par cette épidémie, la mécanique de transmission suit un processus bien défini :



Ce n'est qu'au stade parasitaire que l'hôte humain devient une cible fonctionnelle, fournissant au parasite les ressources nécessaires à son développement. La détection de la présence du parasite se manifeste notamment par la fréquence des hospitalisations liées infections palustres, lesquelles constituent un indicateur fiable de la prévalence de l'épidémie.

A titre illustratif, dans un article paru en 2014 dans la revue « *Médecine et santé tropicale* », il est rapporté qu'environ 1350 enfants de moins de 15 ans avaient été hospitalisés pour forme grave de paludisme dans la ville de Kinshasa. L'étude présentée dans ce même article révèle que « plus de trois quarts des enfants hospitalisés dans les hôpitaux d'État et confessionnels étaient issus de ménages pauvres et de mères non instruites...les cas graves de paludismes sévissent dans les ménages pauvres et de la zone d'habitation périurbaine »⁶². Pour conforter l'hypothèse selon laquelle l'environnement physique favorise la prolifération des vecteurs à l'origine des infections palustres à Kinshasa, *La revue Internationale de la recherche scientifique* (2024)⁶³, pointe du doigt les inondations récurrentes (**Figure 8**) que connaît la ville depuis plusieurs années, la plus récente datant de février 2024, et qui perturbent profondément tant l'activité économique que les dynamiques humaines.

Selon cette revue, l'augmentation du nombre d'anophèles responsables de l'épidémie croissante dans la ville est en partie imputable à la défaillance des autorités publiques en matière de gestion urbaine, notamment dans les zones à risques d'inondations et dans la collecte des déchets ménagers, « faisant ainsi de Kinshasa une ville vulnérable ». Toutefois, au-delà des risques d'origines naturelle, l'article met également en évidence des facteurs socio-spatiaux, socio-économiques et sanitaires qui agissent comme déterminants épidémiologiques favorables à la persistance de l'épidémie palustre.

⁶² ILUNGA I.F., LEVEQUE A., DONNEN P. (2015).Caractéristiques des ménages des enfants hospitalisés pour le paludisme grave et facteurs associés à la létalité à Kinshasa (République Démocratique du Congo). *Médecine et santé tropicale*. 25, 75-81.

⁶³ SAPILA M.G. (2024). Vulnérabilité socio-spatiale et risque inondation dans la ville de Kinshasa. *Revue Internationale de la recherche scientifique*. 2(4), 1917-1928.

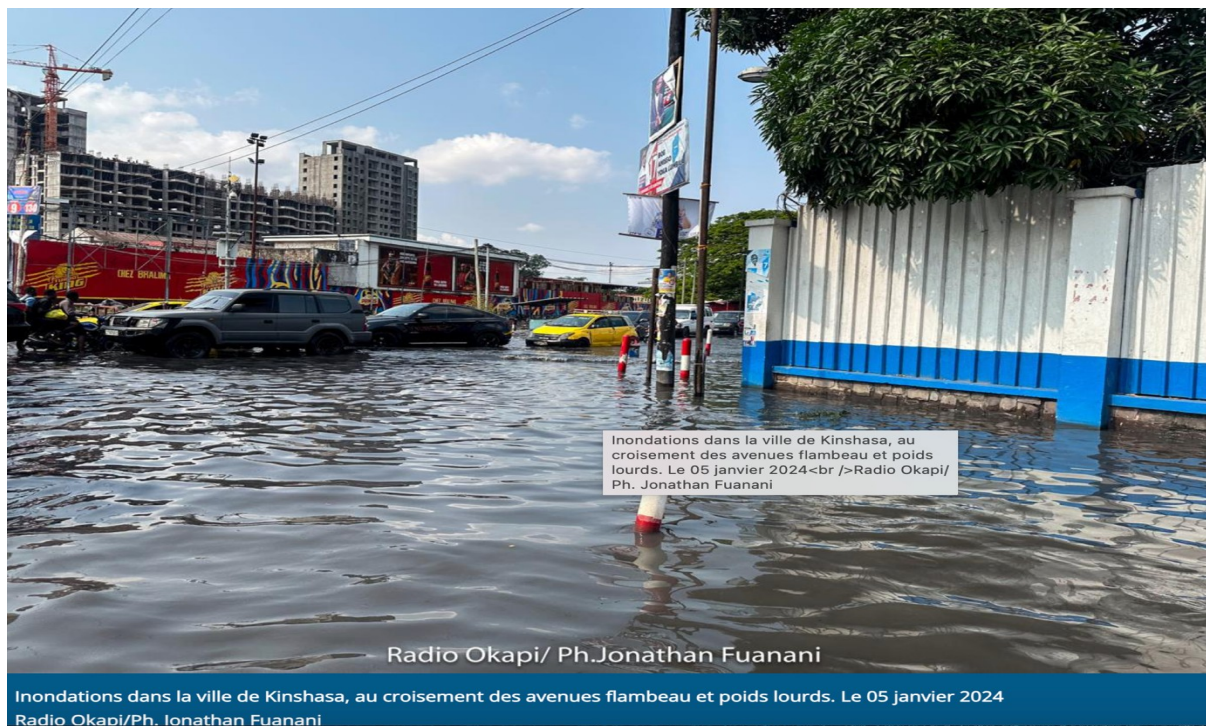


Figure 8

2.2 Les défis

2.2.1 Risques démographiques

Selon diverses études statistiques, les inondations sont classées parmi les catastrophes naturelles majeure et constituent l'un des principaux facteurs responsables de la survenue de maladies endémiques, face auxquelles il demeure particulièrement difficile pour « l'homme » de se prémunir. Toutefois, l'accroissement démographique rapide peut également favoriser l'implantation durable des agents vecteurs du paludisme.

Depuis les années 1920, la ville de Kinshasa a connu une croissance démographique exponentielle. Comme le rapporte un article, « la population de la ville a pratiquement doublé huit fois...Cet accroissement est tel qu'il y a aujourd'hui en vie à Kinshasa plus de personnes qu'on y en a enterrées depuis le XVI^e siècle et sans doute depuis l'Antiquité »⁶⁴.

Par ailleurs, dès l'année 2023, la RDC comptabilisait environ 102 millions d'habitants, ce qui la place au quatrième rang des pays les plus peuplés du continent africain, derrière le Nigéria, l'Éthiopie et l'Égypte, et en fait également l'État le plus peuplé d'Afrique subsaharienne. Comme étant le plus peuplé au monde⁶⁵. Ces données démographiques laissent présager une

⁶⁴ BOUVIER A. (2011). Kinshasa, ma ville...état des lieux et perspective. La jaune et la rouge. 565, 1.

⁶⁵ EMINA J. (2023). La RDC connaît l'une des croissances démographiques les plus rapides au monde : <http://theconversation.com/la-rdc-connaît-lune-des-croissances-démographiques-les-plus-rapides-au-monde-pourquoi-ce-nest-pas-une-bonne-nouvelle-209912>, consulté le 15 mars 2025

migration continue des populations rurales vers les zones urbaines, avec pour corolaire un risque croissant de surpopulation dans la ville de Kinshasa. Cette dynamique urbaine alimente ainsi le phénomène de ‘paludisme urbain », car, comme l’indique le même article, « Cet entassement des populations dans les espaces urbains est l’origine du paludisme urbain... souvent les nouveaux arrivant gardent des liens étroits avec leurs village ou ethnies d’origines et se regroupent au niveau de chaque quartier. Il peut se créer une mosaïque de situations épidémiologiques dans un espace urbain suivant la topologie et la situation géographique des quartiers ainsi que la densité des vecteurs »⁶⁶.

2.2.2 Risques géographiques

Kinshasa constitue la plus vaste ville urbaine de la RDC, avec une superficie de 9965 km². Elle est considérée comme la deuxième plus importante agglomération urbaine mondiale « (après Paris) et troisième « d’Afrique (après le Caire et Lagos) »⁶⁷. La ville s’étend sur « la rive méridionale du « Pool Malebo » (Figure 9).



Figure 9

Sur le plan écologique, la ville de Kinshasa présente une organisation en trois compartiments distincts de faune et de flore : « 1) la forêt caducifoliée subéquatoriale ; 2) la forêt semi-

⁶⁶ MOUCHET J. Biodiversité du paludisme dans le monde. France: John libbey Eurotext, 2004. 472P.

⁶⁷ MONUSCO. (2015). Ville province de Kinshasa, disponible à l’adresse https://monusco.unmissions.org/sites/default/files/kinshasa_factsheet_fre.pdf, consulté le 11 mars 2025

caducifoliée dégradée et recru-forestier et 3) les champs en activité qui se trouvent dans la couronne subsaharienne »⁶⁸.

Ainsi l'urbanisation croissante, conjuguée à la présence d'une végétation naturelle relativement dense à Kinshasa (**Figure 10**), pourrait constituer un facteur favorable à la migration massive des agents vecteurs du paludisme.

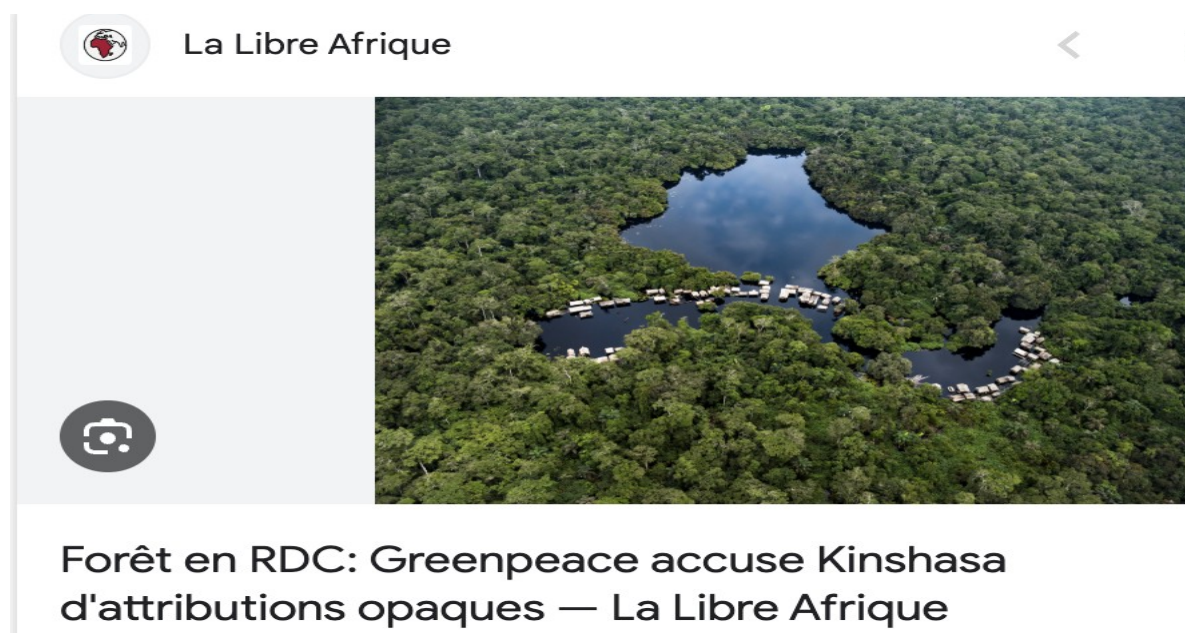


Figure 10

2.2.3 Risques climatiques

Sur le plan climatique, Kinshasa se situe dans une zone de type tropical, caractérisée par l'alternance de deux saisons distinctes : une saison sèche s'étendant de juin à septembre, et une pluvieuse, allant d'octobre à mai. Durant cette dernière, la formation de petites accumulations d'eaux favorise l'apparition et la prolifération de gîtes larvaires propices au développement des moustiques vecteurs⁶⁹.

Par ailleurs, une étude conduite par des chercheurs de l'université d'Anvers en novembre 2024, ainsi que les données issues du registre climatique de la RDC, confirment une corrélation entre l'augmentation des cas de paludisme et les effets du réchauffement climatique. Selon ces chercheurs, « la hausse des températures enregistrées dans les régions où sévit le paludisme, ou malaria, allonge les périodes propices à la transmission de la maladie. Les moustiques qui

⁶⁸ ASIDI N., MANZAMBI Z. M. (1979). La faune anophélienne à Kinshasa (Zaïre) et la transmission du paludisme humain, bulletin de la société de pathologie exotique. 4, 304-309

⁶⁹ Ibidem 67

transmettent les parasites sont particulièrement actifs pendant les périodes chaudes, lorsque la température est comprise entre 20 et 25°C »⁷⁰.

Au-delà des caractéristiques saisonnières propices aux régions tropicales, la proximité de certains quartiers de Kinshasa avec le fleuve Congo les rend particulièrement vulnérables aux crues et du fleuve. Cette vulnérabilité est accentuée par le fait que ces zones à risque d'inondations sont majoritairement occupées par des populations défavorisées. Ce phénomène peut ainsi accroître significativement le risque d'inondation.

En conséquence, on observe fréquemment une stagnation des eaux usées dans ces quartiers densément peuplés, notamment à la suite des inondations, en raison de l'insuffisance, voire d'absence, d'un système efficace de drainage des eaux pluviales. Cette situation, combinée à une gestion inadéquate des eaux pluviales par les autorités publiques, contribuent potentiellement à une augmentation de la « prolifération de certaines maladies, telles que le paludisme[...], certaines espèces de moustiques, responsables des maladies, s'adaptent au milieu urbain pollués et peuvent se multiplier rapidement dans des conditions difficiles »⁷¹.

2.2.4 Risques économiques

Les autorités publiques mènent depuis plusieurs décennies une lutte constante contre le paludisme, engendrant des coûts financiers considérables, tant en matière de prise en charge thérapeutique que de prévention, notamment par l'utilisation des moustiquaires. Ces dépenses constituent un défi majeur pour les politiques de santé ainsi pour le gouvernement Congolais. Comme la plupart des pays à revenu modeste, dont la RDC en fait partie, les autorités peinent à mobiliser des ressources suffisantes pour assurer une lutte efficace, la principale ressource de financement reposant en grande partie sur la population. En effet, « le budget consacré à la santé ne dépasse pas le cap de 5%, en dépit de la conférence d'Abuja de 2001. Outre les bailleurs de fond qui financent les soins en RDC à hauteur de 17 à 27%, la population reste la première source de financement de la santé avec une contribution qui varie entre 40 et 43%. En RDC, la prise en charge de cas de paludisme grave engendre des coûts qui varient selon le type d'hôpital

⁷⁰ BELGA. 2024. Le spécialiste : l'actualité des médecins : la saison du paludisme commence de plus en plus tôt en raison du réchauffement climatique. <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/la-saison-du-paludisme-commence-de-plus-en-plus-tot-en-raison-du-rechauffement-climatique.html>, consulté le 11 mars 2025

⁷¹ SIPALA M.G. (2024). Vulnérabilité socio-spatiale et risque inondation dans la ville de Kinshasa. *Revue Internationale de la recherche scientifique*, 2 (4), 12.

fréquenté. Les gestionnaires des ménages concernés sont bien souvent incapables de faire face à ces dépenses de santé important dans un laps de temps aussi court »⁷².

2.2.5 La pauvreté

Accroissement rapide de la population s'accompagne fréquemment d'une aggravation de la pauvreté, et la RDC est confrontée à des difficultés à la fois politiques, notamment marquées par « multiples guerres », et économiques qui ont conduit à la destruction de nombreuses habitations nécessitant une reconstruction constante, plongeant ainsi le pays dans une extrême précarité. Cette situation classe la RDC parmi « les pays le plus pauvre au monde avec un produit national brut estimé à 120 dollars en 1997. Or, la dégradation de l'environnement naturel autour de cette ville devenue immense accentue encore la vulnérabilité des ménages Kinois, c'est un véritable cercle vicieux car si une telle dégradation aggrave la pauvreté... les répercussions sur tous les critères de développement humains en sont donc catastrophiques »⁷³. Dans cette même dynamique, les données récentes fournies par la banque mondiale indiquent que, concernant le taux de pauvreté, la RDC figure parmi les cinq nations les plus démunies au monde, puisque « en 2024, environ 73,5% des congolais vivent avec moins de 2,15 dollars par jour. Environ une personne sur dix qui vit une extrême pauvreté en Afrique subsaharienne habite en RDC »⁷⁴.

2.2.6 Vulnérabilité des groupes cibles

En raison de la précarité économique généralisée au sein de la population de Kinshasa, où la majorité des habitants subsistent en dessous du seuil de pauvreté, « les populations les plus précaires s'installent proches des rivières et l'acquisition du foncier dans les zones se fait généralement sans l'accord des services habiletés et les logements construits ne sont pas

⁷² ILUNGA I. F., LEVEQUE A., DRAMAUX M. (2015). Financement de la prise en charge du paludisme grave de l'enfant par les ménages à Kinshasa, République Démocratique du Congo. *Afrique, santé publique*. 27(6), 863-869.

⁷³ TREFON T. (2000). Pauvreté à Kinshasa. *Afrique contemporaine*, 194, 82-89.

⁷⁴ LA BANQUE MONDIALE EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO. 2024. La banque en république démocratique du Congo RDC : La banque mondiale contribue à la lutte contre la pauvreté et l'amélioration des conditions de vie de la République Démocratique du Congo par le biais de l'éducation, de l'énergie, de la santé et d'autres services sociaux : <https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview#:~:text=La RDC figure parmi les,2,15 dollars par jour.>, consulté le 15 mars 2025

conformes aux normes de protection civile (Pain, 1984, Shomba Kenyamba et al ;2015) »⁷⁵. En ce sens, le revenu annuel d'un ménage constitue un indicateur déterminant l'incidence de la pauvreté. *L'international Journal of innovation and Applied Studies*: « le revenu annuel du ménage influence la vulnérabilité économique du ménage (P=0000) au seuil de de 95%. Les ménages ayant un revenu annuel de moins de 370\$ ont environ 7 fois le risque d'être vulnérable économiquement vis-à-vis du paludisme que ceux ayant un revenu annuel de plus de 370\$...et souligne que « plus les ménages sont pauvres plus ils sont vulnérables aux dépenses d'hospitalisations et la santé rend le ménage encore plus pauvre ⁷⁶». Ces constats s'appliquent parfaitement à la situation de Kinshasa, classant sa population dans la catégorie des ménages à très haute vulnérabilité économique et sanitaire.

2.2.7 L'accessibilité

L'accessibilité aux traitements antipaludique constitue un enjeu vital pour les populations les plus précarisées à Kinshasa. L'augmentation démographique rapide, combinée aux inondations récurrentes qui affectent la ville depuis plusieurs années, engendre une dégradation accélérée de l'environnement urbain, notamment par la formation de ravins d'érosion. Ces ravins représentent un facteur non négligeable de limitation de la mobilité, piégeant les populations dans des zones enclavées et difficilement accessibles. A ce titre un ouvrage récent évoque explicitement les obstacles rencontrés dans l'accès aux traitements antipaludiques, en soulignant que « entre 1970 et 2010 le nombre de ravins a plus que doublé passant de 140 à plus de 300...Cette augmentation a eu des retombées socio-économiques catastrophiques, notamment l'enclavement de certains quartiers, la destruction des routes, des habitations et des infrastructures y compris des établissements pharmaceutiques...Les populations à faibles revenus sont les plus affectées par l'accès limité aux antipaludiques à cause des ravins...Elles habitent des quartiers spontanés sur des terrains sensibles à l'érosion ravinante et ce nonobstant l'interdiction d'urbanisation de ces zones par les plans d'aménagements»⁷⁷. Ainsi,

⁷⁵ Ibidem 71

⁷⁶ NKEMBA B., MULENDA B., MALENGERA K., CISHIBANI M., MASHIMANGO B. (2014). Vulnérabilité économique des ménages au cours d'une épisode du paludisme dans la zone santé de Miti-Murhesa, République Démocratique du Congo. *International Journal of innovation and Applied Studies*, 8 (3), 912-919

⁷⁷ MAVUNG L.D.J., DJANG E.M.R., HUBERT P., FREDERICH M., BAUDOUIN M., GRETRY L. et al. (2020). Les déterminants de l'accès à des médicaments antipaludiques de qualité en territoire péri-urbains Africains : Résultats d'une enquête menée à Kinshasa (Congo). *Journal. Journal d'épidémiologie et de santé publique*. 21, 85-100

l'accessibilité géographique aux soins devient une variable déterminante dans l'exposition au risque palustre, aggravée par la marginalisation socio-spatiale des plus démunis.

2.2.8 L'habitat

Sur le plan environnement, l'insalubrité croissante de la ville de Kinshasa demeure aujourd'hui l'un des enjeux sanitaires majeurs en RDC, suscitant de vives préoccupations parmi les autorités de santé publique. Ce contexte de dégradation environnementale constitue un terrain propice à la prolifération des gîtes larvaires responsables de la transmission du paludisme. En effet, les « dépôts d'immondices entassées dans l'habitat humain, la défécation à l'air, la stagnation des eaux usées avec comme corollaire la multiplication des gîtes larvaires qui sont des lieux de prédilection pour l'éclosion des moustiques impliqués dans la transmission de nombreuses maladies malaria, fièvre jaune...) »⁷⁸.

Par ailleurs, une étude menée en 2024 à Kinshasa⁷⁹ par une équipe de chercheurs a mis en lumière une problématique supplémentaire liée à l'inadéquation des structures d'habitation. **(Figure 11)** Les populations interrogées expriment des difficultés quant à l'aménagement des logements, qui se révèlent inadaptés à une installation efficace des MII. Cette inadéquation est principalement due à la vétusté des habitations dans les quartiers précarisés, à un manque de connaissances sur les modalités d'installation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, ainsi qu'à une sensibilisation insuffisante au sein des ménages, compromettant alors les efforts de prévention.



Figure 11

⁷⁸ MOTEMA J.I., MAKOLO M.L., KIATA M.L.G. Études africaines : Déchets et hygiènes en République démocratique du Congo. Éd. Paris. l'Harmattan, 2023. 160P.

⁷⁹ NTIKALA E LKUMA C., NGOY KANKOLON A., NUNENGE M.(2024). Connaissances, attitudes et pratiques de la population face à l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide dans la commune de Ngaba à Kinshasa, RD-Congo. Global Scientific Journals, 12(12), 7.

A travers ses huit paragraphes précédents, il ressort que, au-delà des divers facteurs de risques environnementaux, climatiques, économiques et sociaux évoqués, les comportements humains jouent également un rôle majeur dans la prolifération des moustiques vecteurs du paludisme à Kinshasa. En effet, l'accumulation massive de déchets ménagers dans de nombreux quartiers de la ville (**Figure 12**), en l'absence d'un système efficace de gestion des ordures, favorisent la formation de gîtes larvaires. Cette situation résulte en grande partie d'un déficit de prise en charge institutionnelle, les autorités sanitaires se trouvent probablement limitées par un manque de ressources financières, compte tenu de l'ampleur des immondices à traiter.



Décharge sauvage à Kinshasa. @MDMM 2019

Figure 12

Deuxième partie : Les moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)

Les moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) constituent l'une des avancées les plus récentes issues de la recherche scientifique dans le domaine de la lutte contre le paludisme. Recommandées par l'OMS, ces dispositifs constituent un moyen de prévention individuelle, notamment pour les voyageurs, et collectif, principalement dans le cadre familial, afin de limiter la morbidité consécutive à cette pathologie. Par ailleurs, les moustiquaires jouent un rôle prépondérant en tant que moyen de protection mécanique, simple mais d'une redoutable efficacité, en réduisant considérablement les contacts entre l'homme et le vecteur, surtout durant les heures nocturnes. Toutefois, leur efficacité demeure conditionnée à une utilisation adéquate, c'est-à-dire lorsque les conditions sont bien réunies pour une utilisation parfaite, c'est-à-dire « sur un lit ».

2.3 Typologie et effets secondaires

L'association du terme « moustiquaire »⁸⁰ à celui d'« insecticide » apparaît pour la première fois au 20^{ème} siècle. Néanmoins, l'usage de dispositifs similaires remonte à la haute Antiquité. En effet, les Égyptiens de l'époque pharaonique utilisaient déjà des formes rudimentaires de moustiquaires dans le cadre du traitement des maladies parasitaires, ayant établi une corrélation étroite entre l'augmentation des épidémies fébriles et l'intensification des saisons pluvieuses, lesquelles favorisent la prolifération des moustiques.

C'est dans cette dynamique que, dès les années 1930, les premières moustiquaires imprégnées furent testées en laboratoires, notamment au sein de « cases expérimentales », puis utilisée par les combattants allemands et américains durant la guerre du Pacifique jusqu'à la fin de la 2^{ème} Guerre mondiale.

Pourtant, leur usage connut des résultats mitigés en raison de la toxicité élevée des produits employés à l'époque pour les mammifères, ainsi que des coûts de production prohibitive, rendant leur accessibilité difficile à long terme. Ces limites n'ont toutefois pas découragé les chercheurs, qui ont poursuivi leurs travaux en vue d'identifier un insecticide à la fois efficace, écologiquement viable et faiblement toxique pour l'homme.

Cette quête s'inscrit dans une approche de promotion de la santé et de renforcement des soins de santé primaire, visant à proposer des solutions abordables pour les populations les plus vulnérables. Principalement celles affectées par le paludisme. Le matériau a ainsi connu plusieurs phases évolutives, jusqu'à atteindre un niveau optimal d'efficacité, tout en réduisant significativement son impact sur les écosystèmes humains et terrestres.

Le premier insecticide de référence fut le DDT (dichlorodiphényltrichloroéthane), découvert en 1939 par le chimiste suisse Paul Hermann Muller. Classé parmi les pesticides de première génération à large spectre. Il a été largement utilisé entre 1940-1970 principalement en pulvérisation domiciliaire dans le cadre de la lutte antipaludique en Afrique. Néanmoins, des effets indésirables sur l'écosystème, surtout en raison de la « liposolubilité importante » et de sa persistance dans l'environnement, ont rapidement été mise en évidence. Chez l'humain, les symptômes observés dans les 20 à 24h suivant l'exposition comprennent : céphalées,

⁸⁰ Ibidem 1

étourdissements, angoisse, nausées, malaise généralisé, larmoiement, troubles de la vision, hypersalivation, sueurs, toux, vomissements, fréquentes défécation et mictions, ralentissements ou irrégularités du rythme cardiaque, convulsions, difficultés respiratoires, spasmes et faiblesse musculaire⁸¹. Bien que rarement mortels, ces effets ont conduit, l’OMS a recommandé une surveillance rigoureuse en cas d’utilisation.

En second lieu les composés organophosphorés ont été introduits. Leur spécificité réside dans leur capacité à éliminer les insectes de manière quasi-immédiate. Bien que leurs effets indésirables soient relativement similaires à ceux des organochlorés, ils présentent toutefois, une toxicité aiguë moindre pour les humains et les vertébrés à sang chaud. Cependant, leur usage demeure limité par « une faible rémanence » et une « liposolubilité élevée », ce qui restreint leur persistance dans l’environnement.

Les carbamates forment une classe de substances chimiques élaborées à partir de trois composés principaux : insecticides, herbicides et fongicides. Leur mode d’action, similaire à celui des organophosphorés, engendre des effets indésirables principalement par contact cutané. Ces effets, peuvent aller d’une simple irritation des muqueuses à une sensibilisation cutanée marquée, ce qui constitue une limite importante à leur utilisation généralisée, en raison des conséquences néfastes potentielles sur l’écosystème.

En revanche, **Les pyréthrinoïdes de synthèse** ainsi que **les pyréthrines**, qualifiés d’« **insecticides de 3^{ème} génération** », découvert en 1974, se présentent comme des alternatives plus avantageuses. Ils ont progressivement remplacé les trois classes précédentes, en raison de leur efficacité élevée à des doses modérées, ainsi que de leur toxicité relativement faible pour l’environnement naturel et humain. Ces composés sont obtenus par extraction végétale, notamment à partir de six « esters extraits par le pyrèthre ou par les fleurs du chrysanthème », rendant leur biodégradation rapide. Malgré leur faible toxicité, certaines études ont cependant révélé que leur utilisation prolongée peut induire des réactions allergiques cutanées. De plus, leur impact sur les milieux aquatiques reste préoccupant, puisqu’ils peuvent y exercer une toxicité non négligeable. En dépit de ces réserves, les pyréthrinoïdes demeurent à ce jour les insecticides les plus recommandés par l’OMS, surtout dans les régions d’endémie palustre telles que l’Afrique subsaharienne. Leur usage est préconisé en synergie avec les traitements médicamenteux antipaludique comme la chloroquine, en vue d’assurer une efficacité thérapeutique optimale.

⁸¹ O’MALLEY G.F., O’MALLEY R. 2022. Intoxication par les insecticides.
<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/lésions-et-intoxications/intoxication/intoxication-par-les-insecticides>, consulté le 18/4/2025

Enfin, une autre classe d'agents entomopathogène, **Les perturbateurs endocriniens**, se distinguent par une action ciblée sur les larves d'Anophèles, notamment en provoquant leur paralysie au stade de nymphose. Si leur efficacité a été scientifiquement démontrée lors des essais cliniques en laboratoires, leur application sur le terrain suscite encore des interrogations. En effet, comme le soulignent plusieurs études, « la mort des moustiques est lente à se manifester », ce qui rend leur évaluation opérationnelle plus complexe et nécessite des investigations complémentaires avant une généralisation à grande échelle.

Les insecticides d'origines bactérienne, présentent des caractéristiques proches de celles des perturbateurs endocriniens, dans la mesure où ils agissent en tant que « bio-larvicides » ciblant les Anophèles, principaux vecteurs du paludisme. Leur mécanisme d'action repose sur l'élimination rapide des larves, qu'ils parviennent à neutraliser en quelques secondes, y compris dans les cas où celles-ci manifestent une résistance aux insecticides conventionnels. L'un des principaux atouts de cette catégorie d'insecticide réside dans leur innocuité pour la faune non ciblée, notamment les êtres humains, ce qui en fait une alternative écologique de choix dans les stratégies de lutte intégrée contre le paludisme. Cependant, leur emploi présente certaines limitations sur le plan opérationnel. En effet, pour garantir une efficacité optimale, ces « bio-larvicides » doivent être associés à d'autres types d'insecticides, « nécessitent un traitement régulier des gîtes larvaires ce qui pose un problème opérationnel »⁸².

2.3.1 Intérêt scientifique pour le paludisme

L'efficacité des moustiquaires dans la lutte contre les vecteurs du paludisme a été scientifiquement démontrée, notamment dans les zones à forte endémicité. Leur pertinence repose sur une double action préventive : d'une part à l'échelle individuelle, elles offrent une protection efficace contre les piqûres de moustiques, particulièrement dans les contextes de mobilité constante (voyageurs, populations déplacées en zones de conflits) ; d'autre part, sur le plan communautaire, elles contribuent à la réduction significative du nombre de piqûres chez les individus non protégés, en diminuant la densité vectorielle par l'action létale de l'insecticide. C'est en 1983 au Burkina Faso que Pierre Carnevale chercheur de l'ORSTOM (aujourd'hui IRD), et son équipe ont démontré, de manière empirique, l'efficacité de l'association moustiquaire-insecticide. Leur étude, menée dans les conditions naturelles de la ville de Bobo-Dioulasso, à l'aide de « cases expérimentales », a révélé une réduction notable de l'incidence de la morbidité liée aux piqûres d'Anophèles, ainsi qu'une diminution corrélative de la mortalité.

⁸² DUVALLET G., FONTENELLE D., ROBERT V. Entomologie médicale et vétérinaire. IRD Ed. Marseille (Versailles), 2018. 690P.

Fort de ses résultats probants, cette approche intégrée a été consacrée en 1984 et les résultats ont été décrits lors du Congrès de CALGARY au Canada, où l'association moustiquaire/insecticide a été reconnue comme l'un des outils les plus prometteurs dans la lutte antipaludique. Ce consensus s'appuyait sur les données issues de multiples études entomologiques, épidémiologiques et sociologiques, soulevant l'adéquation de cette stratégie aux réalités sanitaires et sociales. L'intérêt pour cet outil, tant à l'échelle individuelle que collective, ne cesse de croître, en raison de sa capacité à offrir une protection physique, sonore et chimique contre les vecteurs du paludisme.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, la prévention fondée sur l'usage des MII constitue un levier stratégique de première importance, notamment pour les populations exposées à un risque élevé d'incidence. Ces dispositifs, permettent de réduire significativement la transmission du parasite, bien que leur efficacité puisse varier selon les moments de l'activité vectorielle, que celle-ci se manifeste en début de soirée, au milieu de la nuit ou à l'aube, ainsi qu'en fonction des saisons climatiques.

Malgré cette variabilité temporelle, les travaux de recherches conduits sur le sujet ont mis en évidence une cohérence des résultats, concluant à une réduction substantielle de la fréquence des accès palustres. En effet, les moustiquaires imprégnées permettent de diminuer d'environ 50% la survenue des épisodes de paludisme, tout en réduisant de près de 20% la mortalité infantile et juvénile. En termes de mortalité évitable, les estimations actuelles suggèrent que, « 370000morts/an dues au paludisme pourraient être évitées en Afrique Subsaharienne si chaque enfant bénéficiait d'une telle protection »⁸³.

Néanmoins, il convient de souligner que les moustiquaires de dernière génération peuvent ne pas offrir une protection optimale lorsque leur intégrité physique est compromise : présence de trous, déchirure ou encore non-recouvrement total du dormeur par le « tulle » durant le sommeil.

Toutefois, la présence de pyréthrinoïdes, qu'ils soient incorporés à la moustiquaire ou utilisés sous forme de pulvérisation intra domiciliaires, conserve son effet toxique et répulsif notable vis-à-vis des insectes, entraînant une réduction estimée à 80% de l'invasion des moustiques à l'intérieur des habitations, et un repoussement de 43% de ces derniers vers l'extérieur. D'un point de vue quantitatif, une étude scientifique a démontré que l'utilisation d'une moustiquaire

⁸³ HOUGARD J-M. (2008). Les moustiquaires imprégnées : Traiter des moustiquaires imprégnées. Pour la science. 366, 1.

imprégnée permettait de diminuer de 36% les piqûres tout en éliminant 37% des moustiques présent dans une pièce contrairement aux moustiquaires non traitées⁸⁴.

Ces résultats ont conduit, l'OMS (2021),⁸⁵ à l'issue de l'assemblée mondiale de la santé tenue en mai 2015, à recommander aux autorités sanitaires des pays endémiques d'intégrer l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticides ainsi que les pulvérisations d'insecticides à effet rémanent en intérieur dans leurs plan stratégique à l'horizon 2016-2030.

Cette directive s'inscrit dans une perspective de promotion et de prévention des soins de santé primaire au bénéfice des populations les plus exposées, via divers canaux : campagnes de sensibilisation, information, éducation ainsi que le suivi d'une évaluation d'usage. Depuis l'introduction de ce matériel, accompagné d'une technique d'utilisation appropriée, l'on observe une baisse significative de l'incidence de la morbidité et de la mortalité palustres.

Néanmoins, en dépit des performances remarquables du matériel, attestées tant par des expérimentations menées en laboratoires que les études de terrain réalisées par les entomologistes médicaux Pierre Guillet et Pierre Carnevale (1983), certaines réticences subsistent quant à l'acceptation des moustiquaires imprégnées. En effet, la prédominance de la couleur blanche, ainsi que la texture de la tulle utilisée pour leur confection sont perçues négativement par certaines populations d'Afrique subsaharienne. Ces dernières, en raison de traditions ou de croyances socio-culturelles, associent ces moustiquaires à des linceuls funéraires, ce qui entrave leur adoption.

Par ailleurs, la mise en œuvre opérationnelle de l'usage des moustiquaires se heurte aux réalités du terrain en Afrique centrale. Ainsi, lors du suivi d'évaluation consécutif à la distribution gratuite des MII, « plusieurs mois ont été nécessaires avant que l'on s'aperçoive qu'un grand nombre de moustiquaires fournies gratuitement aux communautés villageoises étaient détournés par leurs bénéficiaires pour confectionner des robes de mariages »⁸⁶.

Et bien que, l'adhésion à cet outil demeure limitée en raison de représentations socio-culturelles prégnantes dans certaines communautés rurales et urbaines, « les dernières générations de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action, apparaissent donc comme un outil de lutte à la fois efficace contre le paludisme et adapté aux attentes des populations »⁸⁷.

Cependant, selon l'article consulté, après deux décennies d'utilisation des MII en Afrique subsaharienne dans le cadre d'une approche préventive telle que préconisée par l'OMS avec

⁸⁴ Ibidem 83

⁸⁵ OMS. 2021. Programme mondial de lutte contre le paludisme : Malaria vector control, <https://www.who.int/fr/teams/global-malaria-programme/prevention/vector-control>, consulté le 19/04/25

⁸⁶ Ibidem 83

⁸⁷ Ibidem 83

l'appui de la communauté scientifique, « le rapport 2024 de l'OMS est clair : les progrès sont mitigés entre 2000 et 2023. « L'incidence de la maladie a chuté passant de 356 en 2000 à 227 en 2023. Bien que le taux d'incidence ait très peu évolué entre 2019 et 2023, le nombre total de cas a augmenté, conséquence d'une croissance démographique rapide parmi la population exposée au risque de paludisme »⁸⁸.

2.3.2. Stratégie de distribution

En ce qui concerne la lutte contre le paludisme, l'OMS a mis en œuvre diverses stratégies de lutte antipaludique, accompagnée de recommandations spécifiques à l'intention des autorités gouvernementales des pays à fortes endémies palustres afin de fournir des pistes de solutions. Ces recommandations visent à fournir des pistes concrètes susceptibles de permettre à ces régions de réduire significativement l'incidence de la morbidité et de la mortalité liées à certaines pathologies, lesquelles continuent de sévir au sein des populations, engendrant d'importantes souffrances humaines ainsi que des coûts considérables en matière de soins de santé, particulièrement pour les familles vivant dans des conditions précaires.

Dans cette perspective, la stratégie technique 2016-2030 de l'OMS⁸⁹ fixe pour objectif une réduction de 90% de la charge mondiale des cas de paludisme, avec pour ambition l'élimination totale de la maladie à l'horizon 2030. Cette ambition repose sur plusieurs axes majeurs : un accès aux soins de santé pour les personnes à risques, un renforcement des mesures de prévention, de dépistage et de traitements, et ce, indépendamment des ressources financières disponibles dans chaque pays.

Selon l'OMS, l'initiative « d'une charge élevée à un fort impact » (*high burden to high impact, HBH*) lancée en 2018, a rencontré un accueil favorable. En effet, la stratégie consistant à combiner plusieurs leviers d'actions en adéquation avec les réalités sociales locales a permis de rompre avec « l'approche unique ». Ainsi, la plupart des pays « touchés par le paludisme renoncent progressivement à la stratégie de l'approche unique au profit de combinaisons d'interventions adaptées à chaque contexte sociale ».

Quant à la stratégie opérationnelle 2024-2030, elle conserve les mêmes finalités, mais cible désormais l'écosystème de la maladie. Cette orientation s'explique par l'émergence d'une

⁸⁸ AGENCE D'INFORMATION D'AFRIQUE CENTRALE. 2025. Lutte contre le paludisme : bilan mitigé des moustiquaires imprégnées en Afrique. <https://www.adiac-congo.com/content/lutte-contre-le-paludisme-bilan-mitige-des-moustiquaires-impregnees-en-afrique-162666>, consulté le 23/04/2025

⁸⁹ Ibidem 85

résistance croissante du vecteur aux moustiquaires de dernière génération ainsi qu'aux campagnes de pulvérisation intra-domiciliaires. Malgré, les efforts consentis à l'échelle internationale, l'on observe une augmentation préoccupante de la morbidité et de la mortalité palustres, notamment sur le continent africain.

Pour l'OMS, plusieurs facteurs expliquent les limites rencontrées par les stratégies déployées jusqu'à présent en Afrique : une paralysie économique persistante, un certain immobilisme dans le domaine de la recherche scientifique, les effets du changement climatique, ainsi qu'une croissance démographique plus rapide que la capacité logistique à fournir un nombre suffisant de moustiquaires pour couvrir les besoins de la population, souvent restreinte par les contraintes budgétaires.

Afin d'approfondir la compréhension de la complexité du terrain africain, une analyse synchronique du plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2016-2020 de la République Démocratique du Congo a été menée. Cette analyse visait à identifier les fondements juridico-institutionnelles sur lesquels reposent les plans d'actions techniques et opérationnels engagés dans la lutte contre cette endémie.

L'objectif d'éliminer cette infection, qui demeure dévastatrice en Afrique tropicale, avait été réaffirmée lors du sommet d'Abuja en 2013, réunissant les chefs d'états des gouvernement africains.

Ce paragraphe illustre ainsi que, malgré les recommandations stratégiques formulées pour accompagner l'Afrique dans sa lutte contre le paludisme, l'Union Africaine a exhorté les décideurs en matière de politique de santé à mettre en œuvre le plan stratégique mondial horizon 2030 élaboré par l'OMS, en vue d'éradiquer cette infection. C'est dans ce cadre que la RDC avait édité son plan de développement sanitaire, en s'alignant sur les recommandations de l'OMS, tout en mettant l'accent sur l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile »⁹⁰.

A l'issue de cette analyse, il apparait que l'Afrique s'efforce d'appliquer scrupuleusement les directives mondiales édictées par l'OMS dans le but de réduire l'incidence du paludisme. Toutefois, bien que le suivi de ces plans soit assuré, l'infection continue de progresser, affectant tout particulièrement les populations les plus vulnérables. A titre personnel, il me semble que les stratégies adoptées dans chaque pays africain mériteraient d'être davantage individualisées et réajustées afin d'épouser plus fidèlement les réalités vécues sur le terrain. Il conviendrait de

⁹⁰ Ibidem 86

prendre en considération les spécificités socio-culturelles, environnementales et économiques de chaque contexte, qu'il soit urbain ou local.

2.3.2.1 Système de gouvernance

En République Démocratique du Congo (RDC), l'ensemble des décideurs relatifs à la gestion des épidémies palustres est en partie financée par les autorités gouvernementales notamment par l'intermédiaire du ministère de la santé. Celui-ci œuvre à le PNLP, en partenariat avec plusieurs organismes internationaux qui apportent non seulement un appui financier mais également un accompagnement technique dans l'élaboration des plans d'action visant à éradiquer cette maladie d'envergure mondiale.

En dépit des innovations récentes, telles que les moustiquaires de troisième génération, réputées pour leur double action, préventive et thérapeutique, le paludisme continue de se propager massivement, touchant en priorité les populations les plus vulnérables.

Divers partenaires internationaux participent activement à cette gouvernance sanitaire en RDC, notamment la banque mondiale ; le fonds monétaire international (FMI) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), entre autres.

2.3.2.1.1 Politique publique

Le paludisme demeure à ce jour l'une des principales causes de consultation, d'hospitalisation et de décès dans la population Congolaise. Bien que le PNLP ait reconnu, pour la période (2020-2023),⁹¹ des avancées notables sur le plan statistique, notamment une baisse significative de la mortalité infantile chez les moins de cinq ans, cette pathologie continue de représenter un véritable fardeau socio-économique. Les familles, en particulier, celles vivant dans des conditions de grande précarité, en subissent les conséquences au quotidien.

Afin d'atteindre l'objectif ambitieux de « zéro paludisme » dans un horizon de cinq ans, le gouvernement de la RDC, à travers son plan stratégique National de lutte contre le paludisme 2020-2023, a maintenu les actions fondamentales de prévention reposant sur l'utilisation des MILD, en synergie avec les traitements thérapeutiques antipaludiques. Le plan stratégique mis en œuvre depuis 2015 fait l'objet d'adaptation progressive afin de s'aligner sur le modèle général établi par l'OMS, qui accompagne les pays où l'incidence palustre demeure élevée malgré les efforts soutenus.

⁹¹ PNLP. 2024. République Démocratique du Congo : Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2020-2023.<https://scorecardhub.org/wp-content/uploads/2021/06/drc-plan-strategique-jules-corrige.pdf> , consulté le 22/04/2025

Les enjeux spécifiques du PNLP 2020-2023 diffèrent en partie de ceux définis entre 2016-2020. Ils mettent en avant une plus inclusive et particulièrement, centrée sur la responsabilisation communautaire. Il s'agit notamment de rendre le MILD plus disponible au sein des districts de santé, d'en garantir l'utilisation effective par les populations, de former les agents de distribution ainsi que les communautés, et de développer des activités communautaires adaptées aux besoins et priorités locales.

Malgré les efforts considérables déployés depuis l'introduction du MILD, plusieurs insuffisances structurelles et opérationnelles ont été observées entre 2016 et 2023. Parmi celles-ci : l'exode rural massif vers zones urbaines, l'accroissement de la population, les difficultés d'accessibilité dans certaines régions, comme à Kinshasa où, en 2016, de nombreuses familles ont déclaré ne pas avoir reçu de moustiquaire en raison du non-passage des équipes de distribution. Ce constat s'accompagne d'une inadéquation dans la mise en œuvre des missions, ainsi que d'un manque de suivi des agents de relais communautaires, comme en témoigne cette déclaration : *« je regrette parce que je n'ai pas reçu ces moustiquaires alors que celle que j'ai ont déjà dépassé le délai et ne sont plus efficaces...c'est pourquoi je n'ai jamais reçu gratuitement des moustiquaires imprégnées d'insecticides, j'ai toujours acheté les moustiquaires...s'il y a des ménages qui ne sont pas répertoriés, c'est parce que les relais communautaires font mal leur travail. Et au niveau de leur responsable il n'y a pas de suivi. C'est pourquoi il y a des familles entières qui ne sont pas répertoriées. Il faut du sérieux dans le travail »*⁹².

L'indisponibilité récurrente du matériel dans les structures de santé, combinée à des besoins croissants de la population, reste une contrainte majeure. Selon les données de l'institut national de statistique (INS) et l'école de santé publique de l'université de Kinshasa (UNIKIN) 2024, le taux de possession des moustiquaires pour la période 2023-2024 s'élève à 69%, marquant une diminution d'un pourcent par rapport à l'enquête de 2013-2014. Par ailleurs, l'utilisation effective des moustiquaires par la population, la mobilisation des ressources et le suivi-évaluation des interventions posent toujours des problèmes.

C'est dans ce contexte que le PNLP s'inscrit désormais dans l'approche « *high Burden to high impact* » (HBHI) ou « d'une charge élevée à un fort impact »⁹³. Dans une perspective de pérennisation des résultats, plusieurs interventions majeures ont été mises en œuvre,

⁹² NZUZI A. 2016. Agence d'information de l'Afrique centrale. Distribution des moustiquaires à Kinshasa : des ménages non répertoriés réclament, <https://www.adiac-congo.com/content/distribution-des-moustiquaires-kinshasa-des-menages-non-repertories-reclament-57691>, consulté le 23 mars 2025

⁹³ Ibidem 91

notamment : des campagne de distribution massive et gratuite de MILD dès janvier 2024 puis en 2025 ; des actions de pulvérisation intra-domiciliaire; des initiatives d'assainissement de l'environnement domestique ; une prise en charge curative par chimioprophylaxie préventive ciblant prioritairement les groupes les vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans) ; un contrôle renforcé des épidémies ; une gestion rigoureuse des programmes de distribution, et une sensibilisation accrue de la population sur le paludisme.

Face aux difficultés opérationnelles liées à la couverture complète des populations bénéficiaires et dans une option de renforcement de l'efficacité tant sanitaire qu'économique, le ministère de la santé envisage, à moyen terme, deux axes d'actions prioritaires. D'une part, il s'agit de rendre les MII directement disponibles et accessibles en favorisant la mise en place d'une usine locale de fabrication de moustiquaires innovantes, car « la création de filière de production de moustiquaires en RDC permettrait non seulement une lutte plus efficace contre le paludisme, mais aussi garantir une certaine indépendance sanitaire étant donné qu'actuellement toutes les moustiquaires sont importées. En outre, cela favoriserait le développement d'un savoir-faire local et l'émergence d'industries connexes notamment dans le textile ou la gestion des plastiques »⁹⁴.

D'autres part, cette stratégie est complétée par un volet thérapeutique ambitieux, notamment l'introduction du programme de vaccination antipaludique **R21/MATRIX-M**, lancé en octobre 2024 en partenariat avec l'OMS et L'UNICEF. A ce jour, selon les statistiques du PNLP, la RDC dénombre 2765772 cas de paludisme ayant entraîné 24344 décès⁹⁵. Sur le plan politique, le Dr Jacob Mukala, directeur de cabinet du ministère provincial de la santé, affirme que la campagne de distribution gratuite des MII en 2024 vise une large couverture des ménages à Kinshasa et représente « l'un des meilleurs moyens de protection contre le paludisme, encore appelée « malaria », car il prévient efficacement de la contamination et agit également comme moyen thérapeutique ». Il conclut en affirmant que : « aujourd'hui la prévention doit primer partout pour empêcher l'infection par le vecteur palustre à Kinshasa et partout dans la RDC ».

2.3.2.1.2 Financement du matériel

Les ressources financières allouées par les partenaires techniques et financiers internationaux notamment l'OMS, l'UNICEF, la banque africaine au développement en RDC, la World

⁹⁴ GUKA G. 2025. RDC-lutte contre le paludisme : une usine de moustiquaires imprégnées bientôt construite, <https://actualite.cd/2025/04/06/rdc-lutte-contre-le-paludisme-une-usine-de-moustiquaires-impregnees-bientot-construite>, consulté le 23/04/2025

⁹⁵ Ibidem 93

Banque entre autres, s'avèrent indispensables pour compléter le financement annuel consacré par le gouvernement de la République Démocratique du Congo à la lutte contre le paludisme. Cette pathologie demeure en effet une problématique majeure de santé publique au sein du pays. Comme l'affirme Kuwekita Manzambi. J. (2014), professeur ordinaire à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, « le paludisme absorbe à lui seul 71% des dépenses ambulatoires : d'où la nécessité de renforcer les mesures préventives, le traitement et l'assainissement du milieu »⁹⁶.

En ce qui concerne les autorités sanitaires et les décideurs politiques, plusieurs obstacles persistent dans la gestion efficiente des fonds destinés aux structures hospitalières. Ces difficultés compromettent notamment le soutien financier aux ménages, lesquels se trouvent contraints d'assurer seuls les charges économiques liées à la prise en charge du paludisme grave⁹⁷.

Par ailleurs, ce slogan (**Figure 13**) constitue une illustration révélatrice des entraves rencontrées par les autorités dans la gouvernance des financements alloués aux soins de santé. Il reflète en outre les phénomènes de malversations et de détournements de fonds publics initialement prévus pour appuyer les initiatives de lutte antipaludique.

Néanmoins, en dépit de ces entraves, diverses stratégies ont été mises en œuvre depuis 2015 par le PNLP, en partenariat avec des organisations non-gouvernementales telles que le CARITAS Congo. Selon cette source⁹⁸, la Banque mondiale jouerait un rôle central dans le financement des actions de lutte contre le paludisme, notamment par la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée (MILD) dans plusieurs provinces de la RDC. Ces initiatives visent à renforcer les efforts de prévention, dans un contexte où le paludisme constitue un frein majeur au développement social et économique du pays.

⁹⁶ KUWEKITA M.J. (2014). Comment alléger la charge des ménages dans le financement de la santé dans les pays du sud : Résultats des CNS en RD Congo. Université catholique de Kinshasa, 38.

⁹⁷ ILUNGA I. F., LEVEQUE F., DRAMAUX M.(2015). Financement de la prise en charge du paludisme grave de l'enfant par les ménages à Kinshasa, République Démocratique du Congo. Santé publique, 27(6), 863-869.

⁹⁸ WORLD BANK. 2010. Don de 80 millions de dollars de la Banque mondiale pour le projet d'appui à la rénovation de la santé (République Démocratique du Congo). <https://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2010/12/20/world-bank-grant-of-us-80-million-for-health-sector-rehabilitation-support-project-democratic-republic-of-congo>, consulté le 22/04/2025



Figure 13

2.3.2.1.3 Gestion du matériel

Comme le soulignent les sections 2.3.2.1.1 et 2.3.2.1.2, l'analyse du management opérationnel et organisationnel relatif à la distribution et à l'utilisation des moustiquaires imprégnées met en évidence de nombreuses difficultés rencontrées par les politiques de santé publique. Ces difficultés relèvent non seulement de dimensions sociales, environnementales et économiques, mais concerneraient également la gestion humaine du matériel au niveau communautaire. En effet, les bénéficiaires manifestent fréquemment des comportements d'usage détourné, influencés par des croyances sociales concernant l'utilité des moustiquaires.

Plutôt que de les utiliser à des fins préventives contre le paludisme, ces moustiquaires sont parfois réaffectées à des usagers domestiques alternatifs, notamment pour le renforcement des structures domiciliaires. Il a aussi été observé qu'elles servent à la protection des barrières de clôture dans le but d'éviter leur effondrement lors d'inondations massives (**Figure 14**).



Figure 14

Dans la construction des maisons, parcelles de jardins, filet de pêche dans la pisciculture, filet de poteau dans les aires de jeux de football des enfant ou filet de pêche dans les rivières⁹⁹. (Figure 15)



Figure 15

Au-delà des usagers inappropriés observés quant à l'utilisation du matériel de prévention, tant en milieu rural qu'urbain, se pose également la question cruciale de l'éducation sanitaire des mères de famille. En effet, une faible littératie en santé persiste au sein de nombreux ménages, limitant la compréhension de l'importance d'une utilisation précoce des moustiquaires imprégnées pour la protection des nourrissons contre les piqûres d'Anophèles. Cette problématique est particulièrement marquée dans les zones de forte endémicité palustre, où résident les populations les plus vulnérables, qu'elles soient rurales ou urbaines¹⁰⁰.

2.3.2.1.3.1 Suivi de contrôle

Selon une étude publiée en 2016 par le *Pan African Medical Journal*, le paludisme demeure un véritable défi pour les autorités de santé publique en matière de contrôle et de prévention, et ce malgré la mise en œuvre, depuis 2015, de divers plans d'actions visant à sensibiliser les familles, surtout celles ayant des enfants de moins de cinq ans, à l'usage fréquent des MILD/MILDA comme moyen de réduction des infections palustres.

⁹⁹ CARITASDEV. 2024. Projet de suivi indépendant de la campagne de distribution gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticide : des agents de suivi et superviseurs recrutés et formés par Caritas Congo. <https://caritasdev.cd/actualites/projet-de-suivi-independant-de-la-campagne-de-distribution-gratuite-des-moustiquaires-impregnees-dinsecticide-des-agents-de-suivi-et-superviseurs-recrutes-et-formes-par-caritas-congo>, consulté le 23/04/2025

¹⁰⁰ Ibidem 99

Toutefois, des disparités importantes persistent entre, d'une part, l'acquisition des moustiquaires, que ce soit par le biais de campagnes de distribution gratuite dans certains districts sanitaires ou par circuits privés et, d'autres part, leur utilisation effective et l'adhésion des populations à ce matériel de prévention. En effet, l'article précité souligne que, « des facteurs de faible motivation de la communauté à dormir sous la MILD peuvent expliquer la prévalence de cette maladie, aussi la prévention individuelle avec le MILD ne suffit pas pour réduire la prévalence de la malaria dans les régions de haute endémicité¹⁰¹.

Dans cette optique, pour les ménages ayant reçu des MII à Kinshasa en janvier 2024, ainsi que dans d'autres régions du pays, un suivi post-distribution est prévu un an plus tard, et fait actuellement l'objet d'une évaluation. A cet égard, c'est l'asbl CARITAS Congo¹⁰², organisation non gouvernementale impliquée dans la campagne de janvier 2024 qui s'est réunie le 15 juillet 2024 afin de réfléchir à un projet de renforcement du suivi. Ce dernier vise à recruter et à former des agents communautaires chargés de l'évaluation de l'usage du matériel au sein des familles bénéficiaires.

Ces éléments permettent de constater que de nombreux obstacles persistent dans la mise en pratique de l'utilisation des moustiquaires. Il serait dès lors pertinent d'analyser en profondeur les canaux de communication et de formation mobilisés par les politiques de santé pour améliorer l'information, la sensibilisation et la formation des agents de santé au niveau des districts. De plus, une attention particulière devrait être portée au suivi-évaluation auprès des populations cibles afin de renforcer l'acceptation, l'adhésion et, in fine, l'utilisation effective et durable de ce dispositif de prévention.

a) Moyens d'informations

Selon cette source, divers moyens de communication sont mobilisés pour sensibiliser les populations aux avantages liés à l'utilisation des MILD. Parmi ces moyens figurent notamment les campagnes communautaires de santé publique et l'utilisation des médias locaux. A titre illustratif, lors des campagnes de distribution menées par les agents sanitaires, l'asbl SANRU diffuse un message explicite à l'attention des ménages bénéficiaires : « *lorsque vous recevez votre moustiquaire, installez-la correctement, mettez la 24h à l'ombre avant de pouvoir*

¹⁰¹ CILUNDIKA. M.P., NYOTA N.O., LUBOYA N.O. (2016). Problématique de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée (MILD) chez les enfants de moins de 5 ans en République démocratique du Congo. Pan African Medical Journal, 8.

¹⁰² CARITASDEV. (2024). Projet de suivi indépendant de la campagne gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticides : des agents de suivi et superviseurs recrutés et formés par caritas Congo. <https://caritasdev.cd/actualites/projet-de-suivi-independant-de-la-campagne-de-distribution-gratuite-des-moustiquaires-impregnees-dinsecticide-des-agent-de-suivi-et-superviseurs-recrutes-et-formes-par-caritas-congo>, consulté le 23/04/2025

l'utiliser, parce que c'est un moyen de prévention pour nos familles. Mais aussi cette moustiquaire ainsi que les médicaments de lutte contre le paludisme sont données gratuitement. C'est aussi notre devoir à nous, en tant que communauté de pouvoir les protéger et de lutter et dénoncer la vente de tout ce que nous donnons gratuitement dans la communauté »¹⁰³.

Outre ces initiatives communautaires, il ressort que les explications relatives à l'usage correct du matériel préventif sont majoritairement dispensées par des professionnels de santé. Ces derniers interviennent notamment dans les structures de soins de santé primaires, les districts sanitaires ainsi que dans les établissements hospitaliers, à l'occasion des consultations liées au paludisme. Ce canal institutionnel permet de renforcer la transmission d'informations fiables, en particulier dans les zones à forte prévalence palustre.

b) Promotion de la santé

Dans cette optique, afin de renforcer l'adhésion des populations à l'usage des moustiquaires, le PNLP en RDC a entrepris la diffusion d'affiches pédagogiques abordant le logo d'un moustique (**Annexe 4**), dans le but de sensibiliser d'avantage les familles à l'efficacité de cet outil de protection. Cette initiative vise également à promouvoir les bonnes pratiques relatives à l'utilisation des moustiquaires auprès des adultes. Par ailleurs, les autorités congolaises ont introduit un volet éducatif à destination des enfants scolarisés dans les établissements primaires de Kinshasa. Cette stratégie vise à impliquer les jeunes générations dans la compréhension et l'utilisation adéquate des MII, en les positionnant comme relais éducatifs auprès de leurs parents¹⁰⁴.

En RDC, la stratégie adoptée repose principalement sur la distribution massive et gratuite des MII, dans le cadre des campagnes nationales de lutte contre le paludisme. Pour atteindre des résultats tangibles en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité palustre, cette approche nécessite toutefois une implication communautaire soutenue et une volonté politique forte. Les responsables de la santé publique doivent ainsi veiller à plusieurs paramètres pour assurer la pérennité et l'efficacité des interventions : la disponibilité des équipements appropriés (moustiquaires et insecticides), une collaboration intersectorielle à tous les niveaux, des opérateurs de santé correctement formés, de l'échelon central au niveau le plus spécifique, des

¹⁰³ SANRU. 2023. Kinshasa santé: Signature d'un acte d'engagement pour la campagne de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides par SANRU asbl. <https://7sur7.cd/2023/12/28/kinshasa-sante-signature-dun-acte-dengagement-pour-la-campagne-de-distribution-des>, consulté le 23/04/2025

¹⁰⁴ Ibidem 103

messages éducatifs. Et « l'évaluation de l'impact de la lutte doit porter sur 2 critères épidémiologiques : réduction de la morbidité et de la mortalité attribuable au paludisme »¹⁰⁵.

Cependant, en dépit de la mise en œuvre de cette stratégie depuis plusieurs années dans les pays d'Afrique tropicale, y compris la RDC, les taux d'incidences et d'épidémies palustres demeurent élevés, notamment au sein des populations les plus démunies. Outre les déterminants socio-économiques et culturels déjà discutés précédemment, ce phénomène peut également être attribué à un déficit d'information, voire à une pauvreté intellectuelle chez certains parents concernant la nature de la maladie et l'utilité des MII comme outil de prévention. De nombreux foyers, particulièrement ceux avec des nourrissons vivant dans les zones de haute endémicité palustre, ne disposent toujours de moustiquaires et, par conséquent, « ces enfants ne dorment pas sous une moustiquaire. Leurs mères sont agricultrices et sans niveau d'instructions ou de niveau primaire¹⁰⁶.

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de cette politique publique sont illustrées par les résultats d'enquêtes menées en 2020, dont les constats rejoignent ceux d'une étude réalisée en 1991 à Kinshasa¹⁰⁷. Ces études révèlent qu'une part importante des familles continue d'ignorer les bénéfices liés à l'utilisation des MII. L'acceptabilité sociale de cet outil demeure limitée, comme en témoignent les nombreuses réticences exprimées : sensation d'étouffements, mauvaise compréhension de l'utilisation, sensibilisation communautaire insuffisante, habitudes de sommeil incompatible avec l'usage de moustiquaires, absence ou faiblesse des démonstrations pratiques lors des phases de distribution, méconnaissance de la composition insecticide des moustiquaires, craintes d'intoxication ainsi que l'absence de savoir-faire pour réparer le matériel en cas de détérioration (par exemple, lorsqu'il est déchiré)¹⁰⁸.

c) Formation des agents

La formation continue des agents de santé constitue un levier fondamental pour améliorer la qualité des soins et assurer une transmission efficace des savoir-faire pratiques, notamment en

¹⁰⁵ CAVERNALE P. (1955). La lutte antivectorielle, perspectives et réalités. Médecine tropicale, 55, 56-65

¹⁰⁶ NGOMENZEY M.C., BOUBA D.F., EKAMBI E. (2021). Déterminants Individuels Et Contextuels Du Paludisme chez les Enfants De 6-59 Mois En République Démocratique Du Congo. European Scientific Journal(ESJ), 17(7), 94-119

¹⁰⁷ ZANDU A., MALENGREAU M., WERY M. (1991). Pratiques et dépenses pour la protection contre les moustiques dans les ménages à Kinshasa, Zaïre. Société Belge de Médecine tropicale, 71, 259-256

¹⁰⁸ ILUNGA J.K., ILUNGA N., KABWIKA M.A., KABUNDJI S.M., BONDLO L.T., KBAMBA B.C., MWADI P.M. (2020). Connaissance, attitude et pratiques des habitants des quartiers Kisunka, Tshatshi et Joli site de Likasi face à la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée. Revue de l'infirmier Congolais (RIC), 30.

matière d'utilisation des MII. Elle représente le moyen le plus le moyen le plus efficace pour renforcer les compétences des prestataires et garantir une application conforme des recommandations auprès des bénéficiaires. C'est dans cette optique que l'OMS, dans ses lignes directrices de 2021, incite fortement les états d'Afrique sub-saharienne à favoriser l'accès des agents de santé, en particulier ceux exerçant dans les zones rurales et enclavées à des programmes de formation continue.

Cependant, des défaillances subsistent quant à la mise en œuvre effective de ces formations sur le terrain. Une étude menée en 2016 dans huit institutions hospitalières de la ville de Kinshasa a mis en évidence des inadéquations notables entre les connaissances des prestataires et les exigences de la politique de sensibilisation communautaire dans les districts de santé accueillant des patients atteints de paludisme. Bien que 98% des soignants interrogés aient déclaré posséder une bonne connaissance du paludisme, l'étude révèle que 23,9% d'entre eux ignorent que le plasmodium est l'agent pathogène responsable de la mortalité liée à la malaria. Par ailleurs, seuls 38,8% étaient capables de citer au moins cinq symptômes ou critères de gravité de la maladie, tels que définies par l'OMS. A noter toutefois que 98% des prestataires recommandaient l'usage des MII, ce qui témoigne d'une volonté manifeste de promouvoir les outils de prévention dans la lutte contre le paludisme¹⁰⁹.

En réponse à ces constats, certains auteurs insistent sur la nécessité d'optimiser des formations non diplômantes dispensées au personnel médical et paramédical, conformément aux recommandations de l'OMS. Ces formations doivent être adaptées aux réalités du terrain, avec pour objectif l'amélioration tangible de la qualité des soins. Cependant, une critique récurrente émerge : la faible transposition des savoirs acquis en pratique effective. Selon l'auteur de cette étude ¹¹⁰, cette défaillance pourrait découler d'« une inadaptation des formations aux réalités africaines ». Toutefois, il met en garde contre une interprétation culturaliste réductrice, qui établirait un fossé entre une supposée « culture occidentale », émettrice de normes médicale, et une « culture africaine » réceptrice. Il souligne à ce titre qu'il serait « peu productif de conclure que cette inadaptation ressortirait à un hiatus entre « culture occidentale » et « culture africaine », notamment en ce qui concerne les formations dispensées par des experts du nord à destination des professionnels du sud. Il rappelle par ailleurs qu'il est « illusoire de penser qu'il

¹⁰⁹ OMS. Lignes directrices de l'OMS pour la production, l'attraction, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales et reculées. Genève (Suisse) : World Health Organization. 2021. 116P.

¹¹⁰ MANDOKO M., MATENDO K., KARHEMERE S., MBONGI D., KUNYU S.B., TSHILOLO L.T., et al. (2016). Connaissances, Attitudes et pratiques des prestataires de soins sur la lutte antipaludique Dans la ville-province de Kinshasa/République Démocratique du Congo. International Journal of Innovation and Applied Studies, Vol.14 (4), 1096-1104.

suffit de dispenser un savoir, une connaissance, pour qu'ils soient ipso facto adoptés et mis en pratique par les destinataires de l'enseignement »¹¹¹.

En complément de ses défis structurels, d'autres limites sont identifiées dans les modalités actuelles de formation. Par exemple, l'organisation non gouvernementale CARITAS Congo¹¹², en charge du suivi post-distribution des MII, forme les enquêteurs et superviseurs locaux pendant une durée très restreinte de trois jours. Or, sachant que ces enquêteurs sont recrutés localement et parfois sans expérience préalable, un tel dispositif soulève la question de la rigueur méthodologique du suivi-évaluation. Il est ainsi légitime de s'interroger sur les risques potentiels de biais dans la collecte et l'analyse des données, notamment en ce qui concerne la vérification de l'usage effectif des MII dans les ménages bénéficiaires. Cette situation pourrait compromettre la fiabilité des résultats et, par conséquent, entraver l'amélioration des politiques de lutte contre le paludisme.

d) Méthode d'évaluation

Dans le cadre de l'évaluation du suivi des pratiques d'utilisation des MII, l'OMS, dans son guide méthodologique destiné aux responsables des programmes nationaux de lutte contre le paludisme, recommande sur un plan théorique, la réalisation d'enquête de diagnostic des bonnes pratiques auprès des bénéficiaires. Cette démarche vise à s'assurer de la maîtrise, par ces derniers, des techniques de traitement domestiques du matériel à l'aide d'un insecticide. Il s'agit notamment de vérifier leur connaissance de la nécessité de retraiter la moustiquaire « après 3 lavages ou au moins une fois par an », dans les zones à faible endémicité palustre. Pour les régions plus fortement touchées, le retraitement doit être effectué deux fois par an¹¹³. A défaut de ce traitement à domicile, l'OMS propose une alternative consistant à se rendre dans des centres d'imprégnation encadrés par du personnel de santé dument formé.

Outre cette stratégie d'évaluation, il incombe également aux agents de santé de s'assurer que les populations bénéficiaires utilisent l'outil de manière appropriée afin de se

¹¹¹ GRUENAI M. E. 2005. Les formations continues des personnels de santé en Afrique : Un marché nécessaire ? <https://7sur7.cd/2023/12/28/kinshasa-sante-signature-dun-acte-dengagement-pour-la-campagne-de-distribution-des>, consulté le 27 avril 2025

¹¹² PARIS M. 2025. Le projet de suivi post-distribution (PDM) des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) : Les avancées obtenues en 2024. <https://caritasdev.cd/actualites/projet-de-suivi-independant-de-la-campagne-de-distribution-gratuite-des-moustiquaires-impregnees-dinsecticide-des-agents-de-suivi-et-superviseurs-recrutes-et-formes-par-caritas-congo>, consulté le 22 avril 2025

¹¹³ OMS. 2002. Guide pour le traitement et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67574/WHO_CDS_RBM_2002.41_fre.pdf;jsessionid=D8099CCFC91DCC313B7FACC85D0CC7B2?sequence=1, consulté le 29/04/2025

prémunir contre les piqûres d'insectes, comme le soulignent comme le soulignent l'illustration (Figure 16).

Il convient par ailleurs de s'assurer que l'ensemble des conditions nécessaires à une utilisation optimale de la moustiquaire soient réunies.

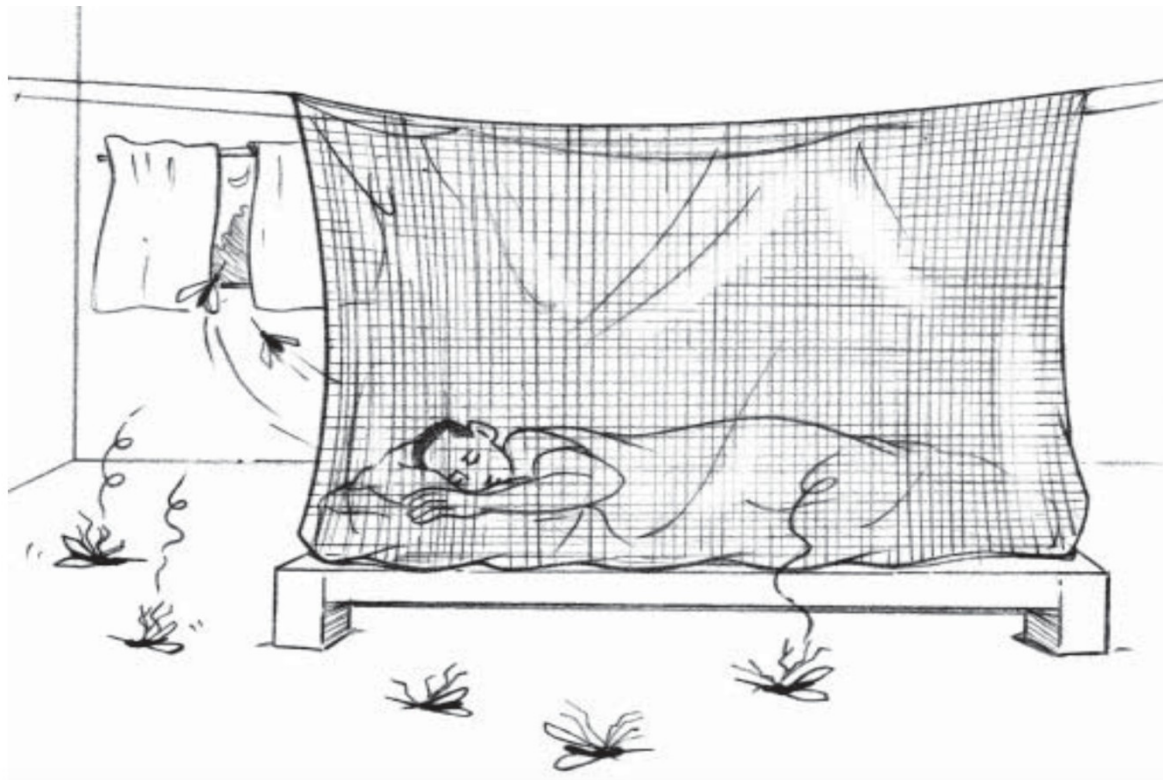


Figure 16

Par ailleurs, dans une perspective de développement à la fois durable et sanitaire, le fond mondial¹¹⁴ en partenariat avec l'OMS, établit des directives rigoureuses relatives à l'évaluation de la qualité des MII, auxquelles les politiques de santé nationales doivent se conformer afin de bénéficier de financements internationaux dans la lutte contre le paludisme. Conformément à ces exigences, les États sollicitant une aide financière doivent soumettre un rapport validé par un comité d'experts nationaux, en concertation avec le PNLP, portant sur la qualité des produits, avant leur distribution au sein des ménages. Ce rapport doit également intégrer une analyse du rapport coût-efficacité, notamment pour les populations les plus vulnérables vivant dans les zones de fortes endémies palustres¹¹⁵.

¹¹⁴ FOND MONDIAL. 2024. Note d'information : surveillance après commercialisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides financés par le fond mondial.
https://www.theglobalfund.org/media/13723/psm_post-market-surveillance-itn_briefingnote_fr.pdf , consulté le 29/04/2025

¹¹⁵ FOND MONDIAL. 2021. Guide sur la politique du fond mondial en matière de gestion des achats et des stocks de produits de santé.
https://www.theglobalfund.org/media/7282/psm_procurementsupplymanagement_guidelines_fr.pdf, consulté le 15/05/2025

Cependant, la mise en œuvre de ses directives sur le terrain demeure confrontée à de nombreuses difficultés. En effet, diverses études¹¹⁶ scientifiques révèlent que les évaluations se concentrent essentiellement sur le taux de possession ou d'utilisation des moustiquaires, sans toutefois s'attarder sur la proportion significative d'individus qui n'en font pas usage. Les raisons de cette non-utilisation sont multiples : limitations financières, absences de connaissance relatives à l'entretien du matériel, ou encore faible motivation à dormir sous une moustiquaire. Ces facteurs, pourtant cruciaux, ne semblent guère interpeller les autorités gouvernementales. Cette lacune, fréquemment observée dans de nombreux pays de l'Afrique sub-saharienne, pourrait expliquer la persistance, voire l'intensification, des épidémies de paludisme au sein des ménages les plus précarisés, en dépit des efforts considérables déployés pour « reculer le paludisme » et atteindre à moyen terme, l'objectif ambitieux de « zero paludisme » dans les zones les plus touchées.

Dans cette continuité, le Directeur Régional d'Afrique de l'Ouest et du centre francophone souligne l'importance de l'évaluation dans une stratégie durable de lutte antipaludique. Il rappelle que le contrôle de la qualité des moustiquaires fabriqués par les entreprises incombe aux autorités gouvernementales de chaque pays, comme le stipule le message suivant : *« il revient aux autorités nationales y compris la société civile de s'assurer que les moustiquaires qui sont arrivés, quand bien même qu'ils sont achetées avec l'argent du bailleur des fonds, soient testées pour valider le dosage de l'insecticide et du PB(butoxyde de pipéronyle) s'ils sont conformes aux normes de l'OMS et de la RDC) »*¹¹⁷. Par ailleurs selon la même source, certains experts en santé s'interrogent sur la recrudescence inhabituelle des cas de paludisme en RDC, une situation qui pourrait être liée à la qualité discutable des produits distribués¹¹⁸.

2.3.2.1.4 Suivi de distribution

Le suivi des pratiques d'utilisation appropriées des moustiquaires par les bénéficiaires constitue un enjeu fondamental dans le processus d'acceptabilité de cet outil de prévention. Il s'agit, en effet, d'en assurer une meilleure intégration au sein des ménages, qu'ils soient situés en milieu rural, urbain, ou local. En RDC, la responsabilité de cette évaluation revient principalement à deux associations sans but lucratif, CARITAS et SANRU, qui sont chargées de conduire les

¹¹⁶ Ibidem 101

¹¹⁷ KITSITA J.(2021). Lutte contre le paludisme : la RDC veut s'assurer de la qualité des moustiquaires distribués. https://www.theglobalfund.org/media/13723/psm_post-market-surveillance-itn_briefingnote_fr.pdf, consulté le 29/04/2025

¹¹⁸ Ibidem 115

enquêtes de terrain. Celles-ci sont généralement mises en œuvre un an après distribution massive du matériel dans les foyers.

A ce titre, et s'agissant de la campagne de distribution des MII conduite en début d'année 2024, le premier projet de suivi post-distribution monitoring (Post Distribution Monitoring-PDM), a été élaboré par l'ASBL CARITAS Congo en 2025¹¹⁹. Cette organisation recourt à une méthode d'enquête de terrain impliquant des enquêteurs recrutés localement. Une interrogation légitime se pose alors : ces agents, recrutés de manière locale et formés dans un laps de temps relativement court, disposent-ils réellement des compétences nécessaires pour garantir la validité et la fiabilité des données issues du suivi post-distribution ? Par ailleurs, ces enquêteurs locaux sont-ils des professionnels de santé, conformément aux recommandations de l'OMS.

C'est précisément pour répondre à ces préoccupations, que l'OMS insiste sur la nécessité d'impliquer des agents de santé qualifiés dans le processus de suivi au sein des ménages.

Ceux-ci sont en effet habilités à superviser les enquêtes de terrain, leur formation et leur expérience professionnelle leur conférant la légitimité requise en tant qu'experts.

Néanmoins, selon les informations issues de cette source, le projet de suivi post-distribution des MII distribuées en janvier 2024 a été officiellement conçu par l'asbl CARITAS Congo en 2025. En outre, les objectifs poursuivis par les associations en charge de cette évaluation semblent se limiter à trois éléments : mesurer l'efficacité de la campagne, identifier les problèmes d'accessibilité ou de d'utilisation des MII et d'ajuster la stratégie de lutte en conséquence¹²⁰.

Or, le manuel de l'OMS préconise une approche beaucoup plus globale et intégrée du suivi post-distribution. Celui-ci doit en effet prendre en considération un ensemble de facteurs tels que : le contexte environnemental (afin d'identifier les vecteurs potentiels de transmission), les caractéristiques démographiques, sociales, institutionnelles, politiques et économiques ainsi que les connaissances des bénéficiaires sur l'utilité des MII et leur degré d'appropriation de cet outil. Ces dimensions doivent être analysées au moyen de méthodes diversifiées telles que les enquêtes à domicile, les entretiens individuels, les questionnaires structurés, les discussions de groupes, les études de marché sur le commerce de détails, ainsi que l'exploitation des données préexistantes, autant de démarches devant être conduites par les agents de terrain qualifiés.

2.3.2.1.5 Période de distribution

La distribution des MII en RDC s'effectue à des périodes variables selon les provinces. A titre d'illustration, dans certaines villes telles que Kinshasa, la campagne de distribution de l'année

¹¹⁹ Ibidem 112

¹²⁰ Ibidem 112

2024 s'est tenue au mois de janvier, tandis que dans d'autres provinces, cette opération a eu lieu respectivement en février, en août, en novembre ou décembre (province de la Tshopo en 2023) en fonction des années.

Ce morcellement temporel soulève une interrogation majeure : la planification des périodes de distribution, telle que définies par les autorités sanitaires, prend-elle véritablement en compte les spécificités saisonnières propres à chaque région ? Pourtant, ces variations climatiques influencent directement la dynamique de transmission du paludisme. Par conséquent, une meilleure considération de ces particularités régionales, notamment en termes de saisonnalité, pourrait accroître la pertinence et l'efficacité des interventions, en particulier dans le cadre de la stratégie actuelle visant « zero-paludisme ». Cette prise en compte s'avère d'autant plus cruciale dans le contexte des nouvelles campagnes de distribution amorcées depuis janvier 2025.

2.3.2.1.6 Choix de la population cible

Selon les recommandations énoncées dans manuel de l'OMS, l'identification des populations cibles dans le cadre de la lutte anti-paludisme doit impérativement reposer sur la réalisation préalable d'une enquête populationnelle conduite par les autorités sanitaires nationales. Cette démarche vise à établir une cartographie précise des groupes à risque, en tenant compte des indicateurs de morbidité et de mortalité liés à l'infection palustre. se faire sur base d'une enquête populationnelle effectué au préalable par les autorités publiques de santé qui donne une cartographie des populations à risques en termes de morbidité et de mortalité relative à l'infection palustre.

Les résultats issus de cette enquête préliminaire constituent la base décisionnelle pour désigner les bénéficiaires des MII. En RDC, cette enquête communautaire initiale est financée par le SANRU¹²¹, en collaboration avec la coordination Nationale pour le renforcement des systèmes communautaires (CNRSC). Cette initiative a pour objectif de déterminer, à partir des données récoltées, les populations devant bénéficier de la distribution gratuite et massive des MII dans le cadre des campagnes nationales.

Il convient de souligner que cette enquête dite « post-dénombrement » est mise en œuvre par l'association sans but lucratif (asbl) à la demande du Fond mondial, en sa qualité d'organisme

¹²¹ CNRSC. 2020. Enquête post-dénombrement de la population en vue de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à Longue Durée d'action (MILD) dans la province de la Tshuapa en RDC, <https://www.cnrsc.org/2020/11/17/enquete-post-denombrement-de-la-population-en-vue-de-la-distribution-des-moustiquaires-impregnees-dinsecticide-a-longue-duree-daction-mild-dans-la-province-de-la-tshuapa-en-rdc/>, consulté le 15 mai 2025

donateur, afin de garantir que les MII parviennent effectivement aux populations les plus vulnérables. A titre d'exemple, dans la province de la Tshuapa, cette enquête a permis de définir les groupes prioritaires pour la prochaine campagne de distribution : les enfants de moins de cinq ans ; les personnes âgées de plus de cinquante ans, ainsi les femmes enceintes. Cette procédure de ciblage est appliquée uniformément à l'ensemble des provinces du territoire.

a) *Indicateurs de choix*

D'après le manuel édité par l'OMS destinés aux responsables des programmes nationaux de lutte anti-paludisme dans les pays marqués par de fortes endémies palustres, plusieurs indicateurs doivent attirer l'attention des décideurs politiques afin d'arriver à un choix judicieux des populations bénéficiaires du MII :

1. Indicateurs épidémiologiques

L'identification de cet indicateur reposera sur l'analyse de quatre éléments clés : le taux de prévalence du paludisme enregistré dans les zones de santé ; l'incidence de la maladie au sein des ménages notamment les enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes ; le nombre de cas confirmés par des tests de diagnostic rapide ou par un examen microscope ; enfin, le taux d'hospitalisation ou de mortalité attribuable au paludisme.

2. Indicateurs démographiques

Plusieurs paramètres démographiques sont à prendre en considération afin d'optimiser les interventions : la population totale par quartier ou Zone de santé ; le nombre d'enfants de moins de cinq ans ; le nombre de femmes enceintes ; la densité de la population, qui constitue un facteur déterminant pour la fabrication logistique des campagnes de distribution ; ainsi que la structure des ménages (nombre de personne par ménage, nombre de personnes par lit ou chambre).

3. Indicateurs géographiques

Une compréhension fine de la configuration géographique est indispensable à l'élaboration d'un plan d'action stratégique efficace. Il conviendra notamment d'identifier les zones de forte endémicité (quartiers les plus exposés aux marécages, aux cours d'eaux, aux eaux stagnantes, aux déchets ménagers etc.) ; d'évaluer l'accessibilité géographique en priorisant les zones urbaines à forte densité de population ou insuffisamment desservies par les infrastructures de soins, et de recenser les quartiers précarisés ou informels (souvent plus exposés et moins couverts par les services de santé).

4. Indicateurs socio-économiques

La dimension socio-économique est également déterminante, dans la mesure où les populations vulnérables éprouvent souvent des difficultés à acquérir des MII en dehors des campagnes de distribution gratuite. Il s'agira donc de tenir compte du niveau de pauvreté (les ménages pauvres ont souvent un accès limité aux informations sur la prévention du paludisme) ; de l'accès aux soins de santé (la priorité doit être accordée aux zones de faibles accès) ; du niveau d'instruction des ménages (afin de mieux communiquer pour sensibiliser) ; ainsi que les pratiques locales en matière de lutte contre le paludisme (ex : utilisation des moustiquaires, automédication, etc.).

5. Indicateurs environnementaux

Les paramètres environnementaux jouent un rôle crucial dans la dynamique de transmission du paludisme. En particulier, les zones fréquemment soumises à de fortes précipitations, susceptibles d'occasionner des inondations, doivent faire l'objet d'une attention particulière en raison du risque accru de prolifération des moustiques. Il conviendra ainsi d'identifier les zones à risque (eaux stagnantes, zones marécageuses) ainsi que d'analyser les conditions climatiques locales (température, humidité, saison des pluies (influence la prolifération des moustiques)).

6. Indicateurs opérationnels

Cet indicateur, permettra d'évaluer l'efficacité du dispositif avant et après les campagnes de distribution. Ils incluent la couverture actuelle en MII (ménages ayant déjà reçu ou utilisé des moustiquaires) ; la durée de vie des moustiquaires précédemment distribuées (pour prévoir le remplacement) et l'accessibilité logistique des quartiers concernés (routes, moyens de transport).

L'identification des populations devra initialement s'appuyer sur un croisement données issues du PNLP, des structures de centres de santé locales, de l'OMS, ainsi que des données socio-démographiques disponibles pour la ville de Kinshasa.

a) Particularité

Dans la ville de Kinshasa, l'identification précise de la population cible s'avère particulièrement complexe en raison du contexte urbain, démographique et socio-économique singulier de la capitale Congolaise. Cette spécificité confère à la ville une configuration particulière, susceptible d'influencer de manière significative tant la définition que la prise en charge de ladite population. Ci-après sont présentés plusieurs facteurs pouvant impacter cible dont voici les mécanismes d'identification :

1. Une concentration urbaine et une forte densité démographique

Kinshasa est l'une des villes les plus densément peuplées du pays, accueillant chaque année un nombre croissant de migrants en provenance des zones rurales. Ces migrations s'accompagnent de réalités sociales hétérogènes. Une telle densité complique les opérations logistiques liées à la distribution des MII, et influence potentiellement les stratégies d'interventions mises en place par le PNLP. Donc il faut prendre en compte cette promiscuité des ménages, caractérisée par la cohabitation de familles nombreuses dans des espaces restreints, et d'envisager une distribution élargie de MII par unité de logement.

2. La présence des zones péri-urbaines et de quartiers informels

Les zones non loties ou à statut informel, souvent difficilement accessibles, demeurent sous-desservies, voire exclues, des services de santé. Ces secteurs, bien que présentant un fort potentiel de transmission, sont parfois ignorés lors des opérations de recensement effectuées par les agents de santé publique. Cette situation entrave l'évaluation précise des besoins et complique considérablement l'accès à ces localités pour les équipes de distribution des MII.

3. La mobilité intra-urbaine et la dynamique familiale

La population de Kinshasa présente une forte mobilité intra-urbaine, caractérisée par des changements fréquents de domicile et des déplacements pendulaires quotidiens. Cette instabilité résidentielle nécessite la mise en œuvre de stratégies de distribution flexible, incluant notamment des approches de type porte-à-porte, afin d'atteindre effectivement les bénéficiaires présents au moment de la distribution.

4. Le faible niveau de sensibilisation et d'utilisation effective des MII

Nous avons constaté à travers différents passages plus haut dans ce travail, que, malgré une distribution gratuite des moustiquaires, leur utilisation régulière n'est pas forcément garantie car au sein de la population urbaine de Kinshasa moins marquée par la transmission fréquente du paludisme, certains sont encore moins consciencieux sur les avantages d'une lutte préventive anti-paludisme par les MII. Il conviendrait dès lors d'associer systématiquement la distribution des MII à des campagnes intensives de sensibilisation et d'éducation communautaire, afin d'assurer une appropriation effective du matériel distribué et d'améliorer les résultats en matière de prévention.

5. La nécessité de cibler les groupes vulnérables prioritaires

Pour une logique de distribution, les enfants de moins de cinq ans ainsi que les femmes enceintes doivent prioritairement être ciblés. L'identification efficace de ces groupes nécessite que les agents de distribution à Kinshasa se rendent directement dans les foyers, en raison de l'insuffisance ou de l'absence de suivi adéquat dans certaines zones de santé.

6. Les disparités socio-économiques marquées

La capitale Congolaise est caractérisée par une hétérogénéité économique prononcée, certains quartiers étant fortement défavorisés tandis que d'autres jouissent d'un niveau de vie relativement élevé. En dehors des périodes de campagnes de distribution gratuite, les ménages les plus vulnérables rencontrent d'importantes difficultés financières pour acquérir des MII, ce qui compromet les efforts de lutte contre le paludisme dans ces segments de population.

7. Les perceptions sociales et de croyances culturelles

“Certaines personnes associent les moustiquaires à des superstitions ou croyances infondées (ex : maladie provoquée par le matériel, lien avec la sorcellerie ou la stérilité pour d'autres) et les usages sont parfois détournés à d'autres fins : filet de pêche, maintien des clôtures pour éviter des effondrements de terrain, protection des cultures maraichères, tamis etc.”

Ces perceptions nécessitent une prise en compte attentive lors de l'élaboration des stratégies de communication et de sensibilisation, en intégrant les dimensions socio-culturelles propres à chaque communauté.

8. Les expériences antérieures en matière de campagnes de distribution

“Les distributions étant gratuite, certaines familles reçoivent plusieurs fois tandis que d'autres n'en reçoivent jamais, ce qui crée un sentiment d'injustice ou de méfiance. D'aucun perçoivent cette distribution des moustiquaires gratuite à travers les campagnes comme un don politique ou opportuniste, pouvant affecter leur perception de l'utilité réelle du matériel”.

Ces éléments montrent l'importance de renforcer la transparence, l'équité et la traçabilité dans la gestion des campagnes de distribution afin d'instaurer la confiance auprès des bénéficiaires.

9. Les contraintes environnementales et climatiques

“A Kinshasa, le climat est à la fois chaud et humide, ce qui peut potentiellement amener certaines personnes à ne pas utiliser les moustiquaires la nuit car elle augmente la chaleur et la sensation d'étouffement sous le matériel. Aussi, beaucoup de familles vivent dans des maisons surpeuplées, sans lit individuel ni structures stables pour fixer correctement une moustiquaire”.

Ces contraintes doivent être prises dans la conception technique des MII (par exemple, matériaux plus respirants) et dans les messages de sensibilisation pour favoriser leur adoption malgré les conditions environnementales difficiles.

10. La langue et la communication

“Dans la ville de Kinshasa comme partout en RDC, le lingala est majoritairement employé par la population bien que le français soit la langue officielle, donc pour une meilleure stratégie préventive par l'utilisation des MII, les messages de sensibilisation doivent être adaptées

linguistiquement et culturellement pour une meilleure compréhension et acceptabilité du matériel”.

L’efficacité des campagnes de communication repose ainsi sur une approche interculturelle et linguistique adaptée au contexte local.

2.3.3 Représentations sociales

Les représentations sociales constituent un élément fondamental à considérer dans toute société, en particulier lorsqu’il s’agit de mettre en œuvre une stratégie d’action ou de sensibilisation orientée vers le bien-être collectif par le biais de l’éducation communautaire. En effet, leur rôle est central dans la dynamique de transformation des mentalités. Toutefois, cette démarche se révèle délicate, notamment si l’on prend en compte la définition suivante : « *programme de perception, constructions au statut de théorie naïve, servant de guide à l’action et de grille de lecture de la réalité* »¹²². Cette complexité théorique rend compte du fait que les résultats d’un tel processus peuvent n’émerger qu’à long terme, alors même que l’urgence d’une modification des comportements face au paludisme, qui demeure l’un des fléaux sanitaires majeurs en Afrique, ne fait plus débat.

Dans ce contexte, il est impératif d’intervenir rapidement sur la construction sociale des MII au sein des populations de Kinshasa. Cela implique une prise en compte rigoureuse de la distinction entre la **représentation individuelle** et la **représentation collective**, distinctions qui influencent de manière significative le niveau d’adhésion aux interventions.

Comme l’a souligné Émile Durkheim (1858-1917)¹²³, « les représentations individuelles ont pour essence la conscience de chacun » tandis que les représentations collectives ont pour « essence les religions et des mythes à une communauté et partagés par les membres de celle-ci ». Il est donc nécessaire de développer un travail d’identification des différentes représentations sociales non seulement à Kinshasa, mais également dans les autres provinces de la RDC, afin d’adapter les stratégies de communication aux réalités locales.

La prise en compte des représentations sociales permet de concevoir des plans d’actions mieux adaptés et, par conséquent, plus efficaces. L’objectif ultime étant de favoriser un **développement sociétale durable** fondé sur une acceptabilité réelle et partagée des outils de prévention tels que les MII.

¹²² GAYMARD S. Les fondements des représentations sociales : sources, théories et pratiques. Malakoff :édition Dunod, 2021. 233p.

¹²³ Ibidem 121

Par ailleurs, il convient de rappeler que la formation des représentations sociales est tributaire d'un ensemble de facteurs complexes et interconnectés, parmi lesquels figurent l'éducation, la culture, les idéologies sociales, le niveau d'instruction, l'évolution environnementale et sociétale, les dynamiques propres aux groupes sociaux et familiaux, le processus de modernisation, les valeurs éthiques, la situation économique, la pauvreté, la mondialisation ainsi que les inégalités sociales etc.

2.3.3.1 Interaction entre rationalité, contextes sociaux et représentations : fondements philosophiques de la construction comportementale

L'être humain, par essence est animé d'un profond désir de découverte et tend naturellement à construire sa vision du monde sur base d'une démarche rationnelle. Toutefois, cette rationalité n'est pas absolue : elle se trouve modulée, voire influencée, par un ensemble de facteurs contextuels tels que l'éducation, le cadre environnemental, la structure économique et le tissu social dans lequel l'individu évolue.

Ainsi, les comportements humains ne peuvent être attribués exclusivement la nature. Ils relèvent plutôt de choix délibérés, résultant de réflexions propres à l'individu ou issues de dynamiques collectives. En ce sens, comme le rappelle René Descartes (1904) ¹²⁴, « les passions humaines ne sont pas en elles-mêmes défectueuses ». Et d'ajouter dans *les principes de la philosophie* : « nos erreurs (...) sont des défauts de notre façon d'agir mais non de notre nature ».

C'est donc le **contexte social**, entendu comme l'ensemble des influences culturelles, normatives, économiques et relationnelles, qui façonne, oriente et légitime certains comportements. Ces derniers peuvent émerger soit d'un mécanisme de raisonnement individuel, soit d'un effet de conformité ou d'influence social émanant du groupe.

Selon Descartes, il existe une **interdépendance entre la conception individuelle et la conception collective**, et c'est précisément cette relation dialectique qui donne naissance aux **représentations sociales**. Ces dernières sens à leur réalité et justifient leurs pratiques.

Le tableau 1 ci-dessous illustre de manière schématique le système de conception tel que formulé par Rene Descartes, mettant en lumière la complémentarité entre les dynamiques internes (individuelles) et externes (collectives) dans la construction des représentations.

¹²⁴ LANSAC M. Les conceptions méthodologiques et sociales de Charles Fourier : Leur influence. France : collection ebooks, 2016. 152p.

Tableau 1

	au niveau individuel	au niveau collectif
Conceptions situées	Le contenu de la réponse d'une personne à une question précise dans une situation précise	Le contenu convergent des réponses de plusieurs personnes placées dans la même situation précise
Conceptions	Les cohérences dégagées par le chercheur à partir des réponses d'une personne placée dans plusieurs situations relatives à un thème donné (conceptions individuelles sur ce thème)	Les cohérences dégagées par le chercheur à partir des conceptions individuelles sur un même thème, identifiées chez plusieurs personnes (groupe social) (conceptions collectives = représentations collectives, ou représentations sociales)
Systèmes de conceptions	Ensemble de conceptions (représentations sociales) corrélées entre elles. Elles peuvent aussi être liées à des caractéristiques individuelles comme les opinions sur le plan social, religieux ou politique	

2.3.3.1.1 L'influence des interactions sociales sur les représentations : le modèle KVP

Par ailleurs, les représentations sociales, bien qu'encrées initialement dans des dynamiques endogènes, se trouvent fréquemment modifiées, enrichies ou contestées par des interactions exogènes. Ces dernières résultent de l'exposition de l'individu à divers éléments contextuels, tels que l'acquisition de nouvelles connaissances, l'évolution des valeurs sociétales, ou encore la transformation des pratiques sociales, et constituent autant d'obstacles opérationnels à considérer dans toute démarche éducative ou de sensibilisation ;

Dans cette perspective, il importe de reconnaître que « les changements s'avèrent souvent plus faciles pour l'acquisition des connaissances scientifiques que pour l'évolution d'opinions relevant d'autres domaines (Simonnaux, 1995 ; Abou Tayeh, 2003 ; Kochkar, 2007) ». Cette distinction ne signifie toutefois pas que l'appropriation de savoirs scientifiques se fasse sans entrave : « l'acquisition de nouvelles connaissances scientifiques [...] reste une chose ardue, en raison des obstacles épistémologiques (et aussi didactiques) ... à identifier et à prendre en compte pour qu'un enseignement soit efficace » »¹²⁵.

¹²⁵ CLEMENT P. (2010). Conceptions et représentations sociales et modèles KVP, Skholê : cahiers de la recherche et du développement, 16, 55-70

C'est dans cette logique que s'inscrit le model **KVP** ¹²⁶(**K**= acronyme knowledge, **V**= values, et **P**= social practices, illustré dans **la Figure 17** ci-après. Ce model permet de mieux appréhender les mécanismes d'interactions entre les représentations individuelles ou collectives et les dynamiques sociales en perpétuelle mutation. Il stipule que toute conception (**c**) est le produit d'un équilibre instable entre ces trois dimensions, et que toute modification de l'une d'entre elles peut entrainer une reconfiguration des autres.

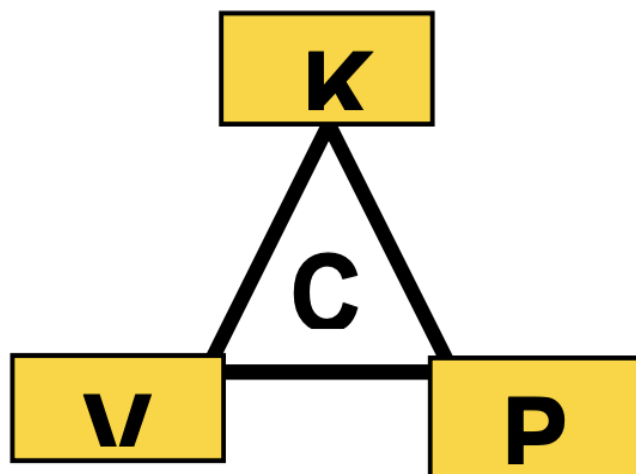


Figure 17

2.3.3.2 Psychologie sociale

De manière manifeste, l'évolution de l'être humain repose sur un faisceau d'influences plurielles humaines, culturelles, sociales, environnementales, économiques, institutionnelles entre autres. C'est l'interaction constante entre ces différents facteurs, constitutifs du cadre de vie de l'individu, qui forge les fondements de la psychologie sociale. Comme l'affirme l'auteur, la psychologie sociale « est l'essence même de l'humanité » partant du principe que, « la simple présence d'activité d'autrui modifie notre activité psychologique, cognitive et affective »¹²⁷.

Autrement dit, l'existence humaine est indissociablement liée à la qualité des relations sociales qui l'entourent, et, « durant notre existence, notre bien-être et notre santé dépendent de l'importance et de la qualité de nos attaches sociales et dans son sens le plus strict, notre vie dépend étroitement de l'humus social dans lequel elle s'enracine »¹²⁸. Cette discipline se situe ainsi à l'interface des normes institutionnelles prescrites et des normes sociales préexistantes, donnant lieu à un ensemble d'interactions complexes.

¹²⁶ Ibidem 124

¹²⁷ BEGUE L., DESRICHARD O. Traité de psychologie sociale : la science des interactions humaines. France : Ed. De Boeck Supérieur, 2013. 856p.

¹²⁸ Ibidem 127

Dès lors, une meilleure compréhension des mécanismes de la psychologie sociale apparaît comme un levier essentiel pour appréhender les comportements humains dans leur dimension collective. Une telle approche permettrait de concevoir des stratégies d'interventions adaptées au contexte socioculturel, susceptible de favoriser une adhésion accrue aux actions planifiées. Cela représenterait un atout considérable en vue de produire des résultats tangibles durables et socialement acceptés.

2.3.3.3 Théories explicatives

La construction sociale des réalités humaines, lorsqu'elle se confronte aux discours politiques institutionnelles et à la matérialité des pratiques sociales, constitue un levier explicatif des représentations plurielles qui coexistent au sein d'une même société. Ce processus s'enclenche d'abord à l'échelle individuel, avant de s'inscrire dans une dynamique collective au sein de laquelle ces deux dimensions s'entrelacent progressivement. De cette imbrication émergent des interactions complexes, car « on ne peut dissocier la représentation, le discours et la pratique. Ils forment un tout. Il serait tout à fait vain de chercher à savoir si c'est la pratique qui produit la représentation ou l'inverse. C'est un système. La représentation accompagne la stratégie, tantôt elle la précède et elle l'informe : elle la met en forme, tantôt elle la justifie et la rationalise : elle rend légitime »¹²⁹.

a) Catégorie sociale

Les inégalités sociales constituent des déterminants majeurs dans la différenciation des trajectoires individuelles et collectives. Elles structurent les apparences aux classes sociales et conditionnent les types d'interactions observées au sein d'une même communauté. Cette dynamique de stratification sociale à la fois inscrite dans l'ordre institutionnel et reproduite par les pratiques quotidiennes, oriente significativement les comportements humains, dans une perspective multidimensionnelle évolutive. Cette logique a été précisée par Danielle Juteau pour qui, « la différenciation sociale est liée à la hiérarchisation sociale : Encadrée dans l'inégalité de pouvoir, de statut, de richesse et de prestige, elle affecte la distribution des ressources, les chances de vie des individus et les monopoles de groupe »¹³⁰. Il en résulte une influence déterminante de la structure sociale sur les modalités d'appropriation des pratiques de santé et sur la réception des dispositifs de prévention.

¹²⁹ GARNIER C., SAUVE L. (1999). Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement-conditions pour un design de recherche . OpenEditionJournals, 1, 1.

¹³⁰ JUTEAU D. La différenciation sociale : Modèles et processus. Les presses de l'université de Montréal (PUM), 2003. 300p.

b) Compréhension usuelle

L'acquisition des connaissances ne garantit nécessairement un changement effectif de comportement ou de représentations sociales, notamment lorsque ces dernières sont profondément enracinées dans des schémas culturels collectifs. Il convient alors de s'interroger sur la portée réelle de la transmission des savoirs normatifs, lorsqu'ils se heurtent à des représentations sociales partagées, parfois transmises de manière tacite et perçues comme intangibles. En ce sens, certaines représentations constituent « un patrimoine inattaquable, commun à la culture d'appartenance, et [...] constituent comme un savoir que chacun des membres partage ». Dès lors, il est légitime de questionner l'existence de conditions « par leur nature irrenonçable, pour accéder à des formes de savoir collectifs reconnaissables comme consensuelles et familiales...ces doutes reviennent plus souvent lorsqu'on pense aux représentations sociales dont se servent des sujets peu scolarisés, peu familiarisés au raisonnement critique »¹³¹.

Cette dialectique entre connaissance et représentation s'illustre de manière saisissante dans le contexte de l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA) en RDC. Des experts en santé communautaire y ont observé que, bien que 78% des ménages détiennent au moins une moustiquaire, seuls 31% possèdent des moustiquaires en bon état, contre 24,4% avec des moustiquaires trouées, et 9,8% avec des moustiquaires totalement délabrés¹³². Plus encore, ces experts rapportent un détournement manifeste de l'usage initial de ce matériel de prévention, soulignant que « en dehors de son rôle contre les moustiques et le paludisme, les moustiquaires sont également utilisées comme des haies de jardin à domicile contre l'envahissement des petits bétails. D'autres utilisent comme filet de pêche, rideau ou même pour la fabrication des robes de mariages. D'autres encore les utilisent comme matériel de construction des maisons à pisée ».

Ce constat illustre le chevauchement constant entre les représentations individuelles et collectives, où « le savoir collectif va faire appel à des moyens différenciés comme par exemple pour les attitudes, les croyances, les stéréotypes, ou même les connaissances préconçues »¹³³.

c) Effet individuel ou de groupe

¹³¹ CAVALLO P.B., IANNAcone A. (1993). Représentations sociales et construction des connaissances. *Papers on Social Representations*, 2(3), 1-150

¹³² ICICONGO 2022. Ces limites de la moustiquaire pour lutter contre le paludisme en RDC, <https://icicongo.net/2022/07/07/ces-limites-de-la-moustiquaire-pour-prevenir-contre-le-paludisme-en-rdc/>, consulté le 24/5/2025

¹³³ Ibidem 131

L'identité individuelle s'élabore en constante tension avec les dynamiques sociales collectives. Le rapport que chaque sujet entretient avec le monde social est profondément influencé par les appartenances de groupe. Les décisions individuelles, y compris en matière de santé, ne peuvent être pleinement comprises en dehors, des effets de socialisation, d'influence et de pression normative exercés par les groupes d'appartenance.

Ainsi, « il existe un homomorphisme entre le mode de fonctionnement individuel et le mode de fonctionnement collectif » ; et « les conditions sociales déterminent le fonctionnement individuel ». ¹³⁴ Ce postulat sociologique met en évidence la manière dont les normes collectives façonnent les comportements individuels, en dépit d'une apparente autonomie des choix personnels.

Toutefois, cette influence du collectif n'exclut pas la pluralité des parcours individuels. Il est également possible qu'un individu revendique son unicité, son originalité ou son autonomie par rapport aux normes de son environnement immédiat. Cette réalité trouve un écho dans l'analyse de la « pluri socialisation » : « la pluri socialisation des individus dans les sociétés différenciées est ce qui rend raison de la variation inter-individuelle de leurs comportements culturels : dans de telles sociétés, deux individus de la même classe sociale, du même sous-groupe social, ou même appartenant à la même famille ont toutes les chances d'avoir une partie de leurs pratiques et de leurs goûts qui diffère, pour n'avoir pas été strictement soumis aux cadres socialisateurs (participation à des groupes de pairs différents, activités extra-scolaires différents, parcours scolaires différents, traitements différents pour des raisons liées au genre, d'une famille qui n'est jamais une entité invariable etc. ». ¹³⁵.

d) Sources d'informations

L'identification des sources d'informations mobilisées par les populations pour guider leurs pratiques sanitaires représente un enjeu central pour les politiques de santé publique. La pluralité des canaux de diffusion formels et informels, pose la question de la hiérarchisation, de la fiabilité et de la réception des messages transmis.

Les sources formels (ministère de la santé, campagnes de sensibilisation, structures de soins, relais communautaires, médias traditionnels) ont l'avantage de reposer sur une légitimité institutionnelle et une expertise professionnelle. En revanche, les sources informelles (rumeurs,

¹³⁴ SALES-WUILLEMIN E. Psychologie sociale expérimentale de l'usage du langage : représentations sociales, catégorisations et attitudes, perspectives nouvelles. Paris(France). l'Harmattan, 2005. 322p.

¹³⁵ CORCUFF P., LEBART C., DE SINGLY F . L'individu aujourd'hui: Débats sociologiques et contrepoints philosophiques. France(Rennes) : Presses Universitaires de Rennes, 2015. 400p.

bouche-à-oreille, réseaux sociaux) échappent souvent à tout contrôle et peuvent entretenir la circulation de messages erronés ou anxiogènes.

A Kinshasa, plusieurs rumeurs circulent au sujet des MILDA : « certaines personnes les jettent ou les brûlent carrément pour éviter d'être empoisonnée... et les responsables du PNLP estiment que ceux qui répandent ces rumeurs déclarent que ce sont les mêmes moustiquaires que la population a toujours achetées »¹³⁶. De même, les « MILDA sont dotés de produits toxiques qui rendent stérile », ou seraient des instruments de contrôle de naissances, provoquant « des boutons ainsi des difficultés respiratoires ».

Cette désinformation alimente la méfiance à l'égard des outils de prévention et remet en question la légitimité des politiques de santé. Le contraste entre message scientifiques et expériences subjectives favorise des formes de rejet ou de résistance à la MILDA(« le pays fait déjà face à un énorme challenge qui est la résistance aux insecticides soit par le fait de la mauvaise utilisation par le ménage en passant par le non-respect de cycle de renouvellement de la MII, mais aussi, et surtout, la présence et la distribution des moustiquaires avec des insecticides sous dosées, ou des moustiquaires carrément non imprégnées, qui circulent dans le secteur public comme privé [...] (Les MILDA disponibles actuellement dans le marché de la RDC ne sont pas toutes conformes, les dosages sur ces moustiquaires imprégnées ne répondent pas toujours aux normes»¹³⁷ , dans un contexte où la MILDA peut être non comme un outil de santé, mais comme un objet « étranger » ou « imposé ».

e) Culture sociale différentielle

Les pratiques de santé sont inextricablement liées aux déterminants culturels, économiques et sociaux des populations concernées. A Kinshasa, les usagers différenciés des moustiquaires révèlent des lignes de fracture sociale ancrées dans la structuration urbaine, la diversité ethnique, les appartenances religieuses et les disparités éducatives.

La ville est caractérisée par une forte hétérogénéité : certains quartiers centraux (ex : Gombe, Limete, Kintambo) bénéficient des meilleures conditions socioéconomiques et sanitaires, tandis que les zones périphériques (ex : Kimbanseke, N'djili, Masina) présentent des taux élevés de précarité, une densité démographique importante et un accès limité aux ressources. Cette

¹³⁶ RADIO OKAPI. 2008. Kinshasa: des moustiquaires empoisonnées, rumeurs ou réalité ?

<https://www.radiookapi.net/sans-categorie/2008/11/19/kinshasa-des-moustiquaires-empoisonnees-rumeurs-ou-realite>, consulté le 24/5/2025

¹³⁷ LA REDACTION. 2019. Moustiquaires en RDC : sauver des vies ou pas ?

<https://beto.cd/grand-angle/2019/06/25/moustiquaires-en-rdc-sauve-des-vies-ou-pas.html/44064/>, consulté le 15 juin 2025

segmentation géographique coïncide avec une pluralité de référents identitaires et symboliques, structurant les représentations sociales de la santé.

Les individus issus des milieux plus éduqués tendent à percevoir la moustiquaire comme un outil de prévention moderne. A l'inverse, dans les zones défavorisées, le matériel peut être perçu comme superflu, voire suspect, notamment en l'absence d'un usage antérieur ou d'un accompagnement éducatif suffisant.

Par ailleurs, l'organisation familiale traditionnelle, souvent élargie, induit une gestion hiérarchique des ressources, où les femmes enceintes et les enfants sont prioritaires pour l'utilisation des moustiquaires, laissant les autres membres sans protection. De plus, certains groupes religieux ou leaders communautaires peuvent refuser d'adhérer aux programmes de santé, s'ils ne sont pas associés aux processus décisionnels, réduisant ainsi l'efficacité des interventions.

Il n'est pas rare que des croyances attribuent le paludisme à des causes surnaturelles, réduisant d'autant la portée des actions biomédicales. A cela s'ajoute la précarité matérielle : l'absence de fenêtre, de plafonds ou de lits rend l'usage technique des moustiquaires difficile, voire impossible. **(Figure 18)** C'est pourquoi, elles sont parfois « transformées » en objets multifonctions : filets de pêche, rideaux, filtres, voire matériaux de construction.



Figure 18

Voici un petit tableau (2) synthétique des usages conditionnés par le capital culturel et matériel

Tableau 2

Groupe social	Représentation dominante	Utilisation probable
Milieux urbains éduqués	Prévention, hygiène et santé	Utilisation régulière, souvent

	familiale	effective
Quartiers populaires	Distribution gratuite souvent jugée suspecte ou inutile	Usage partiel ou opportuniste
Groupes religieux et traditionnels	Foi, spiritualité plus importante que la santé	Usage très limitée ou rejet
Jeunes en logement instable	Inadapté au mode de vie mobile	Usage occasionnel, moustiquaire non fixé

f) Moralité et valeurs sociales

Les valeurs morales et sociales localement enracinées jouent un rôle non négligeable dans les comportements de santé, notamment dans l'acceptabilité et l'usage des moustiquaires imprégnées. Loin de se limiter à des facteurs strictement sanitaires, l'adoption de cet outil est fortement influencée par des normes implicites, des représentations collectives et des croyances morales partagées au sein des communautés.

Dans de nombreuses sociétés africaines, l'organisation familiale repose sur une hiérarchie symbolique dans laquelle femmes et enfants sont perçus comme plus vulnérables. Cette perception conduit certains adultes à renoncer volontairement à l'usage de la moustiquaire, estimant à tort qu'ils sont plus résistants ou moins exposés au risque palustre. Par ailleurs, certains hommes peuvent choisir de ne pas dormir sous moustiquaire afin de ne pas être perçu comme faibles, dans une logique de virilité sociale valorisant la résistance physique.

D'autres éléments moraux, tels que la défiance à l'égard des institutions sanitaires ou des ONG internationales, renforçant cette posture méfiance collective.

Dans ce contexte, les normes morales et sociales peuvent ainsi entrer en tension avec les valeurs de santé publique véhiculées par les campagnes officielles. Le détournement de l'usage des moustiquaires, la peur d'être assimilé à une personne pauvre ou malade, ou encore la pression normative exercée par la communauté locale peuvent tous contribuer à la non-utilisation du dispositif, malgré sa disponibilité.

Ainsi, à Kinshasa, le non-usage de la moustiquaire ne peut être interprété comme le seul produit de l'ignorance. Il est aussi tributaire d'un ensemble de logiques morales complexes : devoir familial, foi religieuse, suspicion envers l'origine du don, rejet social potentiel, ou encore revalorisation utilitaire du matériel dans d'autres usages perçus comme prioritaires.

g) Mentalisation

Afin de mieux comprendre. Certains obstacles psychosociaux et culturels à l'adoption des moustiquaires à Kinshasa, il nous semble pertinent d'introduire la notion de **mentalisation**, concept issu des champs de la psychologie et de la psychanalyse.

Mentaliser, c'est « imaginer les états mentaux qui sous-tendent les comportements »¹³⁸. La mentalisation, renvoie donc à « la capacité à élaborer les expériences vécues et elle aide à contenir les états affectifs, sans pour autant les contrôler »¹³⁹. Un défaut de mentalisation, autrement dit l'incapacité à anticiper les conséquences de ses actions, peut limiter significativement les pratiques de prévention, en particulier dans des contextes marqués par une forte précarité.

En premier lieu, les difficultés à anticiper les risques futurs sont fréquentes dans les environnements où domine une logique de survie immédiate. Les décisions prises au quotidien sont davantage motivées par la satisfaction de besoin concrets et urgents, rendant difficile la mobilisation autour d'une prévention abstraite, comme celle qui consiste à éviter la piqûre d'un moustique invisible. Mentaliser le risque palustre exige en effet une compréhension fine de la chaîne causale (**piqûre parasite maladie**), souvent absente en l'absence d'expérience explicite.

En second lieu, une représentation faible du corps et de la maladie, fréquemment expliquée par des croyances selon lesquelles la maladie provient de l'extérieure (sorcellerie, malédiction), tend à délégitimer les outils de prévention biomédicales. Les dispositifs invisibles comme la moustiquaire sont ainsi moins valorisés que les soins visibles (injection, sirop, prières ou massages etc).

Enfin, cette faible capacité à mentaliser est souvent renforcée par une dépendance aux normes collectives, limitant l'appropriation individuelle des messages de santé.

Ces différents facteurs compromettent l'efficacité des campagnes de sensibilisation, notamment lorsqu'elles reposent uniquement sur une transmission rationnelle de l'information. L'information, en l'absence de sa transformation en perception interne ou en projection symbolique du risque, ne conduit pas nécessairement à une action préventive. Cela peut

¹³⁸ DEBBANE M., PRADA P., BOUTELOUP M., SPERANZA M., PERROUD N. Mentaliser : la clé des interactions humaines. Paris(France) : De Boeck Supérieur. 2022. 250p.

¹³⁹ MALAGUARNERA S. Dictionnaire de neuropsychanalyse. Bruxelles (Belgique) : CreateSpace Independent Publishing. 2016. 492p.

expliquer l'écart souvent observé entre la connaissance des bienfaits des moustiquaires et leur non-utilisation effective.

2.3.4 Sens des pratiques

a) la question du sens

Interroger la question du sens des pratiques liées à l'usage des MII constitue un point d'entrée fondamental en sciences humaines et sociales, en psychologie, en philosophie mais aussi dans les recherches en santé publique. Aborder le sens, revient à s'intéresser à la manière dont les individus ou les groupes donnent une signification à leurs actions : comment ils comprennent, interprètent et donnent une certaine valeur à ce qu'ils vivent, comment ils les perçoivent culturellement, valorisent ou rejettent une pratique, à partir de leurs représentations culturelles, affectives ou sociales.

Il s'agit donc de saisir les fondements subjectifs et existentiels qui structurent les comportements, souvent au-delà des logiques utilitaires. Comme le souligne Paul Ricoeur (2008), il s'agit d'opérer un « travail de pensée qui consiste à déchiffrer le sens caché dans le sens apparent, à déployer les niveaux de signification impliqués dans la signification littérale »¹⁴⁰. Ainsi, comprendre la signification attribuée aux MII par les bénéficiaires revient à analyser la construction symbolique, située et contextuelle qu'ils élaborent autour de cet objet, ce qui confère une cohérence à leurs expériences vécues et à leurs usages (ou non-usage).

Cette approche est centrale pour notre recherche, car elle permet de :

Comprendre les comportements au-delà des apparences, en analysant les raisons pour lesquelles certaines personnes refusent d'utiliser un outil de prévention malgré leur conscience du risque.

Explorer les significations culturelles, symboliques ou affectives associées à des objets (comme la moustiquaire), à des gestes, ou à des discours.

Accéder à la logique interne des pratiques, en reconnaissant que les comportements ne sont pas strictement déterminés par des considérations rationnelles, mais qu'ils s'inscrivent également dans des systèmes de valeurs et de sens.

Pour saisir cette dimension du sens, plusieurs outils méthodologiques sont rassemblés :

Les entretiens compréhensifs, qui permettent d'examiner les récits personnels, les représentations subjectives et les ressentis des enquêtés.

L'Analyse thématique du discours, visant à identifier les significations récurrentes autour de l'objet moustiquaire ou des pratiques qui lui sont associées.

¹⁴⁰ ROBERGE J. PAUL R. la culture et les sciences humaines. Québec(Canada) : presses de l'université Laval, 2008. 340p.

Une **observation ethnographique** aurait également été envisagée pour enrichir la compréhension, mais elle n'a pu être réalisée dans le contexte actuel de guerre en RDC, rendant difficile une immersion prolongée sur le terrain.

Il convient de souligner que la quête de sens dans cette recherche ne cherche nullement à juger les comportements comme « bons » ou « mauvais », mais plutôt à comprendre pourquoi **ces comportements ont du sens pour ceux qui les adoptent**, dans leur contexte propre.

b) Typologie de la connaissance

La connaissance se décline selon des registres variés, en fonction des disciplines, des expériences et des systèmes de pensée mobilisés. Qu'elle soit biomédicale, sociale, politique ou vernaculaire, toute forme de connaissance possède ses propres logiques de légitimation, de transmission et d'usage. Ainsi, la rencontre entre les savoirs scientifiques et les savoirs profanes n'est pas toujours harmonieuse : elle donne lieu à des conflits de représentations, d'interprétations et de pratiques.

Dans le cas de l'usage des moustiquaires à Kinshasa, il est essentiel de distinguer plusieurs types de connaissances :

- Les **savoirs scientifiques** (théoriques ou cliniques),
- Les **savoirs expérientiels** ou issus du vécu,
- Les **savoirs pratiques**, liés aux routines quotidiennes,
- Les **savoirs émotionnels** ou **affectifs**,
- Les **croyances ou faux savoirs**, parfois influencés par les besoins, les peurs ou les contextes sociaux.

Entre ce que les individus savent, ce qu'ils font, et ce qu'on leur prescrit, se dessine une cartographie complexe de la connaissance mobilisée autour de l'objet moustiquaire. La compréhension de cette pluralité de savoir permet d'identifier non seulement les écarts entre les intentions institutionnelles et les pratiques effectives, mais aussi les justifications culturelles ou symboliques qui sous-tendent ces pratiques.

A cet égard, on peut mobiliser l'idée que certaines connaissances ne se révèlent pleinement qu'au moment de l'action. Comme l'exprime un auteur dans une perspective philosophique : *« la vertu intellectuelle de qui sait faire ceci ou cela, agir ou produire, est une science [...] dans la mesure où elle permet de saisir universellement les genres de choses à exécuter ou à produire : les bonnes actions ou les actions justes [...] Mais cette vertu ne s'exerce proprement*

*que dans l'exécution et la production de choses particulières, celles-là que commandent les besoins, autres que la connaissance en général*¹⁴¹.

Ainsi, c'est bien dans la mise en pratique que se révèle la valeur sociale, cognitive ou symbolique d'un savoir. Le **tableau (3)** synthétique ci-joint illustre les croisements possibles entre types de savoirs et leurs impacts sur les pratiques liées aux MII.

Tableau 3

Types de connaissance	Caractéristiques	Impact sur la pratique
Connaissance par expérimentation	Savoir basé sur l'expérience individuelle ou familiale (le vécu de la maladie soi-même ou celle d'un proche souffrant).	Peut augmenter l'adhésion d'usage s'il a observé de bons résultats ou faire l'effet inverse
Connaissance biomédicale	Savoir scientifique : En matière de lutte contre le paludisme, la meilleure prévention est l'utilisation des moustiquaires.	Pourrait optimiser l'utilisation rationnelle de la moustiquaire mais souvent en interaction avec d'autres logiques
Connaissance populaire	Savoirs partagés au sein de la communauté (ex : les moustiques piquent uniquement la nuit, le paludisme n'existe pas.)	Peut guider les comportements pratiques, mais aussi conduire à un risque de biais
Connaissance religieuse spirituelle	Les idées fausses relatives au paludisme (épreuve divine) ou au moustiquaire (l'unique protection est celle de Dieu).	Peut conduire au rejet ou à la minimisation des campagnes de sensibilisation à la prévention physique par l'usage des moustiquaires
Connaissance instrumentale	Difficultés rencontrées dans le savoir-faire technique (savoir entretenir une moustiquaire, l'entretenir, la	Si inconnue, le matériel restera non utilisé malgré les meilleures intentions du monde.

¹⁴¹ NADEAU R. Philosophie de la connaissance. Montréal(Canada) : Les presses de l'université de Montréal, 2016. 942p.

	réparer).	
Connaissance fausses (ou rumeur)	La moustiquaire est toxique « rend stérile », c'est une invention des « blancs ».	Entrave immédiate à l'utilisation, débouche sur la méfiance.
Connaissance conformiste ou normative	Ici chez nous, on ne l'utilise pas, « ça fait bizarre », « ça ne se fait pas ici ».	Influence de groupe sous la pression des normes sociales

c) Épistémologie du sens

A travers une approche épistémologique, étendue comme l'étude critique des savoirs, qu'ils soient individuels et collectifs, il s'agit ici d'interroger les fondements, les formes et les légitimités des connaissances mobilisées autour de l'usage de la MII à Kinshasa. L'objectif est de comprendre comment ces savoirs sont produits, dans quelles conditions et avec quels biais ou valeurs. Cette « épistémologie du sens » permet de saisir les différentes formes de connaissances qui entourent l'objet moustiquaire, qu'elles le rendent « sensée » ou insensée » selon les contextes.

Elle conduit ainsi à distinguer entre plusieurs régimes épistémologiques qui coexistent ou s'opposent dans l'espace socio-sanitaire congolais : l'épistémologie scientifiques(biomédicale), l'épistémologie critique ou politique, l'épistémologie mystique ou religieuse, l'épistémologie sociale ou communautaire. Ces différents régimes traduisent autant de manières de concevoir la vérité, la légitimité et l'autorité des savoirs.

Traditionnellement, l'épistémologie « désigne normalement en français, une discipline qui couvre la seule théorie de la connaissance scientifique et qui se pose plus précisément la question de la validité des théories scientifiques (avec le cortège de questions qui en découle: nature de l'objectivité scientifique, problème de l'induction, nature des lois scientifiques et de la modélisation, problème de l'indétermination des théories, de la réduction des théories entre elles, du progrès scientifiques etc. »¹⁴². Mais une lecture contemporaine, notamment à travers les travaux en épistémologie sociale « va prendre acte de ce que nous n'avons aucune « intuition » directe de biens des phénomènes, ils ne nous sont connus que par l »'intermédiaire des autres, alors que l'épistémologie individuelle se focalise sur les sources dites « directes » de la connaissance, « c'est-à-dire », celles auxquelles le sujet à lui-même accès (la perception, la mémoire, le raisonnement), l'épistémologie sociale va se soucier des

¹⁴² BOUVIER A., CONEIN B. L'épistémologie sociale : une théorie sociale de la connaissance. NICE(France), Édition de l'école des hautes études en sciences sociales, 2020. 255p.

sources indirectes de la connaissance, tel le témoignage, qui repose forcément sur la confiance ou sur l'autorité qu'on accorde à autrui en telles ou telles matières»¹⁴³. Ainsi, tandis que l'épistémologie individuelle s'appuie sur la perception, la mémoire ou le raisonnement du sujet, l'épistémologie sociale interroge la confiance accordée à autrui comme médiateur du savoir.

Dans le cas des moustiquaires à Kinshasa, cela implique que leur usage ne dépend pas uniquement d'une information biomédicale transmise, mais également des savoirs reconnus comme vrais ou légitimes par les populations : qu'ils soient scientifiques, communautaires, religieux, politiques ou même issus de l'expérience personnelle. L'objet moustiquaire devient alors un terrain de confrontation épistémologique, où se révèlent les tensions entre les « vérités » institutionnelles et les vécues locaux.

Cette analyse éclaire un constat important : **l'efficacité d'une stratégie de santé publique ne repose pas uniquement sur la diffusion de données probantes**, mais sur la capacité à reconnaître et intégrer la pluralité des épistémologies. Une approche strictement biomédicale risque ainsi de se heurter à des résistances si elle ignore les conceptions alternatives du savoir. L'absence de prise en compte de cette diversité pourrait en partie expliquer l'écart persistant entre les recommandations du PNLP et les pratiques effectives des usagers, ainsi que la persistance d'une forte morbidité palustre malgré les campagnes massives de distribution.

En définitive, l'objet « moustiquaire » ne se réduit pas à un outil technique de prévention : il constitue un lieu de dispute symbolique entre différentes formes de vérités. C'est pourquoi l'épistémologie du sens s'avère centrale à notre analyse.

d) Les mythes du sens entre acteurs

Cette réflexion se situe à la croisée de l'anthropologie, de la sociologie de la santé et de l'épistémologie critique. Elle vise à explorer la dimension mythique des discours et des pratiques autour des MII à Kinshasa. Par « mythe du sens », on entend ici un **récit collectif**, une **structure symbolique partagée**, qui attribue une signification (parfois invérifiable ou exagérée) à un objet ou une pratique. Comme rappelle Platon¹⁴⁴ « le mythe est un discours invérifiable », non pas nécessairement un mensonger, mais structurant les perceptions, les comportements et les valeurs.

A Kinshasa, plusieurs « mythes du sens » coexistent autour de la moustiquaire :

¹⁴³ Ibidem 142

¹⁴⁴ BRUSSON L., JAMME C. Introduction à la philosophie du mythe : sauver les mythes. Paris : librairie philosophique J.VRIN. 2005. 264p.

1. Le mythe biomédical (porté par les institutions sanitaires, les ONG, l'État, l'OMS) :

- La moustiquaire est présentée comme une solution universelle fondée sur des données probantes et elle est supposée protéger intégralement contre le paludisme.
- Elle est investie d'une rationalité scientifique, objective et neutre.
- Ce récit tend à **idéaler l'objet**, en oubliant parfois les contextes d'usage réels (climatiques, sociaux, logistiques), créant un écart avec les expériences des populations.

2. Le mythe communautaire traditionnel (véhiculé dans les familles, les quartiers par les anciens) :

- Les MILDA sont perçues toxiques par certaines communautés qui persistent à croire qu'elles « contiennent des insecticides dangereux pour la santé d'une femme enceinte, ainsi que son bébé, une rumeur et mauvaise piste qui malheureusement induit certains mères et futures mères congolaises à acheter et dormir sous des moustiquaires non-conformes »¹⁴⁵.
- La moustiquaire est vue comme peu efficace ou seulement décorative.
- L'Inadaptation du matériel aux conditions locales (chaleur, ventilation, espace) renforce la distance entre **savoirs biomédicaux et savoirs locaux**.

3. Le mythe religieux ou spirituel (porté par certains leaders religieux et fidèles)

- La moustiquaire est considérée comme insuffisante face à la protection divine.
- Beaucoup d'églises pentecôtistes l'associent à une protection « mondaine ».
- La maladie est une épreuve divine non purement biologique

4. Le mythe critique ou conspirationniste (alimenté par les réseaux sociaux, les jeunes, la zone urbaine, la mémoire postcoloniale) :

- La moustiquaire serait potentiellement toxique, source d'empoisonnement ou de stérilisation.
- Ce récit s'inscrit dans une méfiance généralisée envers les politiques de santé publique, renforcée par les traumatismes historiques.
- Même gratuite, la moustiquaire suscite le doute, car elle est perçue comme **un vecteur de contrôle ou de domination**.

¹⁴⁵ Ibidem 137

5. Le mythe performatif ou statuaire (dans les classes moyennes et les familles urbaines) :

- Posséder la moustiquaire devient un **signe de modernité, d'ordre et de propreté**.
- L'objet acquiert une fonction symbolique plus qu'utilitaire.
- Il témoigne d'un certain niveau de vie, même s'il est peu utilisé à des fins sanitaires.

Ces récits montrent que l'usage des moustiquaires ne dépend pas seulement d'une connaissance technique, mais s'inscrit dans une **trame de significations sociales, politiques, religieuses et culturelles**. L'objet est donc traversé par des « mythes du sens » parfois complémentaires, parfois conflictuels.

Ainsi face à cette promesse rationnelle et universelle portée par les acteurs institutionnels, les populations de Kinshasa réintègrent la moustiquaire à travers des **systèmes symboliques hétérogènes**. L'enjeu n'est donc pas uniquement d'informer ou de convaincre, mais de reconnaître que la santé publique se joue aussi dans les imaginaires collectifs et les batailles épistémiques.

Troisième partie : la théorie des logiques entre acteurs

La notion de « logique d'acteur » renvoie à un cadre d'analyse développé par les sciences sociales, visant à expliquer les divergences de logiques : qu'elles soient individuelles, collectives ou institutionnelles, dans l'appréhension des comportements sociaux observables, notamment à travers l'usage des MII par les bénéficiaires et les professionnels de santé. Ces pratiques s'inscrivent dans un contexte spécifique : géographique, environnemental, climatique, démographique, social, économique, institutionnel ou politique, où se rencontrent diverses rationalités qui interagissent et parfois s'opposent.

L'attitude des acteurs constitue une manifestation cohérente de leurs représentations, de leurs intentions ainsi que des justifications qu'ils mobilisent pour conférer du sens à leurs actions dans un contexte donné. Il s'agit donc d'une rationalité située, non universelle, susceptible de s'opposer à celle d'autres parties prenantes telles que l'État, les ONG ou les professionnels de santé (infirmiers, médecins). Dans cette perspective, De Sardan (1995) souligne, qu'« autour d'un dispositif de développement quelconque se confrontent de multiples logiques et stratégies, du côté des agents du dispositif comme du côté des populations dites « cibles » »¹⁴⁶. Les

¹⁴⁶ DE SARDAN J.P.O. Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social. Paris : APAD-KARTHALA Éd. 1995. 230P.

dynamiques d'interactions entre acteurs émergent ainsi d'une logique différentielle, qu'elle soit individuelle ou collective, fondée sur des facteurs souvent imprévisibles.

Les bénéficiaires peuvent, dès lors, exprimer des attentes distinctes de celles formulées par les autorités, ce qui explique la diversité des adoptés par les populations concernées. Comme le rappelle dit De Sardan¹⁴⁷, « les acteurs sociaux concernés ont face aux ressources, opportunités et contraintes que constituent un dispositif...des comportements variés, contrastés, parfois contradictoires, qui renvoient non seulement à des intérêts différents, à des normes d'évaluations différentes, à des positions « objectives » différentes ».

a) Logique des bénéficiaires (communauté)

Plusieurs logiques coexistent au sein des populations bénéficiaires :

1. La logique de protection vécue (Expérientielle)

Certains individus adoptent l'usage de la moustiquaire non pas en réponse aux recommandations institutionnelles, mais en vertu d'une expérience directe ou indirecte de son efficacité. La prévention devient d'autant plus crédible lorsque le dispositif a fait ses preuves auprès d'un proche ou de soi-même. Ainsi, l'adhésion à l'utilisation de la moustiquaire est souvent pragmatique, motivée par des épisodes antérieurs de paludisme, tandis que les injonctions impersonnelles émanant des politiques de santé sont susceptibles de générer de la méfiance.

2. La logique de signification symbolique

La moustiquaire imprégnée peut revêtir une pluralité de significations sociales. Son usage est parfois perçu comme étant réservé aux enfants, les femmes enceintes ou les riches ; elle devient alors un marqueur de soin parental, de modernité, d'ordre, mais peut également être associée à une source d'inconfort ou de contrainte. L'acceptation ou le refus de son usage dépendra ainsi du statut perçu de l'individu, de son genre, de son âge, ou encore de sa position dans la hiérarchie sociale.

3. La logique de cohérence culturelle ou spirituelle

Bien que l'efficacité de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée (MILD) soit solidement établie sur le plan scientifiquement, son utilisation peut être relativisée, voire entravée, par des croyances religieuses ou culturelles profondément enracinées. Comme le

¹⁴⁷ Ibidem 146

souligne cet article ¹⁴⁸: « la religion a une influence capitale sur les déterminants du paludisme [...] les croyances religieuses jouent un rôle surtout dans l'usage des MILD et son acceptation comme outil de lutte antivectorielle » ou culturelles fortement ancrées. Ainsi, malgré la validation scientifique de cet outil de prévention, certaines populations tendent à minimiser les bénéfices, préférant s'en remettre à des conceptions spirituelles selon lesquelles « le matériel est bien, mais c'est Dieu qui nous sauve et nous protège ». Cette posture illustre comment les représentations symboliques façonnent les comportements, empêchent parfois une appréhension concrète et rationnelle de la maladie.

4. La logique de jugement critique/défiance

Certains bénéficiaires adoptent une posture de questionnement, parfois traitée de scepticisme, vis-à-vis des actions de santé publique. Ils s'interrogent sur la hiérarchisation des priorités, les intentions des donateurs, les inégalités dans l'accès aux ressources, etc. Cette logique critique peut être alimentée par des rumeurs ou soupçons : La moustiquaire serait toxique, la distribution gratuite cacherait un « cadeau piégé ».

5. La logique de contraintes pratiques

Au-delà des représentations symboliques ou spirituelles, des considérations matérielles peuvent freiner l'usage des moustiquaires. Les réalités du quotidien : climat, promiscuité, insalubrité des logements, rendent parfois leur utilisation peu praticable. Les bénéficiaires font alors preuve d'ingéniosité en adaptant le matériel à leurs contraintes ou en le détournant de sa fonction initiale. Cette posture révèle une logique d'arrangement vis-à-vis des prescriptions officielles.

Voici un petit **tableau (4)** comparatif de synthèse de la logique des populations bénéficiaires de la MII :

Tableau 4

Dimension	Logique des bénéficiaires
But visé	Protection selon les expériences vécues ou la cohérence symbolique
Critère de vérité	Expérience individuelle, collective,

¹⁴⁸ MATUNGALE A.M., ATUNGALE C.S., ATUNGALE E.A.N. ;MUNDUKU O.M.,MUSIBONO D.A.,TSHIBANGU J.W. et al. (2022). Facteurs liés aux comportements des habitants de la zone de santé de Ngaba associés à la recrudescence des cas du paludisme. International Journal of social sciences and Scientific Studies, 1.

	témoignage, le ressenti
Forme rationnelle	Contextuelle, pratique d'usage, spirituelle ou critique
Circonstance d'actions	Convenance en partie, adaptation, rejet ou détournement
Risque représentationnel	Inconfort, inutile, toxique, étouffement, sens mauvais, pas efficace en situation réelle
Acteurs influents	Parents, communauté, église, voisins (beaucoup plus que l'État ou les ONG parfois)

b) Logiques institutionnelles de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)

Les acteurs institutionnels notamment tels que le gouvernement Congolais, les responsables des politiques de santé publiques, les organismes internationaux (UNICEF, OMS, Fond mondial etc.) ainsi que les ONG locales et internationales, adoptent généralement une approche technocratique homogène. Celle-ci repose principalement sur l'intensification de la distribution massive des MII, dans le but de réduire la morbidité liée au paludisme. Toutefois, cette logique dominante peut se décliner en plusieurs sous-logiques, dont l'intensité et la finalité varient selon les priorités opérationnelles, politiques ou ethniques.

1. Logique préventive rationnelle en santé publique

Cette logique repose sur les recommandations formulées par l'OMS, qui préconise la distribution massive des MII comme moyen scientifiquement validé de lutte contre le paludisme.

Les fondements scientifiques des moustiquaires imprégnées d'insecticides reposent sur des données épidémiologiques robustes et sur des essais cliniques qui démontrent clairement leur efficacité. Dans une **perspective utilitariste**, leur distribution optimisée est conçue pour assurer à la fois une protection individuelle et collective, contribuant ainsi à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme. Cet objectif repose aussi sur un **effet de masse recherché** à travers les campagnes nationales visant à atteindre une couverture universelle. Pour y parvenir, divers **instruments sont mobilisés**, notamment les campagnes de sensibilisation, la distribution gratuite des moustiquaires et les actions de communication de masse.

2. Logique bureaucratique et de conformité

Dans cette perspective, le PNLP doit strictement se conformer aux protocoles standardisés établis par les instances internationales, en lien avec les financements alloués.

Les exigences de conformité imposent le respect des normes internationales ainsi que des critères d'évaluation qui encadrent l'ensemble du dispositif. Elles s'accompagnent d'**une production systématique de données** à générer des indicateurs pour les bailleurs de fonds, tels que les taux de distribution ou d'utilisation. A cela s'ajoutent les **justifications administratives**, qui requièrent la traçabilité du matériel distribué, justifications des budgets alloués et l'élaboration de rapports détaillés. Toutefois, cette logique demeure marquée par un impératif administratif prédominant, qui tend souvent à reléguer au second plan la qualité du suivi réel de l'usage effectif des moustiquaires.

3. Logique humanitaire et de développement durable

Les ONG partenaires mettent en œuvre une approche axée sur l'équité et la justice sociale, en distribuant gratuitement les moustiquaires aux groupes les plus vulnérables.

La posture éthique qui sous-tend ces interventions repose sur le principe d'une égalité d'accès à la prévention pour tous. Elle se traduit par des **objectifs fondamentaux** visant à réduire la charge morbide et la mortalité au sein des populations les plus précarisées, en particulier les enfants et les femmes enceintes. Cette logique est souvent accompagnée d'un **discours compassionnel**, mobilisant des formules telles que « sauver des vies » ou « aider les pauvres ». Néanmoins, une **tension** peut émerger entre ces intentions nobles et la manière dont elles sont réellement perçues par les communautés bénéficiaires, laissant apparaître un possible décalage entre le discours institutionnel et la réception locale.

4. Logique technocratique et opérationnelle

Cette approche vise l'efficacité logistique de la distribution à l'échelle nationale, en mettant l'accent sur la rationalisation des processus.

La **centralisation logistique** constitue un élément essentiel du dispositif, impliquant la formation des agents, l'information des bénéficiaires et la coordination des acheminements. Elle s'accompagne d'une **optimalisation de la chaîne d'approvisionnement**, fondée sur une planification rigoureuse et visant une couverture géographique complète. Les objectifs opérationnels spécifiques incluent notamment la réduction des pertes liées à la casse ou à la revente du matériel distribué. Cependant, cette approche demeure **limitée par** une certaine inadéquation entre la logique opérationnelle et les réalités sociales des bénéficiaires, ce décalage pouvant compromettre l'appropriation effective des moustiquaires.

5. Logique normative et prescriptive

Cette posture considère que les populations doivent se conformer à des comportements jugés appropriés par les professions de santé.

Le **rapport d'autorité** qui caractérise certaines interventions s'appuie sur l'idée que (« les professionnels de santé savent ce qui est bon pour vous, vous devez obéir et nous faire confiance »), renforçant ainsi une **communication descendante** fondée sur des campagnes de sensibilisation unilatérales parfois culpabilisantes. Cette dynamique s'accompagne d'un **manque de contextualisation**, marqué par une faible prise en compte des croyances locales et par l'absence de co-construction du sens autour du matériel distribué. De telles démarches peuvent entraîner des conséquences notables, parmi lesquelles des résistances passives, des rejets ou encore des incompréhensions, résultant d'une rationalité imposée qui peine à s'ancrer dans les réalités sociales.

Voici un petit **tableau (5)** récapitulatif de la logique institutionnelle de distribution des moustiquaires.

Tableau 5

Dimension	Logique des responsables de la distribution
Objectif	Circonscrire le paludisme au sein de la population de façon optimale
Rationalité	Scientifiquement prouvé, statique démontrée, technicité
Modalités d'actions	Distribution massive gratuite, standardisation, résultats orientés
Valeurs implicites	Sauver des vies, efficacité, conformité aux bailleurs de fond
Rapport au bénéficiaire	Souvent hiérarchique(prescrite), imposée, absence ou peu de dialogue
Principale limite	Inadapté aux logiques sociales, culturelles et symboliques des populations

c) Analyse comparative des logiques entre bénéficiaires et institutions

1) Logique des bénéficiaires

Les comportements adoptés par les habitants de Kinshasa en matière d'usage des moustiquaires ne sauraient être interprétés comme irrationnels ou relevant d'une forme d'ignorance. Ils

doivent au contraire être compris à la lumière du contexte social, des expériences vécues, des critiques formulées à l'égard des politiques publiques, ainsi que des constructions culturelles dominantes. Cette logique sociale entre en tension avec la logique technocratique ou biomédicale dominante, non pas par rejet des savoirs scientifiques relatifs à l'efficacité de la moustiquaire, mais en raison de divergences en termes de significations, d'expériences et de priorités.

2) Logique institutionnelle

La logique institutionnelle repose sur une épistémologie technocratique et biomédicale, considérant les moustiquaires comme une solution standardisée et scéniquement validée pour la prévention du paludisme à l'échelle mondiale. Élaborée par les milieux scientifiques, cette approche universalisante tend à négliger les réalités locales. Elle se trouve ainsi confrontée à la logique propre des bénéficiaires, qui mobilisent des savoirs situés, expériences ou symboliques. Les décalages entre ces deux logiques expliquent la partie la non-adoption, l'inacceptation, le non-usage ou encore la réinterprétation des moustiquaires dans le contexte urbain de Kinshasa.

Tableau (6) comparatif des logiques entres acteurs autour des moustiquaires à Kinshasa

Axes critiques	Logique des bénéficiaires (usagers)	Logique institutionnelle(distributeurs)
Finalité perçue	Protection personnelle, soulagement immédiat, confort, parfois symbolique (culturelle)	Diminuer intensément le paludisme au sein de la population afin d'aboutir aux objectifs poursuivis par la santé publique
Rapport du savoir	Connaissance locale, vécu, expérience personnelle ou des autres, oral et symbolique	Connaissances scientifiques, biomédicale, statistique, universel
Conditions de validité	Le vécu des populations, ce qu'ils ont vu ou entendu, les transmissions de bouche à oreille, le ressenti, les	Evidence based medicine, mesuré, évalué, validé par des protocoles ainsi que des études

	récits des autres	
Relation à la moustiquaire	Interprétation différenciée du matériel : utiles, encombrant, toxique, sent mauvais, spirituellement inefficace	Neutralité du matériel, universel sans équivoque, ni débat
Mode d'usage	Choix, adapté, détourné parfois abandonné	Normatif, prescrit, pour un usage standardisé
Promoteurs de comportements	Contexte d'application du matériel (chaleur, promiscuité des habitations), croyances, expériences antérieures, rumeurs.	Informations sanitaires, directives officielles, campagnes de sensibilisation
Canaux de légitimité	Famille, voisins, religieux, expérience personnelle ou collective	OMS, ministère de la santé, partenaires techniques, ONG, fond mondial, UNICEF
Vision du risque	La maladie est perçue comme habituelle, inévitable ou spirituel ; aucun rapprochement avec la moustiquaire	Le paludisme est perçu comme une maladie épidémique évitable grâce à une prévention par l'utilisation des moustiquaires
Logique d'action	Efficace, contextuelle, négociée, parfois critiqué par les populations	Technocratique, programmée dont les fondements sont localisés sur les cibles et des indicateurs
Relation au dispositif de santé	Méfiance, indifférence, intrigant, adaptation	La volonté ici est la couverture maximale, la mobilisation logistique et une communication hiérarchique

Ce **tableau (6)** nous présente les tensions existantes entre la logique sociale et institutionnelle dans la pratique d'usage des moustiquaires à Kinshasa. Une meilleure compréhension et reconnaissance des logiques différentielles entre acteurs pourrait aider la santé publique à mettre en place des stratégies réelles et efficace.

Quatrième partie : Les Politiques de santé publique

a) Plan d'action du gouvernement Congolais face aux défis structurels dans la lutte contre le paludisme à Kinshasa

Dans une perspective de développement durable et dans l'objectif de favoriser une modification des comportements relatifs à l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée ou d'action (MILD/MILDA), le PNLP a élaboré une nouvelle stratégie nationale pour la période 2024-2028¹⁴⁹, récemment validé par le gouvernement Congolais. Cette stratégie, centrée principalement sur la ville de Kinshasa, ambitionne d'intégrer les contraintes sociales, économiques et environnementales dans une logique de collaboration renforcée avec les populations locales. L'enjeu est de susciter une participation active et durable dans la lutte contre le paludisme, laquelle persiste malgré les progrès technologiques, notamment en matière de prévention.

Axes stratégiques du plan gouvernemental

1. Renforcer l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MILD/MILDA) comme outil de prévention

- Une campagne de distribution massive a été lancée en janvier 2024, touchant plus de 840000 ménages répartis dans les 33 zones de santé de Kinshasa.
- Cette opération repose sur une approche communautaire décentralisée, mobilisant des relais communautaires chargés de la distribution porte-à-porte, avec une allocation proportionnelle à la taille des ménages.

2. Intégration du vaccin antipaludique R21/Matrix-M

- Approuvé par l'OMS en 2023, ce vaccin vient compléter les mesures préventives existantes.
- Le PNLP prévoit de l'intégrer dans ses programmes, ciblant prioritairement les nourrissons de 12 à 23 mois et les enfants de moins de 5 ans.

¹⁴⁹ PNLP-RDC.(2023). Stratégie nationale de changement social et de comportement :2024-2028. RDC-National-Malaria-SBC-stratégie, 80.

- La campagne vaccinale couvre l'ensemble de l'année 2024¹⁵⁰, de janvier à décembre.

3. Renforcement de la collaboration intersectorielle

- Le PNLP entend collaborer étroitement avec d'autres secteurs impliqués dans la lutte contre les maladies infectieuses telles que le VIH/sida ou la tuberculose.
- Cette coordination vise à mutualiser les informations stratégiques pour une mise en œuvre plus efficiente des interventions.

4. Mobilisation des ressources internes et autonomisation financière

- Le gouvernement Congolais manifeste une volonté explicite de travailler en synergie avec les partenaires nationaux pour mobiliser les ressources domestiques disponibles, réduisant ainsi la dépendance à l'aide internationale.
- Dans ce cadre, un plan de transformation comportementale est envisagé en deux phases :
 - a) Une première phase de **sensibilisation communautaire**, reposant sur des campagnes d'information à grande échelle pour promouvoir l'efficacité des moustiquaires comme moyen de prévention du paludisme.
 - b) Une seconde phase axée sur la **participation active des communautés locales**, à travers l'organisation d'activités de lutte anti-vectorielle adaptée aux réalités locales.

En somme, cette nouvelle approche stratégique du gouvernement congolais pour la période de 2024-2028 repose sur **stratégie intégrée** combinant la distribution des moustiquaires, la vaccination, la coordination multisectorielle et la mobilisation communautaire. En plaçant l'humain au cœur de ses interventions, elle vise à répondre de manière holistique aux défis sociaux, environnementaux et économiques que soulève la lutte contre le paludisme à Kinshasa.

Chapitre III. Méthodologie

3.1 Typologie de recherche

¹⁵⁰ OMS. (2024). Immunization profile AI 30-Jan-Dec 2025-Shared-o-pdf. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2025-02/DRC%20Monthly%20Immunization%20Profile%20AI%2030_Janv-Dec%20%202024_VF%2008.02.25_Shared_0.pdf, consulté le 2 juin 2025

Plusieurs types de techniques existent pour effectuer une recherche, mais dans le cadre de ce travail nous adopterons la recherche qualitative plus proche de réalité sociale pour mieux identifier les difficultés rencontrées par les Kinois dans l'utilisation pratique des moustiquaires, leurs expériences pour adapter les politiques de santé à la réalité vécue par les populations urbaines.

3.1.1 Recherche qualitative

La recherche qualitative est primordiale, majeure, et incontournable d'autant plus que le contexte où les comportements, les croyances et les usages réels s'écartent souvent des prescriptions sanitaires officielles. Cette méthode d'approche nous permettra peut-être d'identifier les motivations des bénéficiaires pour ne pas utiliser le matériel, leurs expériences pour adapter les politiques de santé à la réalité vécue par les populations dans leur contexte :

- a) Comprendre le « sens » de l'usage des moustiquaires (percer le mystère des représentations sociales, explorer les logiques d'acceptations ou de rejet ne pouvant être comprises uniquement avec des chiffres).
- b) Donner la parole aux bénéficiaires afin d'écouter leurs récits, expériences sur l'utilisation ou non des moustiquaires dans un cadre urbain complexe. La ville de Kinshasa en termes de population à une densité croissante, les habitants sont majoritairement jeunes avec une diversité socio-économique qui avance à grande échelle. Le fait de s'emparer de la voix des usagers (habitants des quartiers précaires, ménages pauvres, femmes, enfants etc.), nous permettrons de cerner les contraintes contextuelles (accès, promiscuité, insécurité, chaleur etc.). Cette démarche constitue un socle de base identificateur des stratégies locales réelle face des moustiquaires parfois inadaptées à leur situation.
- c) Reconnaître les leviers et obstacles pour un développement durable, car la non-utilisation du matériel n'est pas forcément due à un refus. Beaucoup de facteurs entrent en jeu : obstacles structurels (types d'habitats, chaleur, ventilation), dynamique intra-familiale, stratégie de résilience ou de contournement.
- d) Améliorer les politiques de santé publique et les campagnes de communication, car les distributions gratuites de moustiquaires en RDC sont souvent réalisées de façon décroissante. Or mieux connaître le vécu des populations Kinois sur la pratique d'usage des MII guiderait mieux les politiques de santé dans leurs plan stratégique notamment : une adéquation des messages avec les croyances locales, mise en place de

campagnes participatives plus efficaces, meilleure implication des relais communautaires (leaders religieux, parents, chefs de quartiers etc.).

- e) Démarche assertive et contextuelle, car à l'inverse de la recherche quantitative, la qualitative se sert des discours, récits, expériences vécues ainsi que des observations concrètes afin de s'accoutumer au terrain. C'est donc une démarche vitale qui est la plus appropriée dans le contexte urbain africain changeant comme celui de la ville de Kinshasa.

Nous terminerons en disant que, la recherche qualitative est plus proche des réalités socio-économiques et culturelles à Kinshasa comme dans la plupart des pays de l'Afrique. Elle vient en complément des chiffres fournis par la recherche quantitative, pour mieux comprendre les significations, les pratiques réelles et les enjeux contextuels liés à l'usage des moustiquaires à Kinshasa. D'autres part, l'abord qualitatif est fondamental pour mettre au diapason les politiques de santé sur les réalités précisément vécues par les populations.

3.1.2 Guide d'entretien semi-directif (confère Annexe 5 et 6)

L'étude s'est appuyée sur un guide d'entretien semi-directif (voir annexes 5 et 6) permettant de recueillir des données qualitatives auprès des différents acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme et l'utilisation des moustiquaires imprégnées.

Ce guide a été conçu autour de thématiques clés telles que :

- Les perceptions et pratiques d'usages des moustiquaires imprégnées dans les ménages ;
- Les stratégies de distributions et de suivi mises en place par les autorités sanitaires ;
- Les obstacles socio-culturels rencontrés dans l'adoption du dispositif préventif ;
- Et les propositions d'améliorations formulées par les participants.

Lieu de l'étude

L'enquête s'est déroulée au camp militaire de Ndolo, situé dans la commune de Barumbu, à Kinshasa.

Ce site a été choisi en raison de sa configuration socio-économique particulière, marquée par une forte densité de la population, des conditions de logement précaires et une vulnérabilité accrue face aux maladies vectorielles telles que le paludisme.

Période de l'étude

La collecte des données s'est déroulée sur une période de deux mois et demi, **de la fin juin à la mi-septembre** selon les disponibilités des différents participants à l'enquête.

Présentation de la zone d'étude : la commune de Barumbu

La **commune de Barumbu** (Figure 19) fait partie des communes centrales de la ville de Kinshasa. Elle se caractérise par une forte concentration de ménages à faibles revenus, des habitations souvent insalubres et une exposition élevée aux maladies vectorielles. Ces conditions socio-environnementales justifient le choix de cette zone pour l'étude, car elles offrent un cadre pertinent pour analyser les **logiques d'usage** et les **dynamiques communautaires** autour des MII.



Figure 19

Présentation géographique¹⁵¹

La commune de Barumbu est située au nord de la ville de Kinshasa. Créée par décret le 26 mars 1957, elle constitue l'une des plus anciennes municipalités de la capitale congolaise. Sa délimitation actuelle est fixée par l'arrêté ministériel n°69-0042 du **23 janvier 1969** :

- **Au nord** : la commune de Gombe ;
- **Au sud** : les communes de Kalamu et Limete ;
- **A l'est** : la commune de Gombe, le long du chemin de fer Kinshasa-Matadi, entre la rivière Kalamu, le cours d'eau Bitshaku et le Pool Malembo ;
- **A l'ouest** : la commune de Kinshasa.

Elle s'étend sur une superficie totale de **4,72 km²**.

Historique¹⁵²

Barumbu est l'une des premières entités administratives créées à Kinshasa. En **2008**, elle comptait **98763 habitants** répartie sur **neuf quartiers**. Depuis sa création en 1959, la population s'est largement diversifiée : elle comprend des **Congolais de Brazzaville**, des **Angolais (zombo)**, des Libanais et **Ouest-Africains**.

L'augmentation constante de la population résulte à la fois d'un fort **taux de natalité** et de mouvements migratoires internes, notamment dus aux conflits armés dans l'Est du pays. Cette croissance démographique exerce une pression sur les infrastructures et accentue les problèmes **d'assainissements urbains**.

Conditions environnementales et sanitaires¹⁵³

La commune fait face à une **insalubrité chronique**, marquée par l'accumulation des déchets ménagers et la stagnation des eaux usées. Ces conditions favorisent la formation de **gîtes larvaires**, propices à la prolifération des moustiques vecteurs de maladies telles que le **paludisme**, la **fièvre typhoïde** ou le **choléra**¹⁵⁴.

¹⁵¹ MBODO V.T. Impacts du programme d'assainissement urbain de Kinshasa sur l'environnement (PAUK). Cas de la commune de Barumbu-Thinda Mbodo Vangu. Ville de Kinshasa : Institut Supérieur Pédagogique de la Gombe ; 2000-2023

¹⁵² Ibidem 151

¹⁵³ LUSAMBA K.M. (2006). Portrait des quartiers populaires à Kinshasa (RDC) : un territoire, une identité. N°2, 3-15.

¹⁵⁴ MUYULU N.R., KAKESE K. C.(2024).La crise de logement face à la planification familiale dans la zone de santé de Barumbu-Kinshasa : approche socio-environnementale pour un urbanisme durable. Revue Internationale des dynamiques sociales : mouvements et enjeux sociaux, 132(2), 2-11

Les quartiers, anciens et densément peuplés (environ **400 habitants par hectare**), présentent **des habitations vétustes**, des **canalisations bouchées**, des **rues partiellement asphaltées**, et **un accès limité à l'eau potable**. Le secteur informel domine l'économie locale, et **la marche à pied** reste le principal moyen de déplacement.

Situation géographique

La population actuelle de la commune est estimée à environ 150000 habitants. Elle se caractérise par une grande diversité ethnique et culturelle, composée d'étrangers (Ouest-Africains, Angolais, Libanais) et de Congolais locaux.

Situation économique

Sur le plan économique, Barumbu souffre d'une **crise du logement** due à la **surpopulation** et à un **faible niveau de revenus**. L'instabilité des ressources financières et le chômage généralisé aggravent la précarité des ménages, rendant difficile l'accès aux services de base et aux équipements sanitaires.

Situation sociale

Les lotissements sont suroccupés et contiennent en moyenne dix ménages »¹⁵⁵.

La commune présente une forte mixité ethnique et socio-économique. Elle abrite notamment deux camps militaires : le **camp de Ndolo** (abritant également une prison militaire) et le **camp Mbaki**. Ces zones, très pauvres et vulnérables, connaissent un **taux d'emploi faible** et une **insécurité alimentaire récurrente**.

Depuis **2020**, une initiative gouvernementale, « **Kinshasa Bopeto** », a été lancée pour améliorer la salubrité publique et sensibiliser les habitants à l'hygiène environnementale. Cette campagne vise à réduire les maladies endémiques, dont le **paludisme**, fortement lié au sud.

3.1.3 Questionnaires

Dans le cadre de ce travail de recherche, deux guides d'entretiens semi-directif ont été élaborés :

- Un pour les ménages (**Annexe 5**) ;

155

- Un autre pour les acteurs institutionnels et opérationnels (**Annexe 6**).

Ce choix méthodologique s'explique par la nature exploratoire et contextuelle de l'étude, centrée sur la compréhension des pratiques et des perceptions liées à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) à Kinshasa.

L'usage d'un questionnaire standardisé aurait limité la profondeur des réponses et n'aurait pas permis de saisir les dynamiques sociales, culturelles et organisationnelles propre à chaque catégorie d'acteurs.

3.1.4 Fiche d'observation des pratiques (**Annexe 7**)

3.2 Méthode collecte de données

Un seul instrument de collecte des données a été utilisé. Il s'agit d'un guide d'entretien semi-directif.

3.2.1 Enquêtes dans la population urbaine de Kinshasa

Population d'étude : Camp militaire N'dolo, commune de Barumbu

3.2.2 Interviews avec les responsables du PNLP (autorités locales, agents de santé, organismes internationaux) et étudier les différents rapports politiques sur le paludisme (ibidem Annexe 6)

3.2.3 Échantillonnage : bénéficiaires et agents de terrain

Plan détaillé de l'enquête (Annexe 8)

a) Description de l'échantillon : population en possession du MII depuis janvier 2024

L'étude a été menée avec le **consentement éclairé** de tous les participants.

Elle a porté sur un **échantillon total de 101 personnes**, réparties entre les **ménages bénéficiaires et les acteurs institutionnels et opérationnels** intervenants dans la distribution des **moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)**.

L'échantillon se compose de :

- 10 ménages bénéficiaires, représentant 74 personnes ;
- 1 chef de quartier, également commandant du camp militaire de Ndolo et médecin-chef ;
- 15 agents de santé, dont :
 - 5 médecins,
 - 5 infirmiers,
 - 5 agents de distribution des moustiquaires ;
- 1 responsable du PNLP

10 ménages ; un chef de quartier (le commandant du camp militaire (médecin chef), 15 agents de santé (5 médecins, 5 infirmiers et 5 agents de distribution des moustiquaires), un responsable du PNLP.

Structure de la population étudiée (ménage)

Les 10 ménages regroupent un total de 74 personnes dont la répartition démographique est la suivante :

- 4 enfants âgés de moins de 5 ans,
- 48 enfants et jeunes âgés de 5 à 23 ans,
- 21 adultes parmi lesquels :
 - 1 femme enceinte,
 - 1 personne âgée.

Le nombre moyen d'enfants par ménage est estimée à 5.

Pour chaque ménage, une seule personne a été interrogée afin de garantir la cohérence des données.

Répartition selon le genre des répondants

Parmi les 10 personnes interrogées au sein des ménages :

- 8 sont des femmes, dont une adolescente ;
- 2 sont des hommes.

Cette surreprésentation féminine s'explique par la présence fréquente des femmes lors des enquêtes à domicile et leur rôle central dans la gestion du foyer et des pratiques de santé.

b) Critères d'inclusion :

b.1. Ménages qui possèdent le MII et utilisent

b1.1 Représentation et sens du MII pour les ménages

b.2. Ménages qui possèdent le MII et n'utilisent pas

b.2.1 Représentation et sens du MII pour les ménages

3.2.4 Méthode d'analyse des données

3.2.4.1 Traitement et analyse des résultats sur la thématique

Les résultats de l'enquête de terrain seront mis en lumière grâce au guide d'entretien semi-directif et la fiche d'observation préalablement élaborée.

Résultats d'enquête auprès des ménages

Globalisation des résultats par thématique

1) Tableau 7 : Composition de l'échantillon étudiée

Catégorie de participants	Effectif	Précision
Ménages bénéficiaires	10 ménages (74 personnes)	Moyenne de 5 enfants par ménages
Chef de quartier/Médecin chef	1	Commandant du camp militaire de Ndolo
Agents de santé	15	5 médecins, 5 infirmiers, 5 agents de distribution
Responsable PNLP	1	Cadre institutionnel
Total participants direct	27	Interrogés individuellement
Population total étudiée	101 personnes	Participants total enquête

2) Tableau 8 : Composition des ménages enquêtés

ménages	Couples(un homme et une femme)	Nombre d'enfants de <5ans	Nombre d'enfants > 18ans	Personnes enceintes	Personnes âgées/adultes vivant dans le ménage	total	%
1	2	0	3	0	0	5	6,8
2	2	0	6	0	1(adulte vivant dans le ménage)	9	12,2
3	2	2	5	0	0	9	12,2
4	2	0	4	1(Épouse enceinte)	1(grand-mère)	7	9,5
5	2	0	5	0	0	7	9,5
6	2	0	10	0	0	12	16,2
7	2	2	3	0	0	7	9,5
8	2	0	6	0		8	10,8
9	2	0	3	0	0	5	6,8
10	2	0	3	0	0	5	6,8

Total	20	4	48	(1 *)	2	74	100
--------------	-----------	----------	-----------	--------------	----------	-----------	------------

*Remarque : * la personne enceinte est comptabilisée parmi les couples.*

Analyse des résultats

L'observation de ce tableau met évidence plusieurs tendances significatives :

La **population observée se caractérise par une forte proportion de jeunes**, la majorité des membres vivant dans les ménages sont des enfants et jeunes de moins de 23 ans. Cette structure est renforcée par une **fécondité particulièrement élevée**, avec un **taux de natalité estimé à environ 70%**, traduisant la présence de familles nombreuses typiques des zones urbaines populaires à Kinshasa. Les **ménages** comptent ainsi en moyenne **7 à 8 personnes**, dont environ 5 enfants par foyer. La **présence des personnes âgées et des adultes** demeure limitée, avec seulement deux cas recensés (soit 2,7%), illustrant une pyramide des âges fortement déséquilibrée. Enfin, **une situation spécifique** révèle également un ménage comprenant une femme enceinte et deux ménages avec des enfants de moins de 5 ans, une catégorie particulièrement vulnérable au paludisme.

Ces résultats illustrent la forte **densité démographique** et la **vulnérabilité accrue** de cette population face aux maladies transmissibles, comme le paludisme.

Thématique 1 : Représentation et connaissances générales sur la MII dans chaque ménage

Précision sur les personnes enquêtées

Il convient de préciser qu'une personne a été interrogée par ménage, soit un total de 10 répondants principaux. Ces participants sont majoritairement des adultes (parents) représentant leur foyer et disposant d'une bonne connaissance des pratiques d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII).

Toutefois, dans un cas spécifique (le ménage n°4), l'entretien a été réalisée avec une jeune fille âgée de 20ans, interrogée à la place de ses parents afin de recueillir le point de vue des jeunes adultes sur l'usage des MII.

Cette diversité dans le profil des répondants permet d'enrichir la compréhension des perceptions et pratiques intra-familiales liées à la prévention du paludisme à travers l'utilisation des moustiquaires imprégnées.

Tableau 9

Ménages	Représentation sociales (acceptation/rejet/néant)	Croyances associés	Connaissances intérêt MII(1/10)	Autres pathologies associés	Sources informations
1	Néant	Oui	1	Oui	École, Campagne
2	Néant	Oui	1	Oui	Hôpital
3	Acceptabilité (A)	Non	1	Non	Hôpital
4	Rejet(R)	Non	1	Non	Hôpital
5	Acceptabilité(A)	Non	1	Non	Hôpital, Média, Campagne
6	Acceptabilité(A)	Non	1	Non	Hôpital, Campagne
7	Rejet(R)	Non	1	Non	Voisin
8	Rejet(R)	Non	1	Non	Hôpital
9	Néant	Non	1	Non	Hôpital, RECO
10	Néant	Non	1	Non	Hôpital, RECO

L'ensemble des personnes interrogées (10/10) déclarent connaître l'intérêt des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII), en lien avec la prévention du paludisme. Cela reflète un niveau de sensibilisation relativement élevé sur la fonction protectrice de cet outil, ce qui constitue un indicateur positif.

Cependant, cette connaissance coexiste avec des représentations sociales variées au sein de la communauté. Si 3 ménages expriment une acceptation franche du matériel, 3 autres manifestent des formes de rejet probablement liés à des croyances erronées ou à des perceptions négatives du produit (toxiques, nocif, rendrait stérile, etc.) Les 4 ménages restants n'expriment pas d'opinion claire (catégorie « néant »), ce qui peut traduire une absence d'organisation d'activité de discussion communautaire ou manque de jugement personnel influencé par les rumeurs.

En ce qui concerne les canaux de diffusion de l'information, **le milieu hospitalier (professionnels de santé)** est la principale source (90% des cas), suivi par les campagnes de sensibilisation (30%), les RECO (20%) et les médias ou réseaux sociaux (10%). Cela souligne le rôle central du système de santé formel dans la transmission des messages de prévention. Néanmoins, l'implication relativement faible des écoles et des relais communautaires suggère un **potentiel d'amélioration dans la diversification des canaux d'information**, notamment auprès des jeunes et des milieux moins institutionnels.

Enfin, un fait notable est que certains ménages associent l'utilisation des moustiquaires à des pathologies autres que le paludisme, ce qui peut indiquer une certaine confusion sur la finalité du matériel ou une tentative de réappropriation culturelle du dispositif.

Thématique 2 : Pratiques d'utilisation des MII

Tableau 10

Éléments clés	Résultats
Possession et usage	9/10 ménages utilisent la MII, seul 1 refus lié à la chaleur
Durée moyenne d'utilisation	Environ 1 ans ce qui est cohérent avec la dernière campagne
Période d'usage	Utilisation annuelle (jour et nuit pour la majorité)
Lieu d'obtention	100% via la campagne de distribution 2024
Facilité d'installation	Tous trouvent que l'installation est facile
Nombre reçu(suffisant) ?	90% trouvent la quantité insuffisante pour tous les membres de la famille

L'analyse des pratiques d'utilisation, montre que la quasi-totalité des ménages interrogés (9/10) utilisent les moustiquaires imprégnées d'insecticides(MII), reçues lors de la campagne de distribution gratuite 2024. Un seul ménage(où un enfant a été interrogé) déclare ne pas les utiliser, évoquant des raisons de confort : sensation de chaleur et d'étouffement.

L'ensemble des répondants déclarent une utilisation annuelle, souvent jour et nuit avec une durée moyenne d'usage d'environ un an, ce qui correspond bien aux délais de la dernière distribution. Ces résultats sont cohérents avec les normes internationales selon

l'UNICEF et les recherches de Jean Marc Hougard (2008)¹⁵⁶, l'efficacité des MII est estimée à environ 3 ans ou 20 lavages.

Tous les ménages affirment que l'installation des moustiquaires est **facile**. Ce qui est un facteur facilitant leur usage quotidien. Néanmoins, 90% des ménages rapportent que **la quantité reçue était insuffisante** par rapport à la taille réelle de leur foyer. Cette inadéquation entre la taille des ménages (souvent nombreux) et la dotation en moustiquaires constitue une limite importante du dispositif, souvent évoquée dans les commentaires. Certaines familles dénoncent également que le fait que les campagnes **les campagnes de distribution gratuites sont trop espacées (5ans)**, ce qui les poussent à racheter des moustiquaires à des couts difficilement supportables pour certaines.

Thématique 3 : perception sociale et sens symbolique

Tableau 11

Éléments d'analyse	Résultat principal
MII perçue comme objet de santé	100% des répondants
Perceptions alternative dans la communauté	3/10(30%) rapportent des perceptions négatives
Refus ou arrêt d'usage pour effets ressentis	7/10(70%) lient l'arrêt à des effets gênants
Représentation de modernité /éducation	Aucun ménage ne le pense
Présence de rumeurs dans la communauté	3/10 (30%) en signalent

Tous les répondants reconnaissent que les MII sont avant tout perçues comme des objets de santé, dont la fonction principale est la prévention du paludisme. Cette compréhension du dispositif médical est largement partagée, et il n'existe pas, au sein des ménages enquêtés, d'associations entre usage des MII et une quelconque représentation de modernité, d'éducation ou de statut social.

Cependant, une part significative de communauté exprime des **réserves ou croyances négatives**. Trois ménages (30%) rapportent l'existence de rumeurs telles que : "les MII tuent les enfants", "elles rendent les hommes stériles" ou encore "elles sont toxiques pour la santé". Ce type de discours, bien que minoritaire, révèle la persistance de **logiques représentationnelles négatives** pouvant freiner l'adhésion au dispositif.

¹⁵⁶ Ibidem 10

D'un point de vue expérientiel, **7 ménages sur 10** évoquent des **effets désagréables** après la première utilisation, malgré une application conforme des recommandations (aération à l'ombre durant 24h) : sensation d'étouffements, chaleur excessive, démangeaisons, picotements au visage ou aux yeux. Ces ressentis influencent la **continuité de l'usage**, voire entraînent l'abandon.

Enfin, si **aucun ménage ne considère l'usage de la moustiquaire comme un marqueur de modernité**, tous affirment qu'il s'agit d'un outil **universellement utile**, indépendamment du statut économique ou social. Cela confirme que, dans certains contextes, les MII ne sont pas (ou plus) perçues comme un objet stigmatisant ou destiné aux seuls foyers pauvres, mais bien comme un **bien commun de santé publique**.

Thématique 4 : Obstacles et facteurs d'acceptabilités

Tableau 12

Ménages	Acceptabilité (A/NA)	Obstacles à l'usage	Croyances négatives perçues	Suffisance de la promotion (S/I)	Recommandations proposées par les familles
1	A	Chaleur au visage	Non	I	Plus de promotion
2	A	Piqûre visage si non aéré	Non	I	Matériel alternatif plus confortable
3	A	Sensation étrange visage	Non	I	Distribution suffisante pour tous
4	NA	Chaleur, étouffement, picotements	NON	S	/
5	A	Étouffement, chaleur	Non	S	/
6	A	Chaleur, étouffement	Non	I	Distribution annuelle

7	A	Picotements visage et yeux	Non	S	/
8	A	Sensations + croyances (nocivité)	Oui, tue les enfants, stériles	S	Davantage de sensibilisation
9	A	Picotements yeux	Oui : toxicité	S	Plus de moyens pour communication
10	A	Chaleur et étouffement s	Non	I(implicite)	/

Cette thématique met en lumière les facteurs favorisant ou freinant l'acceptabilité de l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticides(MII) au sein des ménages enquêtés dans le camp militaire de N'dolo.

La plupart des répondants (90%) déclarent accepter et utiliser la MII, reconnaissant son rôle dans la prévention du paludisme. Seule une participante (une jeune adulte) exprime un refus, motivé par les effets perçus tels que la sensation d'étouffement, de chaleur, de fourmillements et de picotements au visage, malgré une aération préalable du matériel.

Ces **effets secondaires rapportés** sont d'ailleurs récurrents chez plusieurs usagers, particulièrement lors de la première utilisation. Les ressentis incluent : chaleur excessive, picotements oculaire ou cutanées, sensation d'étouffement ou d'inconfort facial. Ces désagréments constituent des **obstacles importants à un usage régulier**, même chez des individus qui reconnaissent les bienfaits de la MII.

En parallèle, certaines **croyances communautaires persistent**, notamment l'idée que les MII "tuent les enfants", "rendent les hommes stériles" ou "seraient toxiques pour la santé". Ces discours, bien qu'informels, participent à **la non-acceptabilité** du dispositif dans une frange de la population.

Concernant les politiques publiques, seuls 30% des répondants considèrent les efforts de promotion et de sensibilisation comme suffisante. Les autres soulignent plusieurs manques :

- "Une distribution trop espacée (tous les 4-5ans)",
- "Des dotations insuffisantes au regard de la taille des familles",

- “Une absence de relai éducatif efficace”,
- “et des doutes sur la qualité du matériel distribué”.

Thématique 5 : stratégie des acteurs autour des MII

Tableau 13

Ménages	Campagne participation	Distribution auto(A /NA)	Organisation (+/-)	Stimulation d'usage	Info entretien	Suivi état MII	Évaluation pratiques
1	Non	NA	-	Non	Non	Non	Non
2	Oui(hôpital)	A	+	Non	Non	Non	Non
3	Oui(hôpital)	A	+	Oui	Oui	Oui	Oui
4	Non(enfant)	A	Néant	Non	Non	Non	Non
5	Oui (agents + hôpital)	A	+	Non	Non	Non	Non
6	Non	A	+	Oui (RECO)	Oui	Non	Non
7	Oui (3X)	A	+ (avec limites)	Oui	Oui	Non	Non
8	Oui	A	+	Oui (RECO)	Oui	Non	Non
9	Oui	A	+ (avec limites)	Oui	Oui	Non	Non
10	Oui	A	+	Oui	Oui	non	Non

L'analyse des données relatives à cette cinquième thématique révèle que si la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) semble bien organisée au niveau logistique, plusieurs lacunes importantes persistent dans le suivi et l'accompagnement des ménages.

En effet, tous les ménages interrogés affirment recevoir automatiquement les MII, soit par le biais d'une remise directe à l'hôpital, soit via une distribution porte-à-porte par les agents de santé ou les relais communautaires (RECO). Cette automaticité est jugée positive à 100%, en particulier parce que la distribution est proportionnelle à la taille des foyers. Toutefois, 20% signalent un point faible dans cette organisation : en cas d'absence du domicile, aucun second passage n'est prévu et aucune note d'information n'est laissée.

En ce qui concerne **la sensibilisation à l'usage** pendant la distribution, **60% des ménages rapportent avoir reçu des messages informels** sur l'utilité du matériel pour la prévention du paludisme, tandis que **40% disent n'avoir reçu aucune explication. Le manque d'information sur l'entretien du matériel est flagrant**, avec seulement **1% des ménages informé sur ce point**, ce qui soulève un véritable problème de **pérennité d'usage**.

Le suivi-post distribution est également déficient. 90% des familles n'ont jamais reçu de visite d'évaluation sur l'état du matériel distribué ou sur leurs pratiques d'usages. Cela a pour conséquence que les familles doivent assumer seules la charge du remplacement des MII usagers ou endommagés, ce qui peut constituer un obstacle économique, surtout pour les familles nombreuses.

L'autre point de tension relevé concerne la fréquence de distribution : les campagnes se déroulant tous les quatre à cinq ans sont perçues comme trop espacées, ne prenant pas en compte la durée de vie moyenne des MII (trois ans selon l'OMS). En réponse de nombreuses familles recommandent une distribution annuelle.

Thématique 6 : Suggestion d'amélioration par les bénéficiaires

a) Concernant le matériel

Tableau 14

Demande	Pourcentages/constats
Besoin de prise en compte du nombre de personnes par ménages	40% des ménages estiment que le nombre de moustiquaires reçues est insuffisant, surtout dans les familles nombreuses. Certaines familles déclarent n'en avoir reçu qu'une seule ou pas du tout.
Demande de changement du model actuel de MII	De nombreux ménages critiquent l'aspect esthétique ou matière des MII actuelles, ce qui nuit à leur acceptabilité (couleur, texture du tissu, forme).
Suivi du matériel par les agents	Besoin clairement exprimé pour que les agents repassent après la distribution afin de vérifier l'état du matériel et accompagner les ménages dans l'usage durable.
Écoute des raisons de non-utilisation	Les ménages demandent que les autorités et ONG intègrent les retours communications

	pour améliorer la qualité et acceptabilité.
--	---

b) Moyens pour sensibiliser à une plus grande échelle

Tableau 15

Moyens proposés	Pourcentage cité
Campagnes communautaires	60%
Médias(TV, réseaux sociaux)	50%
Système éducatif(écoles)	10%
Relais communautaires(RECO)	20%

L'usage des **médias moderne** est de plus en plus pertinent car les ménages indiquent qu'une **part. croissante de la population a accès à la TV ou aux réseaux sociaux**. L'école reste marginalement citée, mais pourrait être **valorisée à long terme** pour éducation préventive dès le jeune âge.

c) Avis sur la distribution gratuite

Tableau 16

Proposition	Pourcentage d'adhésion
Distribution gratuite jugée positive	80%
Capacité à acheter soi-même des MII (moyens financiers)	Seulement 20%
Augmentation de la fréquence distribution	60% souhaitent une distribution annuelle (contre 4-5 ans) actuellement
Augmenter les quantités distribuées (taille des familles)	40% insistent sur la prise en compte du nombre d'enfants par ménages, en particulier dans les familles nombreuses (« les militaires font beaucoup d'enfants »)

d) Avis sur les campagnes de sensibilisations

Tableau 17

Indicateur	Pourcentage/constat
Volonté de renforcer la fréquence et la qualité de la sensibilisation	40% des ménages souhaitent d'avantage de campagne centrées sur les pratiques d'usages efficient ;
Satisfaction sur la campagne 2024	100% d'avis positifs, notamment car les enfants présents au domicile recevaient les MII même en absence des parents

e) Avis des bénéficiaires sur le suivi post-distribution

Tableau 18

Indicateur	Constat
Passage des agents après distribution (évaluation d'usages)	100% de ménages déplorent l'absence de suivi post-distribution
Besoins exprimés	Vérification de l'état du matériel, réactions physiologiques, accompagnement sur l'usage, sensibilisation continue pour renforcer les comportements.

D'après les suggestions exprimées par les bénéficiaires, plusieurs axes d'améliorations se dégagent tant au niveau de la distribution que du suivi des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII). Tout d'abord, la **quantité de matériel distribué** ne semble toujours adaptée à **la taille réelle des ménages**, ce qui compromet l'usage universel au sein des familles nombreuses. **40% des participants souhaitent une répartition équitable**, prenant en compte le nombre effectif de personnes par ménages. De plus des critiques récurrentes concernent **l'esthétisme et la texture** des MII distribuées, jugées inadaptées , parfois inconfortables et peu attractives.

Les bénéficiaires appellent à une réforme de la fréquence de distribution, jugée trop espacée (4 à 5 ans), en faveur d'un **rythme annuel**, plus en adéquation avec la durée d'efficacité réelle du matériel. Une amélioration majeure résiderait également dans la **mise en place systématique d'un suivi post-distribution**, aujourd'hui inexistant, pour évaluer à la fois **l'état du matériel** et les **pratiques d'usages efficient**.

En matière de **sensibilisation**, la majorité des ménages souhaitent davantage d'efforts via des **campagnes communautaires** (60%) et les **médias** (TV, réseaux sociaux=50%), considérés

comme les plus efficaces pour toucher un large public. Les relais communautaires (RECO) et le milieu scolaire apparaissent comme des vecteurs complémentaires.

Enfin, bien que **l'accès gratuit au matériel soit plébiscité à 80%**, une minorité (20%) seulement est en capacité d'en acheter en cas de besoin. Cela souligne l'importance d'un **engagement soutenu des autorités et ONG** pour garantir une couverture universelle durable, accessible aux plus démunis.

Résultats enquête institutionnels et opérationnels

Partie 1 : Autorités locales (chefs de quartier/commandement militaire)

Les critères retenus pour désigner les quartiers considérés comme zones prioritaires reposent principalement sur la précarité économique, la taille des ménages (notamment familles nombreuses avec enfants de <5ans), la présence de femmes enceintes révélant un taux de natalité élevé, ainsi que divers indicateurs sanitaires tels que la **mortalité et l'incidence du paludisme**. Cette **logique de ciblage, bien que cohérente sur le plan opérationnel**, est **diversement perçue par les habitants**, certains déclarent **n'avoir pas reçu** de MII simplement parce qu'ils étaient absents lors du passage des agents. Dans ce dispositif, **les autorités locales jouent un rôle déterminant dans la campagne de distribution**: elles assurent la coordination logistique, supervisant la gestion des stocks, la distribution du matériel et l'orientation des équipes, tout en agissant comme relais communautaire chargé de transmettre les plaintes et besoins spécifiques.

Toutefois, un point de fragilité majeur apparaît malgré une organisation initiale solide : **l'absence d'un véritable suivi post-distribution limite l'impact de la campagne**, un **manque que les responsables locaux eux-mêmes reconnaissent comme structurel et récurrent**.

Logistique de distribution

Tableau 19

Indicateur	Constat
Accessibilité du camp militaire	Bonne accessibilité logistique
Problème majeur	Insuffisance du matériel distribué pour couvrir tous les besoins (notamment familles nombreuses de militaires)
Difficultés terrain	Certaines zones inaccessibles (routes dégradées ou impraticables), habitats non adaptés à l'installation des moustiquaires
Utilisation détournée	Vente, clôture, pêche, tenues de mariage

Les obstacles à l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides restent nombreux et s'ancrent à la fois dans des croyances erronées que des expériences corporelles désagréables. En effet, des représentations persistantes (comme l'idée que les moustiquaires seraient toxiques, qu'elles provoqueraient une stérilité masculine, qu'elles mettraient en danger les enfants, ou qu'elles entreraient en conflit avec les croyances religieuses) alimentent la méfiance et freinent leur adoption. A ces perceptions s'ajoutent des réactions physiologiques souvent rapportées lors des premières utilisations, notamment des sensations de chaleur, d'étouffements, de picotements ou de démangeaisons, qui renforcent le refus ou l'abandon de la moustiquaire. Ainsi, entre croyances culturelles profondément ancrées et inconfort ressenti, plusieurs dimensions convergent pour limiter l'usage effectif d'un outil pourtant central dans la prévention du paludisme.

Suggestion d'amélioration

Tableau 20

Proposition	Motif
Augmenter la fréquence de sensibilisation	Maintenir l'adhésion communautaire
Doubler les quartiers distribués	Adapter aux tailles réelles des familles
Revoir la qualité du matériel	Réduire les plaintes liées à l'inconfort
Réduire l'écart de distribution	De 5 ans à 2 ans

Partie 2 : agents de santé (médecins, infirmiers, agents de distribution(RECO))

Échantillon des agents interrogés

Tableau 21

Catégorie	Nombre	Total
Médecins	5	5
Infirmiers	5	5
Agent de distribution(RECO)	5	5
Total	15	15

Constats médicaux et épidémiologiques

Les informations collectées montrent que les **symptômes les plus fréquents** associés au paludisme sont la fièvre, les céphalées, les frissons et les courbatures, confirmant la forte prévalence de cette maladie dans la zone étudiée. Les **groupes les plus vulnérables** demeurent

les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans ainsi que les jeunes âgés de 12 à 23 ans, dont la fragilité immunitaire ou les conditions de vie renforcent l'exposition au risque. Dans ce contexte, le paludisme continue de représenter l'**une des principales causes de consultation**, témoignant à la fois de son implantation endémique et de son impact direct sur les dynamiques sanitaires locales.

Rôle des agents dans la campagne 2024

Tous les agents (100%) ont participé

- Supervision
- Distribution
- Sensibilisation communautaire
- Information ciblée (consultations prénatales, visite porte -à-porte)

Méthodes de sensibilisation

Tableau 22

Lieux/méthodes	Actions
Consultations prénatales	Information, vérification d'usage, corrections si besoin
Porte-à-porte (RECO)	Réexplications, adaptation aux contextes
Sensibilisation sur le terrain	Prévention + usage efficient contre le paludisme

Obstacles signalés à l'utilisation correcte

Tableau 23

Types d'obstacles	Proportion	Détails
Culturels	20%	Coutumes traditionnels privilégiées à la modernité
Religieux	50%	Croyances interdisant l'usage de MII
Pratiques/environnementaux	100%	Logements inadaptés, chaleur, inconfort, confusion sur l'exposition au soleil

Ces obstacles **complexifient fortement** les campagnes de sensibilisations, d'après les agents interrogés.

Suivi post-distribution

Tableau 24

Agents	Taux de déclaration d'un suivi
Médecins/Infirmiers	40% affirment un seul passage post-campagne pour retour d'expérience
RECO	20% disent avoir effectué des passages porte-à-porte
Tous les agents	90% déclarent l'absence totale de suivi rigoureux des usagers ou des pratiques

Autres constats pertinents

Selon les agents, près de 80% estiment que **la population comprend** l'utilité des moustiquaires imprégnées et les utilise correctement dès lors qu'une sensibilisation adéquate est réalisée. Pourtant, plusieurs réclamations persistent, portant principalement sur la **mauvaise qualité du tissu**, l'apparition précoce de trous et la confusion récurrente autour du temps d'aération nécessaire avant la première utilisation. Par ailleurs, environ 20% des agents considèrent qu'**une part significative de la population continue de mal utiliser les MII** ou **ignorent encore le moment approprié pour les installer**, révélant ainsi une disparité dans la compréhension et l'appropriation des pratiques de prévention.

Les autorités locales jouent un rôle fondamental dans la coordination logistique de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) au sein des communautés. Elles participent à la sélection des bénéficiaires sur bases de critères sociaux et sanitaires (précarité, natalité, vulnérabilité au paludisme). Toutefois, elles déplorent unanimement le manque ou l'absence totale de **suivi-post campagne**, ainsi que les obstacles logistiques et socio-culturels freinant l'adhésion communautaire.

De leur côté, les agents de santé, y compris les RECO, ont activement participé aux campagnes de distribution et à la sensibilisation sur l'usage des MII. Néanmoins, plusieurs obstacles ont été identifiés : **inconfort d'utilisation, problèmes pratiques (habitat, chaleur), croyances religieuses et culturelles erronées, absence de relai post-distribution**, etc.

L'absence quasi-généralisée d'un mécanisme structuré de suivi post-distribution, en particulier pour évaluer les pratiques d'usages, est signalée comme un facteur majeur limitant l'impact de la campagne sur le long terme.

Proposition de stratégie éducative efficace pour une meilleure adhésion des populations au matériel

a) Renforcement de l'éducation communautaire par des canaux variés

Objectif : Élargir la portée de l'information pour ancrer l'usage des MII dans les habitudes de toutes les couches sociales.

- **A l'hôpital/consultations prénatales**

- Impliquer systématiquement les sage-femmes pour sensibiliser les femmes enceintes.
- Former les soignants à relayer les messages préventifs de façon régulière

- **Dans les écoles**

- Intégrer l'éducation sur le paludisme et les moyens de prévention dans les programmes scolaires.
- Organiser des journées de sensibilisations avec démonstrations pratiques100% d'agents de terrain s'accordent sur différentes actions à revoir :

- **Par les médias nationaux et numériques**

- Utiliser la télévision (ex : spot après le journal) et les réseaux sociaux (Facebook, WhatsApp) pour relayer des messages simples, ciblés, en langues locales.
- Créer des campagnes de sensibilisations périodiques, y compris en dehors des périodes de distribution.

NB : 100% d'agents de terrain soutiennent cette diversification des canaux éducatifs

b) Amélioration de l'environnement sanitaire

Objectif : Réduire les foyers de prolifération des moustiques

- Campagne de nettoyage et d'assainissement (stagnation d'eaux, immondices) en partenariat avec les collectivités locales et les ONG.
- Priorités aux zones identifiées comme les plus touchées par le paludisme ;

c) Pérennisation et systématisation de la sensibilisation

- Ne pas attendre les pics de paludisme pour agir

- **Organiser des campagnes périodiques, porte-à-porte, bouche-à-oreille, rencontres communautaires.**
- **S'inscrire dans une logique de continuité et de renforcement des acquis comportementaux.**

d) Mise en place d'un véritable mécanisme de suivi post-distribution

1. Recommandations concrètes

- Organisation systématique de visites à domicile après distribution
- Objectifs des visites
 - Vérification des pratiques d'usage
 - Écoute des obstacles rencontrés (sociaux, culturels, économiques, matériels)
 - Réexplication si nécessaire
- Implication renforcée des RECO
 - Proximité géographique et sociale > meilleure écoute
 - **Fréquence de passage périodique, en face-à-face, plutôt que via appel téléphonique.**

2. Recommandations politiques et institutionnels

A l'endroit du PNLP

- Repenser sa stratégie de **communication et de proximité.**
- Renforcer la présence sur le terrain et l'implication des relais locaux.

Au ministère de la santé

- Accentuer les efforts éducatifs sur la maladie et la prévention
 - **Intensifier la formation du personnel de santé et des agents de distribution et de sensibilisation.**
3. Amélioration de la distribution et du matériel

Tableau 25

Problèmes identifiés	Recommandations
Qualité du matériel jugée mauvaise	Revoir la manière, le design, la respirabilité des moustiquaires
Insuffisance par ménage	Adapter le nombre de MII au nombre effectif d'individus
Fréquence jugée trop espacée (4-5ans)	Ramener à 1 ou 2 ans, en fonction du niveau d'usure observé

Partie 3 : représentants internationaux et partenaires techniques (PNLP)

Mission principale de l'organisme

Le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) a pour mission de promouvoir l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) comme moyen essentiel de prévention de la transmission du paludisme. L'organisme organise également des campagnes d'éducation et de sensibilisation destinées aux professionnels de santé afin de renforcer leurs connaissances sur l'importance de cet outil de prévention.

Actions mises en œuvre lors de la campagne 2024

Les activités ont porté sur la sensibilisation et la formation des professionnels de santé à l'utilisation des MII, la formation des de distribution ainsi que la mobilisation des ressources financières et matérielles nécessaires à la mise en œuvre efficace de la campagne.

Enjeux logistiques rencontrés à Kinshasa

- La difficulté de stocker les MII dans des lieux secs afin d'éviter leur détérioration ;
- L'inaccessibilité de certaines zones reculées, particulièrement durant les périodes de fortes pluies ;
- Le manque de personnel de distribution, rendant difficile la couverture complète des ménages.

Évaluation des relations avec les autorités locales et les districts de santé

Une faible collaboration entre différents acteurs a été observée. Cette situation découle principalement d'un manque de coordination, de communication et d'implication entre les parties prenantes (organisme, autorités locales et communautés), compromettant ainsi la réussite des interventions.

Évaluation post-distribution

Selon le responsable interrogé, une évaluation post-distribution a bien été réalisée. Les résultats indiquent que la population cible n'a pas été totalement atteinte en raison d'un manque d'informations précises sur le nombre réel de bénéficiaires. Plusieurs ménages ont exprimé leur mécontentement déclarant ne pas avoir reçu de moustiquaires.

Compte rendu de la campagne et défis rencontrés

- Planifier minutieusement les interventions avant leur mise en œuvre ;
- Évaluer les besoins réels des ménages ;

- Recenser de manière précise les bénéficiaires cibles
- Renforcer les ressources financières ;
- Améliorer la gestion et l'affectation du personnel de distribution ;
- Optimiser la gestion des stocks.

Recommandations pour les interventions futures

- Planifier les interventions avant leur déploiement ;
- Évaluer les besoins logistiques, notamment en matière de personnel et de matériel ;
- Estimer les quantités nécessaires selon la population cible et les zones à risque ;
- Renforcer la collaboration avec les autorités locales, les instances politiques et les organisations communautaires ;
- Assurer une meilleure coordination du processus de distribution ;
- Garantir un approvisionnement régulier et une gestion optimale des stocks afin d'éviter les pénuries ou le gaspillage ;
- Intensifier les actions de sensibilisation communautaires à l'utilisation correcte des moustiquaires.

Suggestions

Former et assurer la formation continuée des agents de distribution sur l'importance des MII dans la lutte contre le paludisme, en intégrant des messages de santé publique visant à renforcer l'adhésion communautaire.

Résultats de l'enquête d'observation

Zone d'étude

Camp militaire de Ndolo, commune de Barumbu

1. Contexte général

Type d'habitat

L'analyse du type d'habitat observé révèle que 30% des logements sont construits en tôle, disposée de manière dense, souvent exposés à une forte chaleur durant la journée. En revanche, 70% des habitations sont en brique, de type modeste, avec une toiture en tôle et un aménagement relativement adéquat.

État des lieux des logements

Environ 60% des habitations présentent une forte promiscuité et une ventilation insuffisante, tandis que 40% bénéficient d'une bonne luminosité naturelle.

Environnement immédiat

Dans 60% des cas, les ménages vivent dans un environnement insalubre caractérisé par une densité élevée de personnes par logement, des cours sablonneuses et des routes non asphaltées. Les 40% restants disposent d'un cadre plus salubre.

Conditions de vies

La moitié des ménages (50%) vit dans des conditions précaires, en revanche l'autre moitié bénéficie d'un cadre de vie relativement satisfaisant.

Présence et utilisation des moustiquaires

La totalité des ménages observée (100%) possèdent au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Cependant leur mode d'installation varie : 60% des moustiquaires sont suspendues dans les chambres, 30% au-dessus des lits, et 1% à la fenêtre.

Concernant le moment d'utilisation, 80% des ménages déclarent utiliser uniquement la nuit, tandis que 20% l'utilisent de jour comme de nuit.

Densité de la population

L'observation met en évidence une forte démographie au sein des ménages : 80% présentent une concentration importante liée au nombre moyen d'enfants par famille (environ cinq), et 70% comptent un nombre élevé de personnes par logement. Toutefois, seuls 20% des ménages disposent d'un confort familial jugé satisfaisant par rapport au voisinage.

2. Composition et caractéristiques socio-démographiques des ménages enquêtés

L'enquête d'observation a porté sur 10 ménages résidant dans le camp militaire de Ndolo, commune de Barumbu. Au total 74 personnes ont été recensés, dont 22 adultes, 4 enfants de moins de cinq ans, 46 enfants âgés de 5 à 23ans, et une femme enceinte.

a. Structure des ménages

La taille des ménages est d'environ **7 à 9 personnes**, traduisant une densité familiale élevée. Cette composition démographique révèle un fort taux de dépendance, les enfants représentent près des deux tiers de la population observée. Ce profil est caractéristique des familles à revenu limité, où la charge démographique peut constituer un fardeau aggravant de vulnérabilité socio-économique.

b. Répartition par âge et par sexe

La population observée se compose principalement d'adultes en âge de travailler (22 individus, soit environ 30% du total) et d'enfants ou jeunes (46, soit plus de 60%). Cette structure

démographique jeune reflète la dynamique générale des populations urbaines à faible revenus en République démocratique du Congo, où la fécondité reste élevée et la transition démographique incomplète.

c. Situation professionnelle des parents

L'ensemble des pères de famille (100%) exerce une activité militaire en service actif, tandis que la presque totalité des mères (99%) ne possède pas d'activité professionnelle formelle et se consacre aux tâches domestiques. Une seule mère exerce une activité commerciale ou informelle.

Cette répartition traduit une **forte dépendance économique des ménages vis-à-vis du revenu unique du père**, ce qui peut limiter la capacité des familles à répondre à leurs besoins essentiels, notamment en matière d'autonomie économique et d'éducation.

L'absence d'autonomie économique des femmes constitue également un frein à la mise en œuvre de comportements favorables à la santé (utilisation régulière des moustiquaires, accès aux soins prénatals, etc.), un aspect souvent souligné dans la littérature sur les déterminants sociaux du paludisme.

d. Présence de groupes à risque

L'observation révèle la présence d'une femme enceinte et de quatre enfants de moins de cinq ans parmi les ménages enquêtés. Ces deux groupes représentent des **catégories particulièrement vulnérables au paludisme**, en raison de leur immunité partielle ou affaiblie. La couverture effective et l'usage adéquat des moustiquaires imprégnées d'insecticides au sein de ces foyers apparaissent donc comme un enjeu prioritaire de santé publique.

e. Analyse synthétique

Dans l'ensemble, la composition des ménages étudiés reflète

- Une **forte dépendance démographique** liée au nombre élevé d'enfants ;
- Une mono-professionnalisation masculine (tous pères militaires) ;
- Une **faible participation économique des femmes** ;
- Et la présence de groupes à haut risque (femmes enceintes et jeunes enfants).

Ces caractéristiques structurelles renforcent la vulnérabilité des ménages face aux maladies transmissibles comme le paludisme, en limitant leurs capacités d'adaptation et de prévention. La planification des interventions sanitaires devrait ainsi tenir compte de ces réalités socio-économiques et familiales pour garantir une réponse efficace et durable.

3. *Utilisation des moustiquaires imprégnées*

Disponibilité et utilisation générale

L'ensemble des ménages observés (100%) possède au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticides (MII), signifiant une bonne couverture en matériel préventif dans la zone étudiée. Toutefois, l'utilisation effective et la qualité du matériel varient d'un ménage à l'autre.

La plupart des familles (99%) utilise les moustiquaires exclusivement pendant la nuit, contre seulement 1% qui les utilise à la fois le jour et la nuit. Cette tendance confirme la perception largement répandue selon laquelle les moustiquaires piquent principalement la nuit, ce qui limite la protection durant d'autres périodes d'expositions, notamment au crépuscule et à l'aube.

Lieux d'installation et condition d'utilisation

Les moustiquaires sont installées majoritairement dans les chambres (60%), mais leur positionnement reste souvent inadéquat : elles ne sont pas toujours suspendues directement au-dessus des lits.

Environ 30% des moustiquaires sont correctement installées sur les lits, tandis qu'une minorité (1%) est suspendue à la fenêtre. Cette observation souligne un écart entre la possession et l'utilisation correcte du matériel, qui peut réduire son efficacité dans la prévention des piqûres infectantes.

État et entretien du matériel

Concernant l'état des moustiquaires, 60% des ménages disposent de MII en bon état et bien entretenues contre 40% présentant un état dégradé (trouées, mal entretenues ou repliées).

Les moustiquaires trouées ou non installées sur les lits compromettent leur fonction protectrice, singulièrement pour les enfants et les femmes enceintes, qui constituent des groupes à haut risque. Ce constat met en évidence un **problème de durabilité et d'entretien du matériel**, souvent lié à un manque d'information ou de moyens pour remplacer les moustiquaires usées.

Répartition de l'utilisation au sein des ménages

Dans la majorité des foyers, la moustiquaire est utilisée collectivement par tous les membres de la famille. Cependant dans certains ménages observés, l'utilisation des MII révèle des inégalités importantes dans la répartition de la protection. Ainsi, dans le ménage 2, les moustiquaires sont principalement utilisées par les parents, ce qui laisse une partie des enfants sans protection adéquate durant la nuit. De même, dans le ménage 6, plusieurs enfants dorment ensemble sous les quelques moustiquaires disponibles, situation qui témoigne d'**une insuffisance manifeste de matériel par rapport au nombre total de personnes à protéger**.

Ces observations confirment la nécessité d'une meilleure **adéquation entre le nombre de moustiquaires distribuées et la taille réelle des ménages**, surtout dans les zones à forte densité familiale comme le camp militaire de Ndolo.

Analyse synthétique

L'analyse des données révèle une **bonne couverture en MII**, mais une utilisation hétérogène selon les ménages. Si la sensibilisation sur l'importance de l'utilisation nocturne des moustiquaires semble globalement acquise, plusieurs efforts supplémentaires restent nécessaires pour renforcer l'éducation sanitaire portant sur l'installation correcte des moustiquaires, de promouvoir leur entretien régulier ainsi que leur remplacement lorsqu'elles deviennent endommagées, et d'assurer une distribution proportionnelle au nombre de personnes dans les ménages. Par ailleurs, une attention particulière doit être accordée à la sensibilisation autour d'une utilisation élargie, notamment au crépuscule et à l'aube, périodes durant lesquelles les enfants jouent fréquemment à l'extérieur et demeurent particulièrement exposés aux piqûres de moustiques.

Ces résultats suggèrent que la possession d'une moustiquaire ne garantit pas toujours une protection efficace. **La qualité, l'entretien et le comportement d'usage** constitue des déterminants essentiels de la performance des campagnes de lutte contre le paludisme.

4. Comportements et représentations observés

Installation et utilisation du matériel

Dans l'ensemble des ménages observés, les moustiquaires sont suspendues de façon correcte aux quatre coins du lit, ce qui traduit une appropriation adéquate du matériel. Cependant, plusieurs répondants (adultes comme enfants) ont exprimé des **plaintes liées à l'inconfort** ressenties durant l'utilisation particulièrement une sensation de chaleur, d'étouffements et d'air insuffisant sous la moustiquaire. Ces effets secondaires perçus peuvent, à terme, **réduire l'observance** de l'utilisation régulière, surtout chez les enfants qui manifestent une résistance plus marquée à dormir sous la moustiquaire.

Représentations, croyances et perceptions

L'analyse des discours spontanés révèle une **perception globalement positive** de la moustiquaire comme outils de prévention. Tous les utilisateurs (100%) reconnaissent la **fiabilité, l'efficacité et la pertinence sanitaire** du dispositif dans la lutte contre le paludisme. Néanmoins, 40% des ménages rapportent avoir entendu dans leur entourage que les moustiquaires contiendraient des **produits toxiques ou nocifs pour la santé**, ce qui alimente certains doutes ou réticences, bien que ces croyances ne se traduisent pas ici par un refus d'utilisation.

Ces perceptions contrastées illustrent l'influence du contexte communautaire et des représentations sociales sur les comportements préventifs. La confiance dans le matériel repose

souvent sur des expériences individuelles positives, mais demeure vulnérable face aux **rumeurs et informations non vérifiées** circulant dans la communauté.

Entretien du matériel

Tous les ménages interrogés déclarent laver leurs moustiquaires régulièrement à l'eau et au savon, de la même manière qu'un tissu ou un rideau. Si cette pratique traduit un souci d'hygiène, elle peut, à la longue, **altérer l'efficacité insecticide** des moustiquaires en réduisant la concentration du produit actif.

Association avec d'autres pratiques préventives

Aucun ménage n'a mentionné l'usage d'autres méthodes de prévention complémentaire (insecticides, répulsifs, assainissements, ou destruction des gîtes larvaires).

Cette absence d'approche combinée traduit une **dépendance exclusive à la moustiquaire** comme moyen de lutte contre le paludisme, ce qui limite l'efficacité globale de la prévention, surtout dans un environnement propice à la prolifération des moustiquaires.

Cette méconnaissance du protocole d'entretien approprié (lavage espacé, séchage à l'ombre, etc.) souligne la nécessité de **renforcer la communication sanitaire** autour des consignes techniques de préservation des MII.

Analyse synthétique

Les comportements observés témoignent d'une bonne acceptabilité sociale des MII, mais également d'une adhésion fragile en raison de l'inconfort et de certaines croyances persistantes. Ces résultats illustrent l'importance de la dimension comportementale et psychosociale dans les programmes de santé publique : la possession et l'installation correcte du matériel ne suffit pas à garantir une utilisation optimale.

Un accompagnement communautaire continu, axé sur la communication interpersonnelle, la correction de fausses. Croyances et l'éducation sanitaire, apparait essentiel pour consolider la confiance et encourager une utilisation durable des moustiquaires.

5. Logiques et stratégie des acteurs

Provenance du matériel

L'ensemble des ménages interrogés (100%) déclare avoir reçu les moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) gratuitement lors de la **campagne nationale de distribution de 2024**, conduite par les services de santé publique.

Cette distribution constitue la **principale source d'acquisition** des MII, confirmant la dépendance quasi exclusive des ménages à la politique publique de prévention du paludisme. Seul un ménage mentionne avoir reçu la moustiquaire lors d'une **consultation prénatale**, ce qui montre également le rôle de relais des structures de santé dans la continuité des programmes préventifs.

Raisons d'usage

Les ménages associent unanimement l'usage de la moustiquaire à deux fonctions essentielles, considérées comme indissociables : d'une part, **la protection contre les piqûres de moustiques**, et d'autre part, **la prévention du paludisme**. Cette double fonction, reconnue à 100%, témoigne d'une compréhension claire du rôle sanitaire attribué à la moustiquaire au sein des foyers.

Cette connaissance généralisée de la finalité du matériel traduit un niveau élevé de sensibilisation et une intériorisation du message de santé publique diffusé lors des campagnes de distribution.

Logique d'usage au sein des ménages

Si tous les ménages affirment utiliser les moustiquaires, leur répartition interne varie selon la taille de la famille et la composition des membres.

Environ 80% des ménages déclarent que la quantité de moustiquaires distribuée est insuffisante par rapport à leurs besoins réels. Cette insuffisance en moustiquaires conduit les ménages à développer différentes stratégies d'adaptation interne. Parmi celles-ci figurent la **priorisation systématique des personnes les plus vulnérables (notamment les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées)**, le **partage d'une même moustiquaire entre plusieurs enfants lorsque le matériel disponible est insuffisant**, ainsi que la **mise en réserve de certaines moustiquaires afin de disposer d'un stock de remplacement en cas de dégradation des autres**.

Ces pratiques traduisent une logique d'équité sanitaire au sein du foyer, mais également les limites logistiques du dispositif de distribution qui ne tient pas toujours compte du nombre de personnes par ménage.

Stratégies appropriatives et absence de détournements

Aucun ménage n'a signalé de **détournement d'usage** des moustiquaires à d'autres fins (pêche, jardinage, filtrations, etc.), contrairement à certaines observations relevées dans d'autres contextes africains.

Cette absence de détournements dans cette communauté, confirme que la **valeur symbolique et sanitaire** de la moustiquaire est bien intégrée : elle est perçue avant tout comme un “ **objet de santé**” et non comme un bien domestique polyvalent.

Analyse synthétique

Les ménages observés témoignent d'une **adhésion forte aux objectifs du programme national de lutte contre le paludisme**, fondée sur la reconnaissance du rôle protecteur des MII. Pourtant, l'étude met en évidence une **discordance entre la politique de distribution uniforme et la réalité démographique des foyers militaires**, souvent plus nombreux.

La pénurie relative de moustiquaires dans certains foyers conduit à des **stratégies d'adaptation** qui, bien qu'efficaces à court terme, peuvent compromettre la couverture préventive globale du ménage.

Ces résultats soulignent la nécessité d'une **approche de distribution plus différenciée**, fondée sur le **nombre réel de membres par ménage**, ainsi qu'un **renforcement du suivi post-distribution** pour s'assurer de la couverture universelle effective.

6. Interaction avec les acteurs et analyse réflexive de l'observation

Interactions avec les acteurs communautaires et institutionnelles

Les ménages enquêtés rapportent unanimement (100%) que la dernière intervention des **agents de santé, ONG, ou relais communautaire (RECO)** remonte à la **campagne nationale de 2024**, lors de laquelle les moustiquaires avaient été distribuées.

Depuis cette période, **aucune activité de suivi ou de sensibilisation** n'a été observée au sein des ménages, et **aucun support visuel** (affiche, dépliant ou guide) n'a été retrouvé dans les domiciles.

Concernant la perception de ces interventions, **tous les participants** (100%) se montrent favorables aux campagnes de sensibilisation et en reconnaissent la pertinence sanitaire.

Ils saluent les efforts du gouvernement et encouragent la **poursuite de ces initiatives**, tout en formulant plusieurs **recommandations récurrentes** :

- Adapter la **quantité des moustiquaires distribuées** à la **taille réelle des ménages**, souvent plus importante que celle recensée initialement ;
- Effectuer un **recensement préalable** avant chaque campagne afin de garantir une distribution plus équitable ;

- Réduire la **périodicité des campagnes** (actuellement de 4-5ans) à une **fréquence annuelle**, compte tenu de l'usure rapide du matériel ;
- Améliorer la **qualité physique des moustiquaires**, jugées parfois trop rigides ou inconfortables, et vérifier l'**innocuité des produits** insecticides utilisés ;
- Fournir dans la mesure du possible, un **équipement complémentaire** (lits, matelas adaptés) pour permettre une meilleure installation et utilisation du matériel.

Ces observations traduisent une **implication citoyenne réelle** dans la réflexion sur les politiques publiques, mais également une **demande explicite d'amélioration structurelle** du dispositif de prévention.

Analyse réflexive sur les dynamiques sociales et les conditions de l'enquête

L'observation de terrain s'est déroulée dans un **contexte d'accueil positif** : la majorité des familles se sont montrées **ouvertes, disponibles et collaboratives**.

Les participants ont exprimé un **intérêt marqué** pour le sujet et une **forte conscience des enjeux sanitaires** liés au paludisme.

Cependant, plusieurs **contraintes environnementales et sociales** ont influencé le déroulement des entretiens. La **chaleur importante** dans les habitations en tôle, associée à une forte promiscuité caractéristique des logements précarisés, a parfois rendu les échanges moins confortables. Le **bruit ambiant** et la présence constante d'enfants ont également compliqué certaines phases d'observations. Dans la majorité des ménages, l'**accès** à certaines pièces, notamment les chambres, a été **restreint** pour des raisons d'intimité, limitant ainsi la possibilité d'observer directement les conditions d'installation des moustiquaires. Enfin, une **méfiance initiale** a été exprimée par certains jeunes adultes, bien qu'elle se soit rapidement dissipée après la présentation claire des objectifs de l'étude et du cadre méthodologique.

7. Note personnelle de l'observatrice

Réflexion sur l'ambiance et les dynamiques sociales observées

L'observation de terrain s'est déroulée dans un climat socialement favorables : les rencontrés se sont montrés ouverts, accueillant et disponibles au dialogue. L'ensemble des familles s'est révélé conscient des enjeux sanitaires liés au paludisme et motivé à l'utiliser correctement les MII .

La majorité des participants manifestent une appropriation positive du matériel distribué , bien que certaines limites soient rapportées, notamment la quantité insuffisante de moustiquaires reçues par rapport à la taille réelle des ménages.

Les conditions de vie observées sont **très hétérogènes** : certains foyers disposent d'un habitat relativement stable et bien ventilé, tandis que d'autres vivent dans des logements précaires et exiguës souvent construites en tôle, accentuant la **chaleur étouffante** et la **promiscuité**. Ces facteurs environnementaux influencent non seulement la qualité du sommeil mais également le confort et la **régularité d'utilisation des MII**.

Malgré ces contraintes, la **perception du matériel demeure globalement positive**. Les ménages reconnaissent tous l'efficacité des MII dans la protection contre les piqûres de moustiques et la **prévention du paludisme**, tout en faisant état des **rumeurs communautaires persistantes** sur la toxicité. Ces représentations contradictoires témoignent d'une **tension entre savoirs scientifiques et croyances populaires**, qui mérite d'être intégrée dans les stratégies futures de communication sanitaire.

Difficultés rencontrés sur le terrain

L'accès **au camp militaire de Ndolo**, et aux différents ménages s'est globalement avéré aisé. Cependant, plusieurs obstacles méthodologiques ont été rencontrés au cours de l'enquête. L'observation des chambres est demeurée partielle en raison du respect de l'intimité des ménages, ce qui a limité l'accès direct à certains espaces clés. Par ailleurs, la chaleur particulièrement élevée dans les habitations en tôle ou en brique a rendu la présence prolongée de l'enquêteur difficile. La forte promiscuité, combinée au bruit ambiant lié au nombre élevé d'enfants, a également perturbé le déroulement de certains entretiens et réduit la qualité d'écoute. Enfin, une méfiance initiale a été exprimée par quelques jeunes adultes, bien qu'elle soit rapidement dissipée à la suite d'une explication claire des objectifs de l'étude et du cadre de la démarche scientifique.

Ces contraintes ont nécessité une adaptation continue des modalités d'observation, renforçant ainsi la réflexivité de l'enquête quant à la posture adoptée sur le terrain.

Au regard des observations menées, plusieurs pistes de réflexion et d'approfondissements se dégagent (**confère page 124**).

3.2.4.2 Traitement et analyse statistique des données

Les données recueillies à partir du guide d'entretien semi-directif et de la fiche d'observation des pratiques feront l'objet d'une analyse statistique descriptive et thématique.

Les résultats seront présentés sous forme de résumés analytiques, permettant d'évaluer la prévention de l'utilisation des MII, les conditions d'habitats, les comportements associés et les perceptions communautaires.

Cette approche mixte, combinant analyse quantitative et qualitative, vise à décrire les pratiques réelles, à identifier les obstacles structurels et comportementaux et à formuler des recommandations opérationnelles pour améliorer l'efficacité des interventions de lutte contre le paludisme.

statistiques guide d'entretien semi-directif auprès des ménages

Thématique 1 : Représentations et connaissances générales

L'ensemble des répondants (100%) déclare **connaître la MII et son efficacité dans la prévention des piqûres de moustiques et du paludisme.**

Les sources d'informations identifiées par les ménages apparaissent multiples et témoignent d'une diversité de canaux de sensibilisation. Ainsi, 10% des ménages déclarent avoir été informés à l'école, par les médias, par le voisinage ou au sein de la famille. Environ 30% affirment avoir reçu les informations lors de la **campagne de distribution de 2024**, tandis que 20% citent les **relais communautaires (RECO)** comme source principale de sensibilisation. Néanmoins, la grande majorité (90%) indique avoir obtenu ces informations directement auprès des **professionnels de santé** au sein des structures hospitalières, confirmant ainsi le rôle central du système sanitaire formel dans la diffusion des messages de prévention.

Il est à noter qu'aucun ménage (100%) **n'associe l'utilisation des MII à d'autres maladies** que le paludisme, traduisant une **bonne compréhension du rôle préventif spécifique** de cet outil.

Thématique 2 : Pratiques d'utilisation des moustiquaires

La quasi-totalité des ménages (100%) possèdent et utilisent une moustiquaire imprégnée, à l'exception d'un faible pourcentage (1%) d'adolescent qui déclare ne pas l'utiliser en raison de la chaleur et de la sensation d'étouffements.

Tous les bénéficiaires confirment avoir reçu le matériel lors de la **campagne nationale de 2024** et affirment avoir pu procéder à son **installation sans difficultés majeure.**

Quant aux habitudes d'utilisations, 90% des ménages utilisent la moustiquaire uniquement la nuit, principalement pour éviter la chaleur, tandis que 10% déclarent l'utiliser de jour comme de nuit.

Thématique 3 : Perception sociale et sens symbolique

Tous les ménages interrogés (100%) considèrent la moustiquaire comme un **objet de santé publique** essentiel.

Cependant, 20% des participants rapportent avoir **entendu des rumeurs ou croyances** au sein de la communauté, associées à des **usages détournés** ou à des **doutes sur la sécurité du produit**.

De plus, 70% évoquent que les **effets ressentis après usage** (chaleur, irritations, inconfort) peuvent constituer un **frein à l'utilisation régulière**.

Enfin, l'ensemble des répondants (100%) estime que l'utilisation de la moustiquaire **n'est pas un marqueur de modernité ou d'éducation**, soulignant que **le paludisme touche toutes les catégories sociales sans distinction**.

Thématique 4 : Obstacles et facteurs d'acceptabilité

La totalité des ménages (100%) **reconnait l'importance et l'efficacité de la MII** dans la protection contre les piqûres d'anophèles.

Toutefois, plusieurs obstacles freinent encore une utilisation réellement optimale des moustiquaires au sein des ménages. Les répondants évoquent d'abord divers **effets secondaires perçus** (tels que la chaleur, l'inconfort ou encore les réactions allergiques) qui constituent des freins importants à l'usage régulier. S'ajoutent à cela des critiques relatives à la **qualité jugée insuffisante** du matériel distribué, souvent considéré comme fragile ou rapidement dégradable. Enfin, une grande majorité des participants, soit environ 70%, estime que la **qualité de moustiquaires allouée reste inadaptée à la taille réelle de leurs ménages**, ce qui contribue à renforcer les situations de sous-protection et les usages contraints.

Malgré ces limites, les ménages saluent à l'unanimité les **efforts gouvernementaux** en matière de promotion et distribution du matériel. Ils soulignent toutefois la nécessité de **renforcer les activités communautaires de sensibilisation**, encore perçues comme insuffisantes pour susciter une adhésion durable à l'usage des MII.

Thématique 5 : stratégie des acteurs et modalités de distribution

L'ensemble des ménages (100%) confirment que la distribution des moustiquaires s'effectue **gratuitement et porte-à-porte** sur la base de **listes préétablies** selon la taille des familles, bien que ces listes soient souvent **inexactes**.

Concernant la sensibilisation, 80% des répondants déclarent avoir déjà participé à une **campagne d'information**, ce qui témoigne d'une exposition majoritaire aux actions de prévention menées dans la communauté. A l'inverse, 20% indiquent n'y avoir **jamais pris part**, révélant ainsi une portion non négligeable de la population demeurant en décalage des dispositifs de sensibilisation existants.

Sur le plan organisationnel :

Les ménages se disent **globalement satisfaits** du déroulement des distributions, mais regrettent qu'**aucune seconde visite ne soit effectuée** en cas d'absence lors du passage initial.

En matière de **motivation à l'usage**, 60% des répondants rapportent que les agents de santé ont pris le temps **d'expliquer l'intérêt du matériel**, contre **40%** qui affirment ne pas avoir reçu de tels encouragements.

Le **suivi post-distribution** demeure systématiquement quasi inexistant : seuls **10%** des ménages déclarent avoir été revisités par des agents après la distribution, contre **90%** qui affirment n'avoir bénéficié d'**aucune évaluation, ni vérification**.

Passages des agents post-suivi d'utilisation et/ou vérification de l'état du matériel : 10% des ménages affirment le passage des agents contre 90% qui expliquent que depuis la distribution aucun n'est jamais passé pour une évaluation post-distribution.

Concernant l'**entretien des moustiquaires** : 1% seulement affirment avoir reçu des consignes précises, tandis que 60% n'ont reçu aucune information à ce sujet.

Thématique 6 : suggestion d'amélioration

Les propositions formulées par les ménages reflètent une forte demande d'amélioration structurelle du programme :

- 40% suggèrent d'adapter la distribution à la **taille réelle des ménages** ;
- 100% déplorent l'absence de **suivi post-distribution** et recommandent la mise en place d'un **système d'évaluation régulier** des pratiques d'utilisation ;
- La **qualité et l'esthétisme du matériel** sont jugées perfectibles ;
- En matière **d'information et de communication**, les causes les plus plébiscitées sont les **campagnes de proximité** (60%), les **médias** (50%), l'**école** (10%) et les **RECO** (20%).

Sur la **distribution gratuite**, 80% des ménages se disent favorables à sa poursuite, mais 60% recommandent d'**augmenter la fréquence** (actuellement de 4-5ans) à une distribution annuelle, et 40% estiment que la **quantité distribuée reste insuffisante** pour les familles nombreuses.

Enfin, 100% des répondants portent un jugement **positif sur la campagne de 2024**, tout en déplorant **ensemble l'absence du suivi des agents post-distribution**.

Sources d'information sur les MII d'insecticides.

Voici des tableaux récapitulatifs des statistiques auprès des ménages

Tableau 26. Connaissances et représentations (thème 1)

Indicateur	Résultats (%)	Observation principale
Connaissance sur la moustiquaire et son efficacité	100%	Connaissance universelle du rôle du MII contre le paludisme
Sources d'informations professionnels de santé	90%	Canal d'information la plus fiable et dominant
Sources d'information campagne 2024	30%	Campagnes importantes mais non exclusive
Sources d'informations : écoles, médias, voisins, famille	10%	Rôle éducatif et communautaire faible
Source d'information : RECO	20%	Acteurs communautaires sous-exploités
Association de la MII à d'autres maladies	0%	Bonne compréhension de la spécificité d'action contre le paludisme

Tableau 27. Pratiques d'utilisations (thème 2)

Indicateur	Résultats (%)	Observation principale
Ménages possédant et utilisant le matériel	100%	Bonne couverture du programme 2024
Non-utilisation (inconfort, chaleur)	1%	Usage quasi universel malgré des contraintes climatiques
Utilisation nocturne uniquement	90%	Adaptation liée à la chaleur
Utilisation jour et nuit	10%	Minorité, mais cohérente avec zones à forte densité de moustiques
Moustiquaires en bon état	60%	Bon entretien, mais usure rapide

Moustiquaires abimées ou trouées	40%	Nécessité de campagnes plus rapprochées
----------------------------------	-----	---

Tableau 28. Perceptions sociales et symboliques (thème 3)

Indicateur	Résultats (%)	Observation principale
Considération de la MII comme un objet de santé	100%	Bonne appropriation du matériel
Croyances ou rumeurs sur le MII	20%	Présence de désinformation communautaire
Raisons d'abandon ou de refus (inconfort)	70%	Impact fort des conditions matérielles et climatiques
Lien entre MII et statut social	0%	Absence de connotation sociale ou symbolique

Tableau 29. Obstacles et acceptabilité (thème 4)

Indicateur	Résultats (%)	Observation principale
Acceptation générale de la MII	100%	Adhésion totale au principe de prévention
Obstacles à l'usage (effets secondaires, qualité)	100%	Barrière matérielle plutôt que culturelle
Matériel jugé insuffisant	70%	Facteur clé de découragement
Quantité de MII jugée insuffisante	70%	Nécessité d'une distribution proportionnelle
Satisfaction envers la politique de promotion	100%	Bonne perception du programme malgré les difficultés

Tableau 30. stratégie des acteurs (thème 5)

Indicateur	Résultats(%)	Observation principale
Distribution porte-à-porte gratuite	100%	Bonne couverture géographique
Ménages satisfaits de	100	Appréciation générale du

l'organisation		dispositif
Ménage ayant déjà assisté à une sensibilisation	80%	Bon niveau de couverture, mais lacunes persistantes
Ménage sans sensibilisation	20%	Nécessité de renforcer de la communication
Suivi post-distribution effectué	10%	Faible évaluation de l'efficacité réelle
Absence de suivi post distribution	90%	Limite majeure de la stratégie actuelle

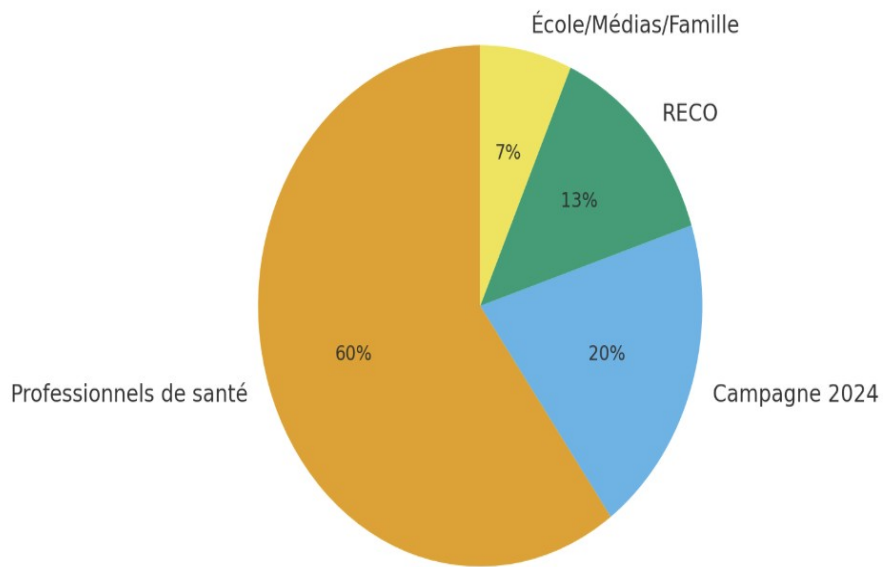
Tableau 31. Suggestions d'améliorations (thème 6)

Indicateur	Résultats (%)	Observation principale
Distribution selon taille réelle des familles	40%	Nécessité de mise à jour des listes de bénéficiaires
Suivi post-distribution souhaité	100%	Priorité absolue pour améliorer la durabilité
Amélioration de la qualité du matériel	100%	Le confort influence la fidélité à l'usage
Préférence pour la sensibilisation par campagne	60%	Méthode perçue comme la plus efficace
Utilisation des médias	50%	Importance des canaux de communication de masse
Opinion favorable à la gratuite	80%	Accessibilité élevée du programme
Demande d'augmentation de la fréquence (annuelle)	60%	Cohérente avec l'usage rapide observée

Voici une représentation schématisée des résultats

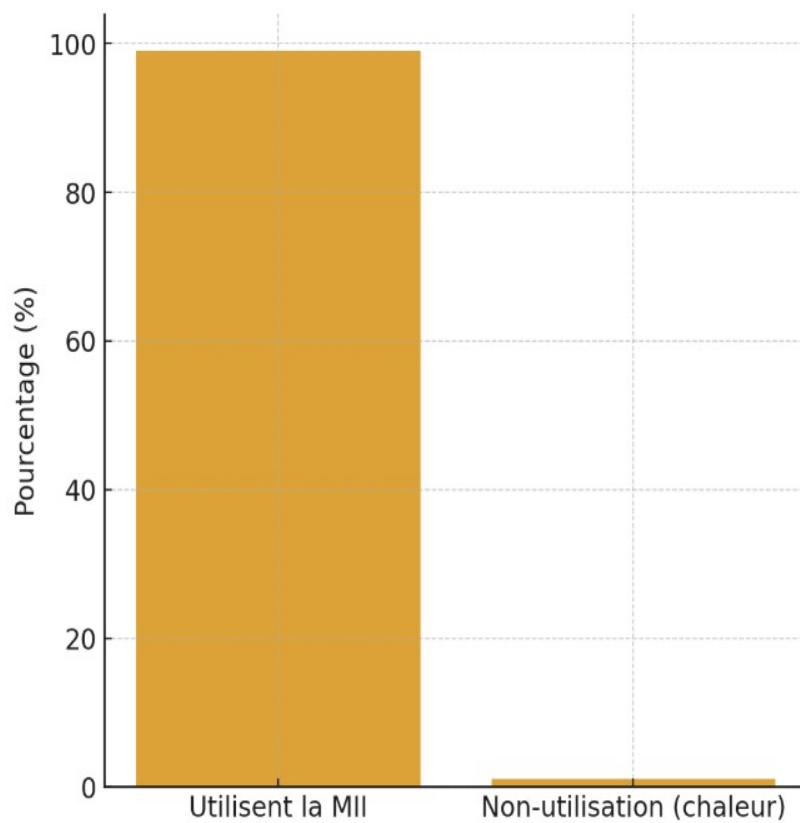
a) Sources d'informations sur le MII

Figure 20



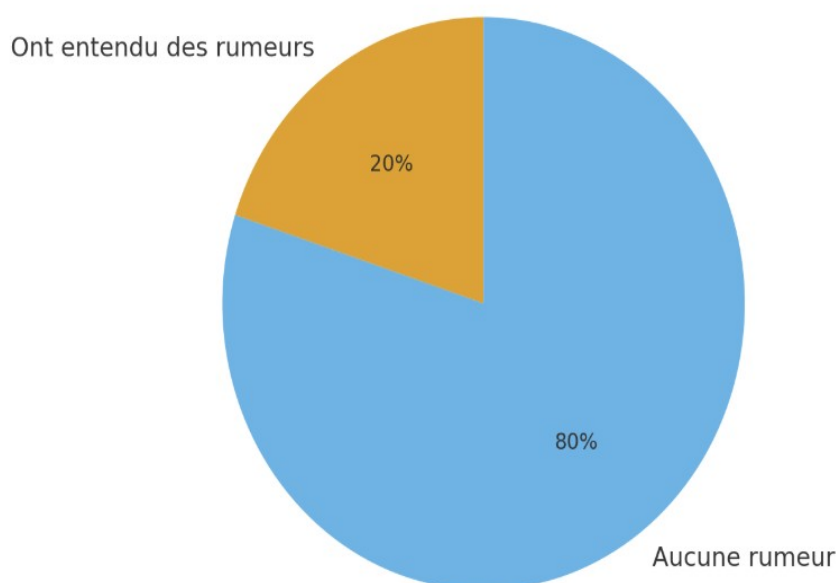
b) Taux d'utilisation des MII

Figure 21



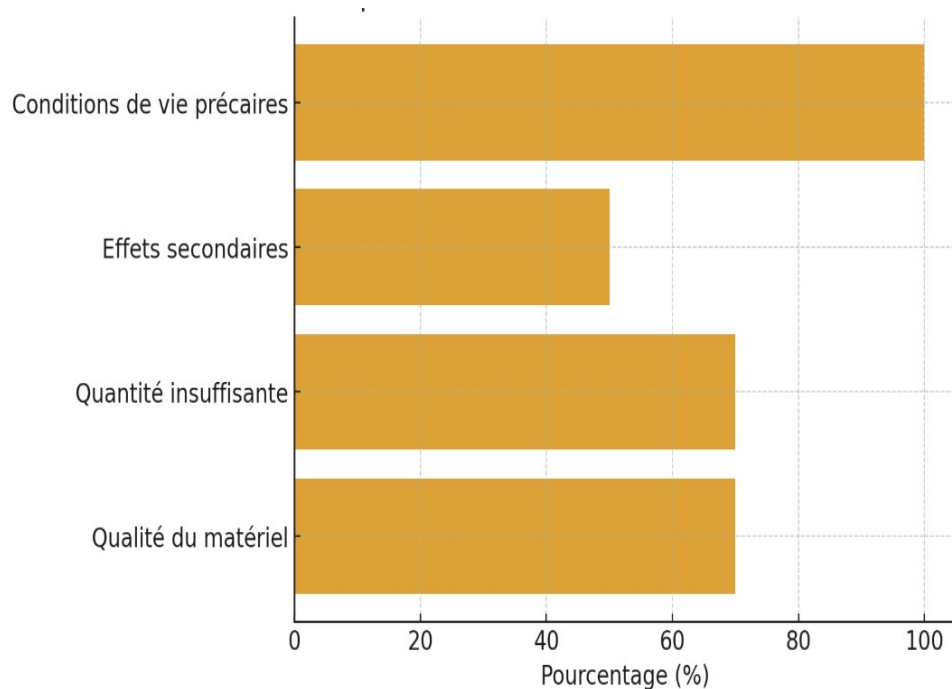
c) Présence de rumeurs ou croyances sur les MII

Figure 22



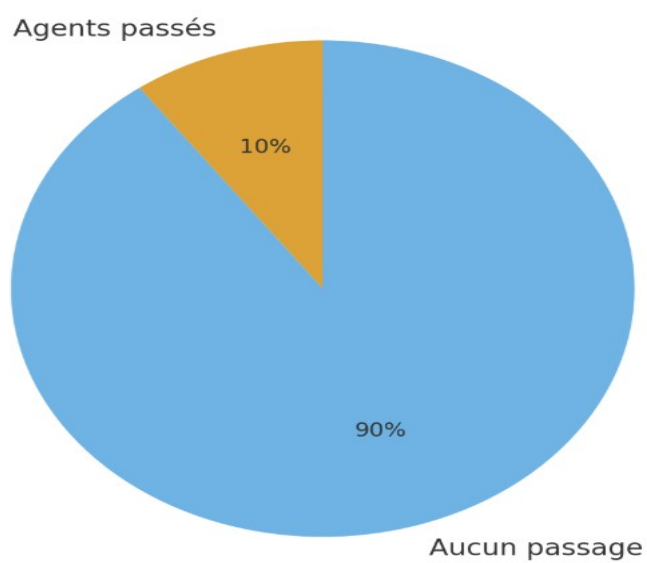
d) Principaux obstacles d'utilisation efficace des MII

Figure 23



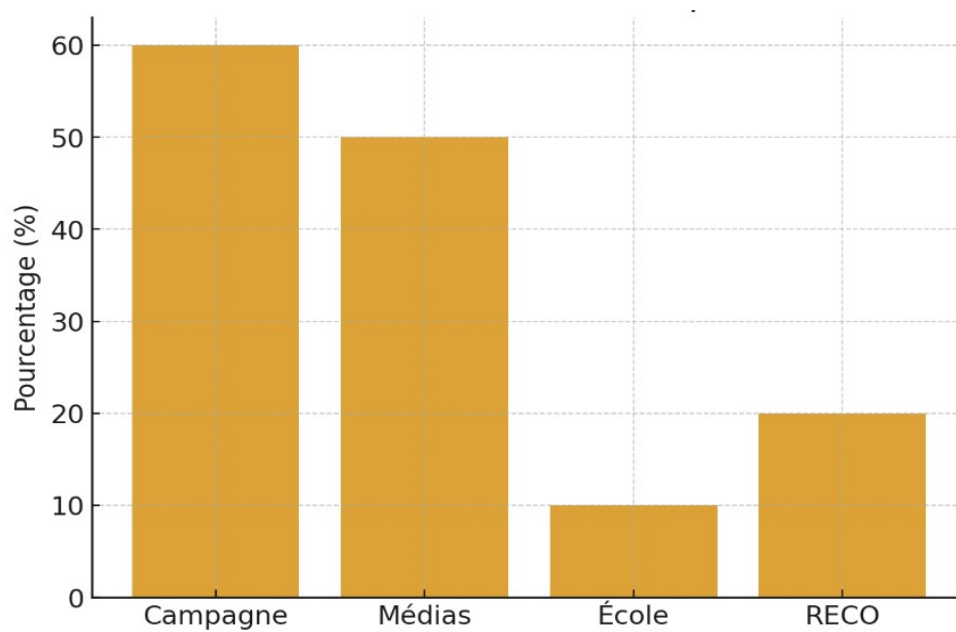
e) Suivi post distribution des moustiquaires

Figure 24



f) Canaux de sensibilisation préférés

Figure 25



Statistiques guide d'entretien institutionnels et opérationnels

Tableau 32

Thème	Indicateurs mesurés	Résultats (%)
Problèmes de santé dominants	Paludisme principal motif de consultations	100
Groupes les plus touchés	Femmes et enfants <5ans	100
Rôle des agents de santé	Participation aux campagnes (supervision, information, sensibilisation)	100
Bonnes pratiques d'usage des MII observé	Population respectant les principes d'usage	80
Technique d'usage	Difficultés d'utilisation persistante	20
Obstacles recensés chez les utilisateurs	Aucun obstacle observé	10
Obstacles culturels	Habitudes traditionnelles de protection conservés	20
Obstacle religieux	Croyances à leurs principes	50
Obstacles matériels	Conditions de vie, pauvreté, effets secondaires, quantité insuffisante	100

Statistique fiche d'observation

Tableau 33

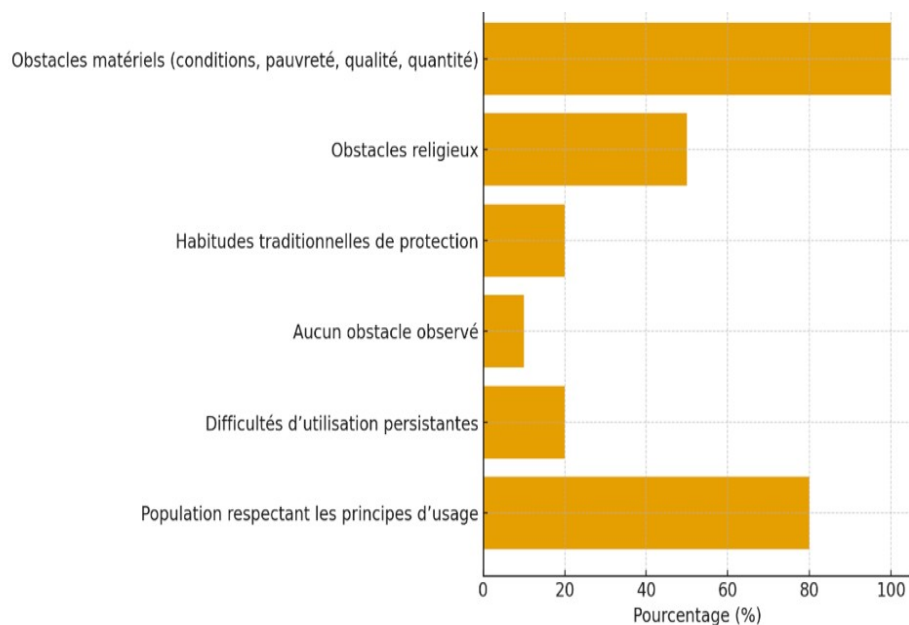
Thème	Indicateurs mesurés	Résultats (%)
Contexte général	Population dense (moyenne 70%)	100
	Logement en brique/béton	40
	Logement en tôle	60
Utilisation des MII	Possession de MII	100
	Moustiquaires bien pliés/rangés	60
	Suspendu au lit	30

	Suspendu à la fenêtre	1
État des moustiquaires	Bon état	60
	Très mauvais état	40
Entretien	Lavage normal (eau + savon)	100
Croyances et perceptions	Confiance dans la moustiquaire	100
Pratiques complémentaires	Aucune autre méthode utilisée	100
Provenance du matériel	Campagne 2024	100
Répartition d'usage	Logique familiale	40
	Logique d'âge	60
Interaction avec les acteurs	Passage d'agents en 2024 uniquement	100
	Apprécient les campagnes mais dénoncent les failles logistiques et le manque de suivi	100
	Présence d'outils ou affiche de sensibilisation	0

Voici une représentation schématique des résultats enquête institutionnels et fiche d'observations(terrain) et des logements

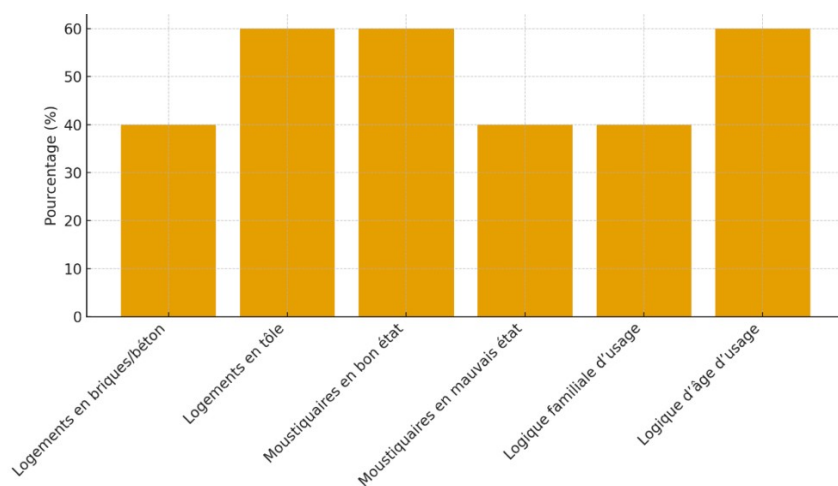
a) Résultats du guide d'entretien institutionnel (agents de santé)

Figure 26



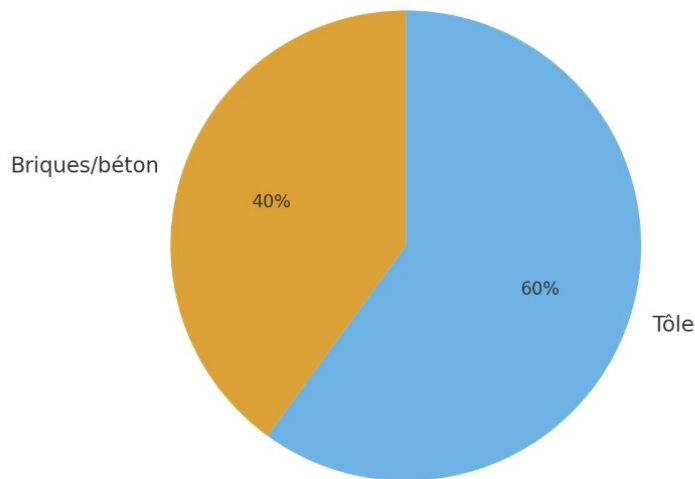
b) Résultat de la fiche d'observation (terrain)

Figure 27



c) Répartition des types de logements observés

Figure 28



3.2.5 Commentaire et discussion des résultats

Les résultats issus des entretiens auprès des ménages, des agents de santé ainsi que des observations de terrain permettent de dresser une lecture approfondie de la mise en œuvre et de l'impact de la politique de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) en République Démocratique du Congo (RDC).

Ces constats révèlent à la fois les acquis importants dans la lutte contre le paludisme et les défis persistants qui freinent l'atteinte d'une couverture universelle efficace.

1. Adhésion communautaire et efficacité des stratégies de communication

Les données montrent une adhésion **complète de la population** à la politique de distribution gratuite des MII : 100% des ménages interrogés affirment connaître et utiliser le matériel, ce qui témoigne d'un succès notable de la **stratégie nationale de sensibilisation**.

Cette situation découle principalement du rôle des **agents de santé et du PNLP**, identifiés comme **principale source d'information (90%)**. Leur implication directe dans les campagnes de sensibilisation, notamment lors des consultations prénatales et sur le terrain, renforcent la confiance des bénéficiaires.

Ainsi, le modèle Congolais, fondé sur la **distribution communautaire** et la **médiation sanitaire de proximité**, rejoint les recommandations de l'organisme mondial de la santé (OMS), qui privilégient une approche participative axée sur la responsabilisation des acteurs locaux.

Cependant, malgré cette appropriation globale, une part de la population (environ 20%) demeure influencée par des **rumeurs et croyances négatives**, indiquant la nécessité de **consolider la communication de masse** et de diversifier les relais d'informations via les **médias, les écoles, associations et leaders communautaires**. Ce déficit de communication constitue un obstacle latent à la pérennisation des acquis.

2. Obstacles structurels à la couverture universelle

Les obstacles réalisées sur le terrain (camp militaire de Ndolo) mettent en évidence des **difficultés structurelles** directement liés aux conditions d'habitat et à la précarité socio-économiques.

La **promiscuité élevée (60% des ménages)**, la **mauvaise ventilation** et les **habitations en tôle** rendent parfois difficile l'installation correcte et l'utilisation continue des moustiquaires, particulièrement en raison de la **chaleur étouffante**.

Ces contraintes illustrent l'écart existant entre la **stratégie nationale**, conçue de façon uniforme et les **réalités locales spécifiques** des milieux précarisé, urbains ou semi-urbains.

D'autre part, les **plaintes liées à la qualité du matériel** (défautuosité rapide, inconfort, insuffisance en quantité) confirment les limites logistiques rencontrées lors des campagnes massives.

Selon la politique actuelle, la **fréquence de distribution (tous les 3 à 5ans)** ne tient pas compte de l'usure prématurée du matériel ni de la croissance démographique rapide des ménages.

Ainsi, une **distribution plus proportionnelle à la taille des foyers et plus régulière** apparait comme une priorité, rejoignant les recommandations du PNLP en matière d'ajustement logistique et de suivi-post distribution.

3. Implication institutionnelle et suivi post-distribution

Si la **distribution gratuite** demeure saluée par l'ensemble des bénéficiaires, l'absence quasi totale de **suivi-post distribution (90% des ménages)** constitue un point faible majeur.

Ce déficit compromet la durabilité de l'action : sans évaluation continue, il est impossible de vérifier l'état d'usure des MII, leur taux réel d'utilisation ou les éventuelles difficultés rencontrées par les utilisateurs.

Cette situation traduit un manque de coordinations entre les **structures opérationnelles** (zones de santé, RECO, ONG partenaires) et le niveau stratégique (PNLP, Ministère de la santé publique).

Le renforcement du **monitoring communautaire** à travers des visites périodiques, des enquêtes de satisfaction et des programmes d'entretien des moustiquaires est donc indispensable pérenniser les effets de la politique actuelle.

4. Perspectives et recommandations

A la lumière de ces constats, plusieurs pistes d'améliorations se dégagent :

- **Renforcer la coordination multisectorielle** entre les acteurs de santé, les autorités locale et les organismes partenaires (OMS, UNICEF, ONG) pour un meilleur suivi des campagnes.
- **Adapter la distribution** à la taille réelle des ménages et à la nature des habitats, surtout dans les milieux précarisés.
- **Augmenter la fréquence des campagnes** de distribution de 3-5ans à un cycle de 1-2ans, afin d'assurer une couverture effective et continue.
- **Intensifier les activités de sensibilisation** à travers les médias, les écoles, les réseaux communautaires et religieux, pour lutter contre les fausses croyances.
- **Mettre en place un système national de suivi-post distribution**, permet d'évaluer la qualité du matériel, les pratiques d'entretien et la durabilité des MII.

L'ensemble de ses résultats confirme que la **politique de distribution gratuite des MII en RDC** constitue une initiative pertinente, efficace et socialement acceptée.

Cependant, la pérennité de son impact dépendra de la capacité des institutions à corriger les failles logistiques, renforcer le suivi communautaire, et adapter la stratégie nationale aux réalités socio-économiques locales.

Le camp militaire de Ndolo illustre à la fois le **succès de la sensibilisation** et les **limites de la mise œuvre opérationnelle** d'une politique de santé publique ambitieuse, qui doit désormais passer d'une logique de distribution massive à une logique de **distribution durable et adaptée**.

Chapitre IV: Analyse des logiques et stratégies des acteurs

4.1 Gouvernement et politiques publiques de santé

Tableaux récapitulatifs : Analyse de la politique de distribution des moustiquaires imprégnées en RDC

Tableau 34. Force observé dans les politiques de distribution des MII

Axe d'analyse	Forces identifiées	Illustration issues des résultats
Sensibilisation et information	Bonne connaissance du matériel et de son utilité	100% des ménages interrogés savent que la moustiquaire protège contre le paludisme ; 90% ont été informés par les professionnels
Accessibilité et gratuité	Distribution gratuite et équitable dans la zone d'étude	100% des ménages ont reçu les MII durant la campagne 2024
Adhésion communautaire	Forte acceptabilité du matériel	100% des ménages valorisent positivement la moustiquaire et la considèrent comme un objet de santé
Collaboration institutionnelle	Implication active du personnel de santé	Médecins, sage-femmes, RECO et infirmiers participent aux campagnes et à la sensibilisation
Impact reconnu sur la prévention du paludisme	Agents de santé : 100% estiment que le paludisme reste le motif de consultation le plus fréquent, mais que les MII réduisent les cas	

Tableau 35. Faiblesse et obstacles identifiés

Axes d'analyse	Faiblesse et obstacles	Conséquences observées
Logistique et planification	Quantité insuffisante par ménage ; fréquence trop espacée (4-5ans)	Inégalités de couverture ; priorisation des enfants et femmes enceintes au détriment d'autres membres
Suivi post-distribution	Absence totale de suivi et d'évaluation (90% des ménages non revus après la distribution)	Difficultés à évaluer l'usure, les pratiques d'entretien et l'efficacité à long terme
Qualité du matériel	Matériel parfois fragile, rapidement défectueux	Usure prématurée, faible durabilité, perception négative du produit
Conditions d'habitat	Logement précaires, promiscuité, chaleur étouffante	Difficultés d'installation et d'usage nocturne continu
Communication et perspective sociale	Rumeurs persistantes sur la toxicité du produit	20% de ménages influencés par des croyances, pouvant limiter l'usage régulier
Coordination institutionnelle	Manque de synergie entre acteurs locaux et PNLP	Difficultés à assurer le suivi communautaire et la remontée d'information fiables

Tableau 36. Tableau synthétique des résultats : Bilan global

Dimension	Appréciation générale	Tendance observée
Connaissance et sensibilisation	Excellente	Taux de connaissance et d'adhésion > 90%
Accessibilité et équité	Bonne	Distribution gratuite et inclusive
Qualité et durabilité du matériel	Moyenne	Dégradation rapide du matériel signalée par 40% des ménages
Suivi et évaluation	Faible	90% de ménages non

		revisités après la campagne
Impact sanitaire global	Positif	Réduction perçue des cas de paludisme et amélioration des comportements préventifs
Pérennité du programme	A renforcer	Nécessité d'une stratégie durable et adaptée aux réalités locales

En somme, la politique de distribution gratuite des moustiquaires imprégnées en RDC constitue une **réussite stratégique et sociale majeure**, traduisant la volonté de l'état de réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

L'adaptation des interventions aux **réalités socio-économiques des zones urbaines et semi-urbaines** comme le camp militaire de Ndolo s'impose comme une priorité pour garantir une couverture réellement universelle et durable.

Toutefois, son **efficacité opérationnelle reste conditionnée** par la mise en place d'un **système de suivi post-distribution rigoureux**, l'**amélioration de la qualité du matériel**, et une **communication continue et inclusive**.

4.2 Plan stratégique de la gouvernance congolaise sur la distribution des MII face aux obstacles sociaux et économiques rencontrés sur le terrain.

Tableau 37. Opportunités et pistes d'amélioration

Axes d'interventions	Propositions concrètes	Objectifs attendu
Distribution	Adapter la quantité de MII à la taille réelle des ménages ; les renouveler tous les 1-2 ans	Améliorer la couverture universelle et réduire les inégalités intra-ménages
Communication	Renforcer la sensibilisation via les écoles, médias, réseaux religieux et associatifs	Combattre les rumeurs et améliorer la compréhension des messages de santé publique

Suivi communautaire	Mettre en place un système de suivi post-distribution (visite à domicile, collecte de données)	Garantir l'usage correct, le bon entretien et la durabilité du matériel
Qualité du matériel	Sélectionner des MII plus résistants adaptées aux conditions climatiques locales	Réduire le taux de détérioration et augmenter la satisfaction des bénéficiaires
Partenariat institutionnel	Consolider la coordination entre PNLP, OMS, UNICEF, et autorités locales	Assurer une meilleure efficacité opérationnelle et la durabilité du programme
Innovation	Promouvoir des campagnes communautaires interactives (théâtres, radio, influenceurs locaux)	Stimuler l'engagement citoyen et la participation active à la lutte contre le paludisme

4.3 Rôle joué par les organismes internationaux dans l'éducation et la sensibilisation des bénéficiaires sur l'efficacité préventive du paludisme par l'utilisation des MII : méthodes stratégique.

Bien que notre étude n'ait pas donné la possibilité de rencontrer directement les représentants des organismes internationaux œuvrant dans la lutte contre le paludisme, les informations recueillies lors de l'entretien avec un responsable du **PNLP** ont permis de mieux comprendre leur rôle et contribution dans la politique nationale de distribution et de sensibilisation à l'utilisation des **moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)**.

Selon la responsable du PNLP, les organismes internationaux tels que l'OMS, l'UNICEF, le Fonds mondial ainsi que d'autres bailleurs de fonds jouent un rôle déterminant dans la lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo. Leur contribution s'articule autour de plusieurs axes majeurs : le **financement** des campagnes de distribution massive des MII sur l'ensemble du territoire national; l'appui **technique et logistique** apporté au gouvernement principalement par la mise à disposition de matériels, de véhicules, et de personnel chargé du transport et de la direction des opérations; la **formation** des agents de santé, des relais communautaires (RECO) et des superviseurs afin de garantir la cohérence et la qualité des messages transmis aux populations. Pour finir, la **sensibilisation communautaire**, assurée notamment par la production et la diffusion de supports pédagogiques (affiches, spots radio,

programmes télévisés, campagnes scolaires) visant à promouvoir le bon usage des moustiquaires et à corriger les croyances erronées qui persistent au sein des communautés.

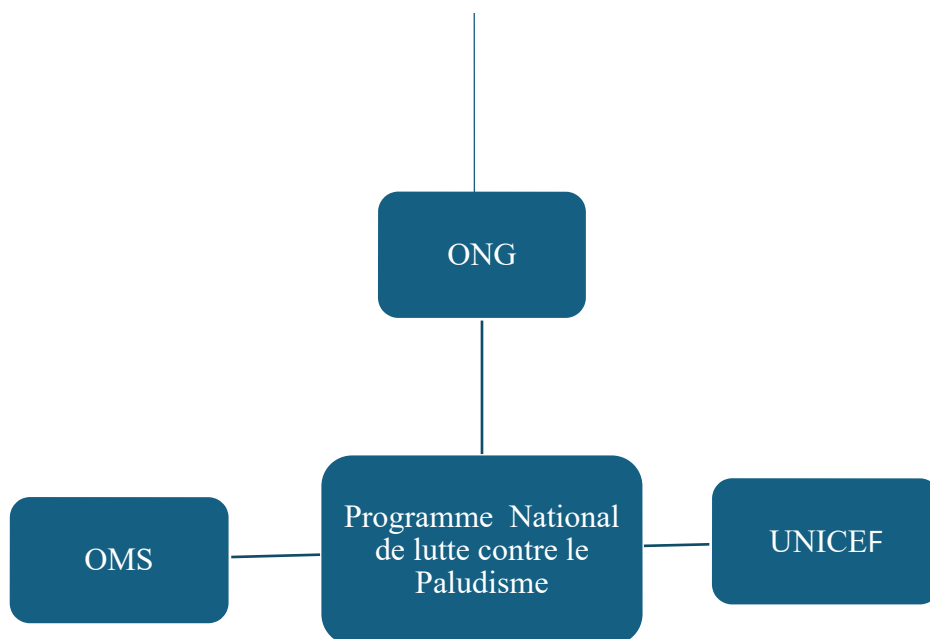
Ces organismes participent également à la planification stratégique ainsi qu'au suivi-évaluation des campagnes nationales, en intervenant sur plusieurs volets complémentaires. Ils contribuent notamment à l'élaboration de **protocoles d'interventions normalisés** destinés à harmoniser les pratiques sur l'ensemble du territoire. Ils financent aussi des **études d'impact** post-distribution permettant de mesurer la couverture réelle, l'utilisation effective des moustiquaires et l'évolution des cas de paludisme. Enfin, ils soutiennent le **renforcement des capacités institutionnelles** du PNLP afin d'assurer la pérennité du programme dans le cadre du Plan Stratégique national de lutte contre le paludisme (2021-2025).

En somme, la synergie entre le PNLP et les organismes internationaux demeure une composante déterminante dans la réussite des campagnes de prévention.

Cependant, le manque de visibilité directe de ces acteurs sur le terrain, principalement dans certaines zones reculées, limite parfois la portée de leurs interventions. Cela souligne la nécessité d'une consolidation de la coordination entre acteurs internationaux, gouvernementaux et communautaires, pour une lutte immuable et efficace contre le paludisme en RDC.

Figure (29) illustrant le rôle des différents acteurs (PNLP,OMS,UNICEF, bénéficiaires) et liens de collaboration : méthodes stratégiques

Bénéficiaire



Fig

ure 29

4.4 Sens du MII pour les populations urbaines

4.4.1 Perception des bénéficiaires

Tableau 38

Sous-thème	Résultats observés	Taux ou éléments clés	Commentaires/observations
Perception des bénéficiaires	Les ménages perçoivent la MII comme un objet de santé et un moyen essentiel de prévention du paludisme	100%	Perception unanimement positive, absence d'assimilation à un objet de luxe ou de modernité

4.4.2 Pratiques et obstacles à l'utilisation efficiente (comportements, mythes culturelles, coût des dépenses, conditions de vie, environnement social, accessibilité)

Tableau 39

Sous thème	Résultats observés	Commentaires/Observations
Pratiques et obstacles d'utilisation	Obstacles liés à : habitat en tôle, surpopulation, manque de lits, pauvreté, insuffisance de MII, qualité du matériel, absence d'information sur l'entretien.	Obstacle d'ordre matériel et structurel affectant l'usage optimal

4.4.3 Enjeux socio-économique

Tableau 40

Sous-thème	Résultats observés	Commentaires/observations
Facteurs sociaux-culturels	Rumeurs : MII rend les hommes stériles, tue les enfants, serait toxique ou détourné à d'autres usages (pêche, clôture, etc.)	Facteurs culturels et religieux entravent la confiance et l'adhésion durable
Enjeux sociaux	Nécessité de renforcer les pratiques d'usage, d'assurer un suivi post distribution, et d'élargir la sensibilisation communautaire.	L'implication continue des agents de santé est essentielle à la solidité du programme.

4.4.4 Répercussion des conditions économiques sur l'accessibilité des MII

Tableau 41

Sous-titre	Résultats observés	Commentaires/observations
------------	--------------------	---------------------------

Enjeux économique	Manque de moyens financiers limitant l'accès au matériel pour les ménages précarisés ; coût du MII jugé élevé.	Vulnérabilité économique limitant la couverture universelle maximale souhaitée;
Accessibilité	Certaines zones demeurent difficilement accessibles, limitant la distribution.	Contraintes logistiques et géographique à prendre en compte dans la planification.

4.4.5 Raisons d'une adoption limitée

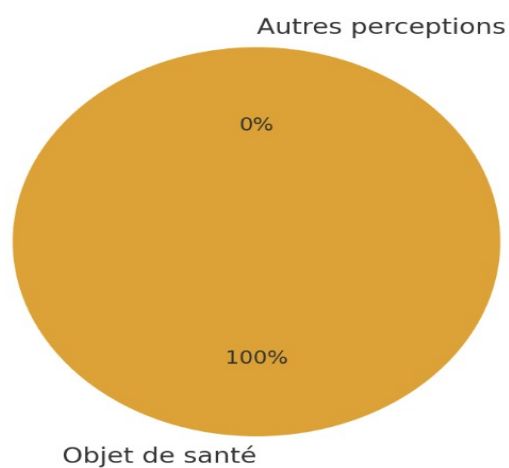
Tableau 42

Sous-titre	Résultats observés	Commentaires/observations
Raisons d'adoption limitée	Difficultés pratiques, rumeurs, conditions de vie, précarité, qualité du matériel, absence de suivi post-distribution.	Reflète la nécessité d'une stratégie intégrée de communication et de suivi communautaire.

Voici trois schémas statistiques illustrant la perception des bénéficiaires, les principaux obstacles et enjeux sociaux économiques

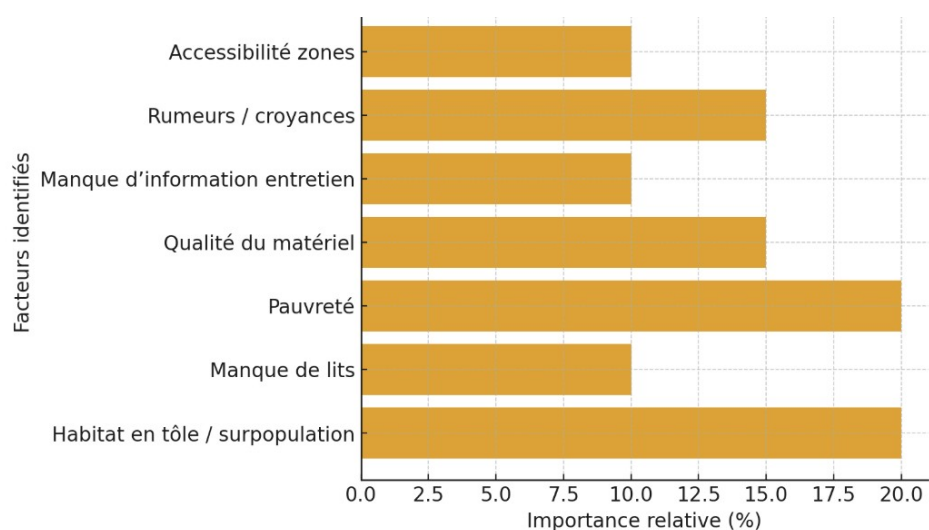
a) Perception des bénéficiaires

Figure 30



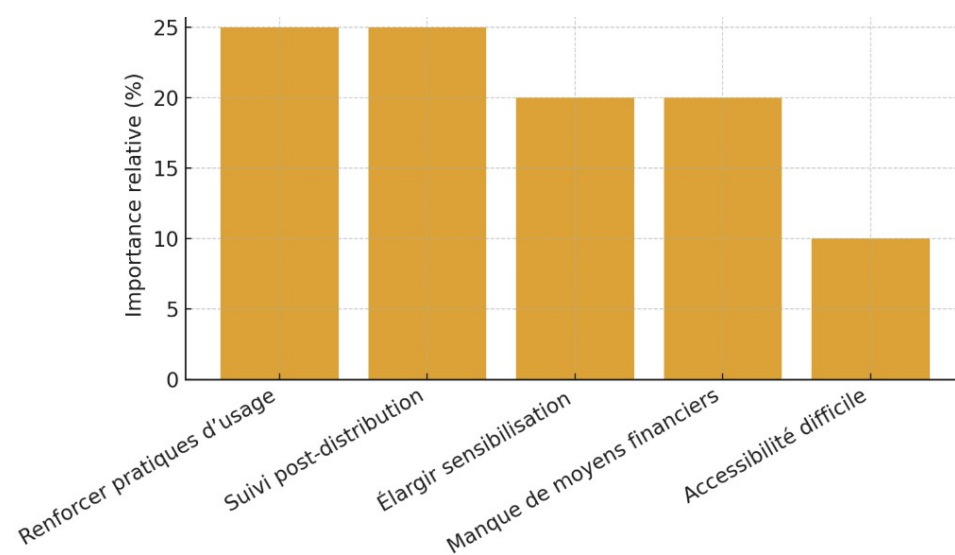
b) Principaux obstacles à l'utilisation efficiente des MII

Figure 31



c) Enjeux sociaux-économiques

Figure 32



Chapitre V: Résultats et discussion

5.1 Synthèse des résultats

5.1.1 Exposition synthétique des résultats d'enquête et interviews

Mise en contexte général

L'étude menée dans la zone de N'dolo met en évidence les réalités sociales, économique et institutionnelles qui influencent directement la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo (RDC).

Cette politique, pilotée par le **PNLP**, repose essentiellement sur la **distribution gratuite et massive des MII**.

L'objectif visé par les politiques de santé est de garantir une couverture universelle, surtout pour les groupes vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans), conformément aux orientations de l'OMS et du Plan Stratégique National de Lutte contre le paludisme.

Cependant, les résultats de terrain révèlent des écarts notables entre stratégie planifiée et réalités vécue par les bénéficiaires. Ces différences tiennent autant à la logistique qu'aux comportements et aux perceptions sociales autour du matériel distribué.

Analyse interprétative des résultats

Niveau de connaissance et perception du matériel

Les données issues des entretiens montrent que **100% des ménages connaissent et perçoivent positivement les MII** comme un objet de santé publique.

Cette acquisition témoigne d'un impact réel des campagnes de sensibilisation menées par les agents de santé, les ONG et les relais communautaires (RECO).

La moustiquaire est désormais perçue non comme un objet de modernité, mais comme un **symbole de protection et de prévention**, ce qui constitue une avancée significative dans le changement des mentalités.

Toutefois, **70% des répondants** signalent la persistance de **rumeurs et de croyances négatives** (toxicité, stérilité masculine, danger pour les enfants), particulièrement dans les milieux urbains défavorisés.

Ces perceptions traduisent une **insuffisance de suivi éducatif post-distribution**, confirmant le besoin d'un renforcement de la communication communautaire continue.

Pratiques d'usages et facteurs limitants

Malgré la possession complète du matériel (**100% des ménages enquêtés**), l'étude note que seulement 80% des ménages déclarent l'utiliser correctement.

Les principaux obstacles identifiés renvoient avant tout aux **conditions matérielles de vie des ménages**, marquées par des habitations souvent précaires (notamment les toitures en tôle et le manque de lits adaptés) qui compliquent l'installation optimale des moustiquaires. A cela s'ajoutent la **pauvreté structurelle** et l'**insuffisance du nombre de moustiquaires**

disponibles au regard de la taille réelle des ménages, générant une protection inégalement répartie. Pour conclure, l'absence de **suivi post-distribution** constitue une limite majeure, puisqu'elle ne permet pas d'évaluer les usages effectifs des moustiquaires ni d'identifier les obstacles persistants à leur appropriation.

Ces contraintes montrent que la distribution, bien que massive, ne garantit pas une utilisation efficiente du matériel.

Le **facteur environnemental** joue un rôle déterminant dans l'adoption et la pérennisation des pratiques.

Implications des acteurs opérationnels et institutionnels

Les **agents de santé** jouent un rôle prépondérant dans la réussite des campagnes.

Ils participent à la **supervision**, à la **sensibilisation** et au suivi des pratiques au niveau local.

Néanmoins, **80% des agents** déclarent rencontrer des obstacles dans leur mission, notamment l'inaccessibilité de certaines zones, les croyances religieuses et le manque de ressources logistiques.

Les **autorités locales**, quant à elles, reconnaissent des difficultés dans la **planification et la coordination** de la distribution, surtout en matière de ciblage des bénéficiaires et de suivi post-campagne.

Enfin, les **partenaires internationaux** (bailleurs et ONG) interviennent en appui technique et financier, mais la collaboration reste souvent ponctuelle, marquée par une **faible synergie institutionnelle**.

Discussion en lien avec la politique nationale de distribution des MII

Les résultats observés confirment que la politique de distribution gratuite des MII en RDC constitue une **stratégie efficace de prévention primaire du paludisme**.

Cependant, cette dynamique reste fragilisée par plusieurs facteurs structurels. L'**organisation logistique demeure inégale**, marquée par des ruptures, des retards et une planification parfois insuffisante, ce qui affecte le déroulement optimal des campagnes. A cela s'ajoute l'**absence de suivi-évaluation post-distribution**, qui empêche d'apprécier les usages réels et d'ajuster les interventions. La **faible implication communautaire dans la durée** limite également la pérennité des actions de prévention. Enfin, les **inégalités d'accès fortement liées** à la pauvreté et à la densité démographique, continuent de compromettre une couverture équitable et efficace de la population.

La politique publique gagnerait à s'appuyer davantage sur les **acteurs locaux de proximité** (RECO, chefs de quartier, chefs religieux, écoles, médias locaux) pour renforcer la sensibilisation et adapter le discours aux réalités socio-culturelles.

Un **suivi post-distribution systématique** , accompagné d'une **évaluation des pratiques d'usage**, permettrait de garantir une efficacité du matériel sur le terrain.

Conclusion analytique

L'étude démontre que la **distribution massive des MII en RDC**, bien que largement adoptée et comprise, reste **insuffisante pour assurer une couverture efficace** sans accompagnement éducatif, suivi logistique et coordination multisectorielle.

Les perceptions positives sont un levier encourageant, mais les contraintes matérielles et socio-économiques freinent l'impact de la politique.

Ainsi, pour renforcer la durabilité de la lutte contre le paludisme :

- Le **PNLP** devrait intégrer un **mécanisme permanent de suivi communautaire post-distribution** ;
- Les **campagnes de sensibilisation** devraient être continue et adaptées aux contextes locaux ;
- La **qualité, la quantité et la fréquence de distribution** doivent être ajustées aux réalités démographiques ;
- Enfin, la **participation active des bénéficiaires** dans l'évaluation des politiques de santé publique apparait comme une condition nécessaire à la réussite durable du programme.

5.1.2 Identification des facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des MII

Tableau 43

Catégorie de facteurs	Facteurs identifiés	Effets observés	Pistes d'amélioration proposées
Organisationnels et institutionnel	Manque de planification préalable Faible coordination entre acteurs Absence de suivi post-distribution	Retards logistiques Mauvaise répartition des moustiquaires Inefficacité du suivi de terrain	Planifier les interventions avant la mise en œuvre Créer un comité de coordination multi-acteurs Mettre en place un système d'évaluation

			post-distribution
Logistiques et techniques	Gestion inadéquate des stocks Mauvaise estimation des besoins réels des ménages Qualité et quantité insuffisante	Insatisfaction des bénéficiaires Distribution inégale selon la taille des ménages	Contrôle qualité avant distribution Révision du recensement des bénéficiaires Approvisionnement régulier
Socio-économiques	Insuffisance de moyens financiers Condition de vie précaires Surpopulation des ménages	Non renouvellement du matériel utilisé Difficultés d'installation et d'entretien	Augmenter les financements Subventionner les zones à forte vulnérabilité
Comportementaux et culturels	Croyances et rumeurs négatives Manque d'information sur l'entretien Faible participation communautaire	Désengagement progressif des utilisateurs Mauvaise utilisation du matériel	Diversifier les canaux de sensibilisation (médias, écoles, église) Former les relais communautaires
Environnementaux	Insalubrité urbaine (eaux stagnantes, déchets) Logements inadaptés (tôles, surpopulation)	Présence continue de moustiques malgré l'usage des MII Découragements des utilisateurs	Mettre en œuvre des programmes d'assainissements Sensibiliser à l'aménagement des habitations
Professionnels de santé	Faible implication dans la planification stratégique Manque de formation continue	Rupture de lien entre politiques et pratiques de terrain	Intégrer systématiquement les professionnels dans la conception et l'évaluation des

			stratégies
--	--	--	------------

Analyse interprétative

L'analyse des facteurs d'influence met en flagrance que l'efficacité de la politique nationale de distribution des MII en RDC dépend étroitement de la **qualité de planification et de la coordination institutionnelle**.

En effet, la réussite de cette stratégie repose non seulement sur la disponibilité du matériel, mais surtout sur la capacité des acteurs à **anticiper les besoins**, à **comprendre efficacement** et à **adapter les interventions au contexte local**.

La faiblesse la plus récurrente observée concerne le **manque de planification préalable** et le **défaut de suivi post-distribution**, qui compromettent la durabilité des résultats.

Les bénéficiaires, bien qu'adhèrent à la politique, se trouvent souvent confrontés à une **inégalité de couverture**, liée à la taille variable des ménages et à la **mauvaise évaluation des besoins réels**.

Sur le plan socio-économique, les contraintes de pauvreté, d'habitats insalubres et de surpopulation accentuent les difficultés d'installation et d'entretien du matériel.

Ces conditions démontrent que la lutte contre le paludisme par les MII ne peut être dissociée d'une **amélioration globale des déterminants sociaux de santé**, notamment le logement, l'hygiène urbaine et la sécurité économique des ménages.

En outre, la **persistance des croyances négatives** et des rumeurs dans certaines communautés souligne la nécessité d'une **communication de proximité continue**, utilisant les canaux diversifiés tels que les écoles, les médias communautaires, les réseaux religieux et les associations locales.

Enfin, une meilleure **intégration des professionnels de santé** dans la conception et la supervision des campagnes apparaît cruciale pour assurer la cohérence entre les politiques nationales et la réalité du terrain.

Figure 33. Synthétique final des facteurs d'influence sur l'utilisation des MII en RDC : Interactions et pistes de solutions

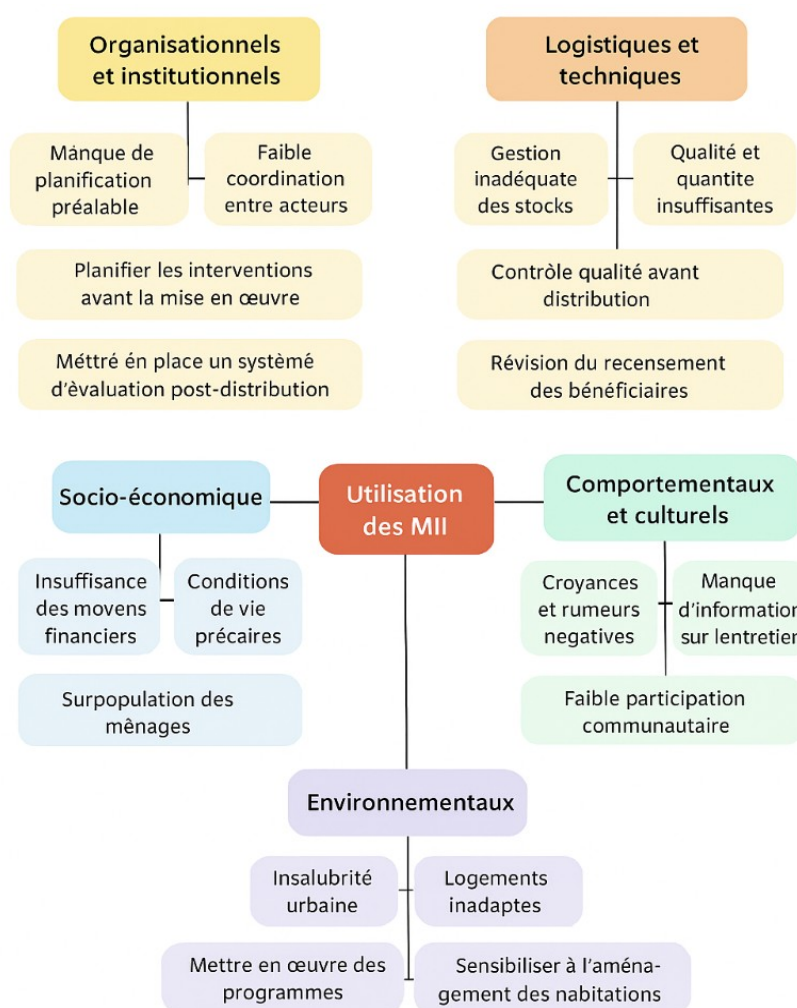


Figure 33

5.2 Divergences des enjeux

5.2.1 Débat sur les logiques différentes entre les bénéficiaires et les agents responsables de la distribution des MII (gouvernements, organismes internationaux, population) ainsi que les complications rencontrées.

Tableau comparatif des divergences

Tableau 44

Acteurs	Principales attentes/perceptions	Problèmes ou contraintes identifiées
Bénéficiaires (ménages)	Attendent une distribution équitable et proportionnelle au nombre réel de membres du ménage. Souhaitent un suivi post-distribution et un	Distribution jugée inéquitable et insuffisante. Absence de suivi post-distribution. Qualité ou esthétique du

	accompagnement éducatif . Valorisation positive du MII comme outil de santé.	matériel souvent critiquée. Manque d'information sur l'entretien du matériel.
Agents de santé (opérationnels)	Souhaitent une meilleure planification et coordination des campagnes. Souhaitent des moyens logistiques adaptés pour la sensibilisation.	Manque de formation sur les pratiques d'usage. Manque de ressources humaines et logistiques. Absence de suivi post- campagnes. Difficultés liées aux croyances et religieuses des populations.
Institutions (PNLP, ONG, bailleurs, autorités locales)	Viser la couverture universelle par les MII. Assurer une distribution gratuite et périodique. Collaborer avec les acteurs communautaires.	Absence de plan d'action clair avant intervention ; Défaillance dans la coordination interinstitutionnelle. Problème de gestion de stocks et de personnel. Accessibilité difficile de c certaines zones (crues, routes parfois impraticables)

Ce tableau met en évidence une **discordance structurelle et fonctionnelle** entre les différents acteurs impliqués dans la politique des MII en RDC.

Alors que la population reconnaît la valeur sanitaire du matériel, la faible coordination entre les **institutions**, les **lacunes logistiques**, et l'**absence de suivi post-distribution** limitent fortement l'impact attendu des campagnes.

Les bénéficiaires, souvent confrontés à des contraintes socio-économiques et culturelles, se trouvent ainsi dans une situation où la **perception positive** ne se traduit pas toujours en **pratiques durables**.

De leur côté, les agents de santé manquent de moyens et d'appui, tandis que les institutions n'arrivent pas toujours à assurer une cohérence entre **planification**, **mise en œuvre** et **évaluation** des politiques publiques.

En somme, cette divergence appelle à une réorientation concertée des stratégies de distribution, reposant sur :

- ⇒ Une planification participative impliquant les acteurs communautaires,
- ⇒ Une supervision post-distribution effective,
- ⇒ Un financement pérenne et transparent,
- ⇒ Et une approche de communication inclusive pour accroître la confiance et l'acquiescement des populations.

5.3 Analyse comparative du contexte Africain par rapport à d'autres pays ou villes qui ont utilisé des stratégies similaires

Tableau (45) comparatif : utilisation et stratégies des MII en Afrique vs pays occidentaux
Tableau 45

Éléments de comparaison	Contexte africains (ex :RDC, Afrique subsaharienne)	Contexte occidental (Europe, Amérique du Nord)
Situation épidémiologique	Endémie palustre persistant avec forte morbidité et mortalité, surtout chez les enfants et les femmes enceintes.	Paludisme inexistant ou très rare (cas importés). Présence d'autres insectes sans risque sanitaire majeur.
Objectifs principal d'utilisation	Prévention du paludisme, outil vital de santé publique.	Confort et protection contre les piqûres d'insectes (sans visée thérapeutique).
Types de moustiquaires	Moustiquaires imprégnées d'insecticides (MILD/MILDA), efficace jusqu'à 2 ans	Moustiquaires non imprégnées, usage temporaire (camping, voyages, maisons d'été).
Mode de distribution	Distribution massive et gratuite via les campagnes nationales (OMS, UNICEF, Fonds Mondial, PNLP).	Vente libre dans les commerces ou en ligne. Aucune campagne organisée.
Ciblage des bénéficiaires	Priorité aux groupes	Usage individuel, non ciblé,

	vulnérables : enfants, femmes enceintes, zones précarisés.	souvent saisonnier ou touristique.
Fréquence d'utilisation	Quotidienne, surtout la nuit.	Occasionnelle, liée à la saison ou au voyage.
Facteurs environnementaux	Climat tropical humide, pluies abondantes>prolifération du moustique Anophèles gambiae.	Climat tempéré, hiver limitant la survie des moustiques vecteurs.
Stratégie de sensibilisation	Campagnes communautaires, communication radios, écoles, ONG, relais communautaires.	Absence de campagnes publiques, information limitée au commerce et aux conseils touristiques.
Enjeux socio-économiques	Insuffisance de moyens financiers, accès inégal, problèmes logistiques et de suivi post-distribution.	Accès facile, coût abordable, usage volontaire sans contraintes sanitaire.
Durabilité et perception	Reconnu comme un outil de santé, mais contrainte par les rumeurs, l'usage et la gestion.	Produit de confort ou d'hygiène, sans dimension sanitaire ni symbolique forte.

Analyse interprétative et lien avec la politique de distribution en RDC

La comparaison entre le contexte africain et occidental révèle une **disparité constitutionnelle** et **fonctionnelle** liée aux enjeux sanitaires, économiques et culturels.

⇒ En **Afrique**, et particulièrement en RDC, la moustiquaire imprégnée constitue un **pied-de-chèvre stratégique central** dans la lutte contre le paludisme. Elle s'inscrit dans une **logique de santé publique** soutenue par les bailleurs internationaux et coordonnée par

le PNLP. Cependant, son efficacité est compromise par des **défaillances organisationnelles**, la **faible couverture** et les **rumeurs communautaires**.

⇒ A l'inverse, dans les **pays occidentaux**, l'usage du MII révèle davantage du **confort domestique ou touristique**, sans implication politique majeure ni campagne de santé publique. Cela montre que l'utilisation de matériel dépend du **niveau d'endémicité** ou du **statut socio-économique** des populations.

Ainsi, la RDC doit poursuivre sa politique de distribution massive mais en **renforçant la qualité de la gestion**, le **suivi post-distribution** et la **communication éducative** pour améliorer l'adhésion et la durabilité des pratiques.

La comparaison internationale souligne aussi la nécessité d'une **appropriation communautaire** et d'une **adaptation locale des stratégies**, plutôt que d'une simple transposition des modèles globaux.

Chapitre VI: Conclusion et perspective

6.1 Bilan de l'étude

Malgré les efforts déployés pour organiser de manière structurée la rencontre entre les acteurs bénéficiaires au sein des ménages, les acteurs institutionnels et opérationnels dans leurs bureaux respectifs, cette étude a été confrontée à plusieurs contraintes.

En raison du contexte sécuritaire marqué par la guerre en République Démocratique du Congo, il n'a été possible d'effectuer un déplacement physique sur le terrain. L'enquête s'est principalement déroulée à distance, via **WhatsApp** et **zoom**, ce qui a limité la richesse des informations recueillies et la profondeur des observations.

Principales limites rencontrées

- ⇒ **Contraintes logistiques et sécuritaires** : Impossibilité de se rendre sur le terrain pour une observation directe du matériel et des conditions réelles d'utilisation dans les ménages.
- ⇒ **Difficultés linguistiques** : nécessité de recourir à des traducteurs ou interprètes. Maîtrisant la thématique afin de mieux expliquer les objectifs de l'enquête dans les langues locales.
- ⇒ **Coordination à distance** : gestion complexe de l'organisation et du suivi des entretiens à distances, avec un risque de perte d'informations contextuelles.
- ⇒ **Disponibilités des participants** : Certaines familles étaient partiellement absentes pour des raisons médicales ou personnelles, réduisant la représentativité des entretiens.
- ⇒ **Accès limité aux ménages** : certaines pièces, notamment les chambres, n'ont pu être visitées pour des raisons d'intimité, limitant la comptabilisation exacte du nombre de moustiquaires installées.
- ⇒ **Difficultés d'accès aux institutions** : obtention d'entretiens avec les responsables d'ONG, du PNLP rendue complexes par leurs agendas chargés, malgré des démarches et relances répétées.
- ⇒ **Contraintes temporelles** : adaptation obligations au calendrier et à la disponibilité des ménages et des acteurs institutionnels et opérationnels.
- ⇒ **Conditions d'observations** : Promiscuité dans certains logements et bruit ambiant (enfants, environnement) ayant perturbé l'écoute et la concentration lors des échanges/enregistrements audios.
- ⇒ **Méfiance de certains participants** : Notamment des jeunes dans certains ménages, malgré les garanties de confidentialité et d'anonymat données au préalable.

Ces contraintes n'ont toutefois pas remis en cause la pertinence de l'étude. Elles soulignent plutôt la complexité du terrain Congolais et la nécessité d'adapter les méthodes de recherche dans un contexte de crise.

6.1.1 Résumé sur les logiques et les stratégies de lutte contre le paludisme autour de la méthode préventive par l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides

Au terme de cette étude, il apparaît que la **prévention du paludisme par l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)** demeure à ce jour **le principal levier de lutte** contre cette maladie endémique en RDC.

La totalité des participants (100%) considèrent la moustiquaire comme un **outil de santé publique essentiel et efficace** pour la prévention du paludisme. La grande majorité d'entre eux ont été sensibilisés à son usage lors des **campagnes de distribution massive** organisées par les autorités sanitaires et les partenaires internationaux.

Pourtant, plusieurs **problèmes structurels et organisationnels** s'acharnent :

Malgré la confiance accordée à l'efficacité du matériel, **100% des enquêtés expriment leur insatisfaction vis-à-vis de la logique de distribution**, jugée **inéquitable et insuffisante** pour couvrir les besoins réels des familles.

Les **agents opérationnels et techniques de santé** partagent ce constat, dénonçant :

- ⇒ Une **planification défaillante** des interventions sur le terrain ;
- ⇒ L'**absence d'un dispositif de suivi-évaluation post-distribution** ;
- ⇒ Une **mauvaise gestion logistique et humaine** (stocks, formation, coordination, personnels) ;
- ⇒ Un **manque d'investissements et de supervision** des autorités locales et communautaires.

Ces failles affectent directement la **continuité d'utilisation des moustiquaires**.

En effet, certains ménages, faute de moyens financiers, ne peuvent remplacer le matériel défectueux, tandis que d'autres cessent d'utiliser en raison de la **mauvaise qualité perçue** ou du **manque d'information sur son entretien**.

Le **rapport du PNLP** (campagne 2024) confirme ces dysfonctionnements, évoquant une organisation jugée **catastrophique** à plusieurs niveaux :

- ⇒ Logistique (gestion des stocks),
- ⇒ Coordination interinstitutionnelle,
- ⇒ Communication entre partenaires,
- ⇒ Formation insuffisante de certains agents de distribution,
- ⇒ Inaccessibilité de certaines zones pendant la saison des pluies.

Ces éléments montrent que la **réalité du terrain est complexe, imprévisible et contextuelle**.

Les obstacles identifiés ne sont pas seulement techniques ou économiques, mais aussi **sociaux, culturels, politiques et environnementaux**.

Ainsi, la réussite de la stratégie de prévention par des MII dépend fortement de l'**adaptation aux spécificités locales**, des **pratiques culturelles**, et du **niveau d'adhésion communautaire**.

6.2 Directives pratiques

Au regard des résultats obtenus, les recommandations suivantes sont formulées à l'attention des différents acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme par l'utilisation des moustiquaires imprégnés d'insecticides (MII).

A l'attention des politiques de santé et décideurs institutionnels

a) Pérenniser et redynamiser les campagnes de sensibilisation

Assurer une continuité des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) afin de maintenir l'intérêt et l'adhésion des populations à l'usage correct et régulier des moustiquaires.

b) Adapter les modalités de distribution aux réalités sociales et locales

Planifier les campagnes de distribution massive et gratuite en tenant compte de la taille des ménages, du contexte socio-économique et des besoins spécifiques des populations.

c) Évaluer les conditions d'habitat et leurs effets sur la durabilité du matériel

Prendre en considération les contraintes environnementales (chaleur, type d'habitat, promiscuité) afin d'ajuster la qualité et le type de moustiquaire distribué (format familial, tissu plus respirant, etc.).

d) Mettre en place systématiquement un mécanisme de suivi post-distribution

Créer une cellule de contrôle permettant d'évaluer l'état des moustiquaires après une année d'utilisation et d'identifier les difficultés rencontrées dans les ménages.

e) Renforcer l'évaluation communautaire

Organiser des enquêtes post-distribution pour recueillir les avis des bénéficiaires sur la qualité, la durabilité et l'entretien du matériel, en vue d'améliorer son acceptabilité sociale.

f) Intensifier la sensibilisation ciblée

Accorder une attention particulière aux familles à faibles revenus, souvent les plus exposées, en accentuant les activités éducatives adaptées à leur niveau de compréhension et à leurs réalités culturelles.

g) Intégrer des messages d'entretien et de remplacement du matériel

Insister, lors des campagnes futures, sur les bonnes pratiques d'entretien, le remplacement régulier des moustiquaires usées et la compréhension des consignes d'installation selon les recommandations de l'OMS.

h) Adapter la distribution aux conditions locales

Dans les zones urbaines précaires (habitats en tôle, forte chaleur), prévoir la fourniture de moustiquaires adaptées aux conditions climatiques locales afin de favoriser leur usage continu.

i) Consolider la collaboration institutionnelle et le partenariat financier

Étayer les liens entre le gouvernement, les partenaires techniques et financiers (PNLP, OMS, UNICEF, Fonds mondial), afin de garantir une coordination efficace des interventions.

j) Améliorer la formation des agents distributeurs

Mettre en place une formation systématique sur les bonnes pratiques d'utilisation et de sensibilisation pour éviter les erreurs récurrentes observées (ex : exposition au soleil avant installation au lieu de l'ombre).

A l'attention des populations bénéficiaires

a) Valoriser et partager les expériences positives

Encourager les utilisateurs satisfaits à véhiculer des messages positifs sur les bienfaits du matériel, afin de contrer les rumeurs et renforcer la confiance communautaire.

b) Protéger les personnes les plus vulnérables

S'assurer que les femmes enceintes et les enfants dorment systématiquement sous la moustiquaire, conformément aux recommandations sanitaires.

c) Participer activement aux campagnes de sensibilisation

Prendre part aux activités éducatives pour mieux comprendre les pratiques d'entretien, d'installation et d'utilisation correcte du matériel, garantissant ainsi des résultats efficaces et durables.

6.2.1 Pistes d'amélioration pour déconstruire les mythes autour de l'utilisation du MII afin d'optimiser une pratique efficiente à Kinshasa

L'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) prend en compte non seulement leur disponibilité et leur usage, mais également sur la perception positive qu'en ont les populations.

Or à Kinshasa, la persistance de rumeurs négatives et de croyances erronées comme la toxicité ou la stérilité supposée causée par le matériel, entrave une adoption solidifiée.

Pour contrecarrer ces obstacles socio-culturels, plusieurs actions d'améliorations sont proposées :

a) Mise en place d'une campagne de communication ciblée et continue

Concevoir une stratégie de communication adaptée aux réalités sociales afin déconstruire les fausses croyances relatives à la toxicité des moustiquaires. Cette campagne devrait insister sur leur innocuité scientifique, leur efficacité prouvée et leur rôle vital dans la prévention du paludisme.

b) Diversifier les sources et canaux d'information

Diffuser des messages de sensibilisation à travers plusieurs médias (radio communautaire, télévision, affichage public, réseaux sociaux, théâtre populaire, églises, écoles etc.), afin de toucher différents groupes sociaux et d'augmenter la confiance dans les politiques de santé publique.

c) Renforcer l'implication communautaire

Associer activement les chefs de quartiers, leaders religieux, enseignants, associations locales et agents de santé communautaires dans diffusion des messages corrects. Leur proximité avec la population constitue un atout majeur pour corriger les perceptions erronées et favoriser l'appropriation des bonnes pratiques.

d) Institutionnaliser une approche participative de communication pour la santé

Encourager une collaboration durable entre les politiques de santé et la communauté pour co-construire des stratégies de communication continues, adaptées aux réalités culturelles et linguistiques de Kinshasa.

Conclusion générale

Au terme de cette étude portant sur la “ **lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo (RDC) : logique d'acteurs autour de l'utilisation des**

moustiquaires imprégnées d'insecticides(MII) dans la ville de Kinshasa, l'analyse des logiques, des pratiques et des enjeux liés à l'utilisation du matériel dans la lutte contre l'endémie palustre fait ressortir plusieurs constats.

Les résultats de l'enquête ont révélé que, malgré la forte adhésion des populations au principe de prévention du paludisme à travers l'usage des MII, de **nombreuses difficultés organisationnelles, logistiques, techniques et financières** persistent dans la mise en œuvre des programmes de distribution.

Les bénéficiaires reconnaissent unanimement l'efficacité du matériel dans la prévention du paludisme, mais déplorent **l'insuffisance de moustiquaires par ménage**, la **mauvaise qualité de certains lots distribués**, ainsi que **l'absence de suivi rigoureux post-distribution** permettant d'évaluer les pratiques d'utilisation et l'état du matériel.

Du côté institutionnel, les limites observées relèvent d'un **manque de coordination entre les parties prenantes**, d'une **planification défailante**, d'une **mauvaise gestion logistique des stocks** et d'un **déficit de formation du personnel chargé de la distribution**. Ces faiblesses structurelles compromettent la solidité et l'efficacité des interventions, malgré les efforts consentis par les politiques de santé publique et leurs partenaires techniques et financiers.

Par ailleurs, la dimension socio-culturelle demeure un facteur déterminant dans l'adhésion des MII. Les croyances, les rumeurs et les perceptions erronées sur la toxicité ou la dangerosité du matériel continuent de freiner son acceptabilité dans certains milieux. Ces représentations sociales témoignent de la nécessité d'une **communication adaptée**, fondée sur l'écoute, la participation et la proximité avec les communautés.

Ainsi, les **recommandations formulées** dans ce travail appellent à une réorientation stratégique de la lutte contre le paludisme de façon contextualisée.

En définitive, l'étude a permis de démontrer que la lutte contre le paludisme à Kinshasa ne peut être efficace que si elle s'inscrit dans une approche **intégrée, inclusive et multisectorielle**, combinant la prévention, la sensibilisation, l'éducation sanitaire et d'amélioration des conditions de vie.

L'enjeu n'est donc pas seulement de distribuer davantage de moustiquaires, mais surtout d'assurer leur bonne utilisation, leur entretien et leur appropriation durable par les communautés bénéficiaires.

L'avenir de la lutte contre le paludisme repose sur une **synchronisation entre les acteurs institutionnels, communautaires et internationaux**, ainsi que sur l'implication active des populations elles-mêmes, véritables acteurs de leur propre santé.

Suggestion d'avenir

Dans une perspective future, il serait pertinent d'explorer l'impact des **nouvelles technologies de suivi communautaire** (application mobiles, plateformes numériques participatives) et des **approches comportementales innovantes** dans la promotion de l'usage consolidée des moustiquaires imprégnées.

Une telle initiative permettrait non seulement d'améliorer la traçabilité et la qualité des interventions, mais aussi de renforcer la **responsabilisation et l'autonomie des communautés locales** dans la lutte contre le paludisme, au service d'une sante publique durable et équitable.

Chapitre VII : Bibliographie

1. DARRIET F. Moustiquaires imprégnées et résistance des moustiquaires aux insecticides. Paris : IRD Éd. 2007. 116P.
3. DUVALLET G., GENTILE D. L. Protection personnelle antivectorielle. Paris : IRD Éd. 2012. 354P.
4. NGAMIJE.M.D., ADHANOM.G. (2024). Stratégie opérationnelle du programme mondial de lutte contre le paludisme 2024-2030. OMS, 1-90
5. UNICEF. La république démocratique du Congo reçoit un premier lot de 693500 doses de vaccin antipaludique.2025, 1P.
<https://www.unicef.org/drcongo/communiques-presse/premier-lot-vaccin-antipaludique>, consulté le 29/3/2025
6. PNLP. République Démocratique du Congo: Programme national de lutte contre le paludisme. Ministère de la santé publique. 2022, 81P.
<https://pnlprdc.org/wp-content/uploads/2022/05/PSN-PNLP-RDC-2016-2020>, consulté le 20/02/2025
7. COOSEMANS M., ALESSANDRO.V. (2001). Débat contradictoire : pour ou contre les moustiquaires imprégnées ? Plaidoyer pour les moustiquaires imprégnées dans les programmes de lutte contre le paludisme. Société Francophone de Médecine Tropicale et Santé Internationale : Institut de médecine tropicale, 92(2), 169-173.
8. OMS.(2003). Moustiquaires imprégnées d'insecticides : Manuel à l'intention des responsables de programmes nationaux de lutte anti-paludisme. Faire reculer le paludisme. 1-1-114.
10. HOUGARD.J.M. (2008). Médecine : Les moustiquaires : Traiter des moustiquaires avec des produits insecticides et répulsifs : cette méthode de protection contre les insectes s'affirme comme un élément de lutte contre le paludisme. Elle pourrait même bénéficier à l'agriculture. pour la science, 366, 1.
11. ROGER.C., HENRY.M.C., ROWLAND. M., CARNEVALE P., CHANDRE F., CORBEL V., CURTIS C., et al. (2009). Guide pour l'évaluation en phase III de la lutte antivectorielle contre le paludisme. Médecine tropicale, 69(2), 173-184

12. EGROT M., BAXERRES C., HOUNGNIHIN R. (2014). Quand les moustiquaires poussent l'anthropologie à repenser l'innovation et l'acceptabilité dans le champ de la santé. Presses universitaires de Rennes, 23-29

13. DIMI T.D., JULIEN M.C.D., LUCIEN Y.K., ROUSSEAU D., LEA P.T., MARTIN A. et al. (2006). La moustiquaire imprégnée d'insecticides comme moyen de lutte contre le paludisme : les raisons d'une adoption limitée en côte d'Ivoire, Natures Sciences Société, 4(14), 431- 433

18. GRAS R.(2018). Paludisme en Afrique: les chiffres clés du rapport de l'OMS. Jeune Afrique :
<https://www.jeuneafrique.com/668205/societe/paludisme-en-afrique-les-chiffres-cles-du-rapport-de-loms/> , consulté le 20/2/2025.

20. SITUAKIBANZA N.H., MBOMBO S., BEPOUKA B., KIAZAYAWOKO F., NKODILA A., LONGOKOLO M. et al. (2016). Taux de possession et d'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action(MILD)(RD Congo) : cas du quartier Masina/sans-fil. SIPAM, 1

21. FAYE S.L.(2012). Comprendre la non-utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action, médecine et santé tropicale, 22, 203-209

23. DE SARDAN.O. 2009. Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social.
https://www.google.be/books/edition/Anthropologie_et_developpement/_hapDwAAQBAJ?hl=fr&gbpv=1&dq=OLIVIER+DE+SARDAN+le+sens+des+pratiques&printsec=frontcover,
https://classiques.uqam.ca/contemporains/olivier_de_sardan_jean_pierre/anthropologie_et_developpement/anthropo_et_devel_intro.html, consulté le 24 janvier 2025

24. FOSSO.A.L.G. Thèse de doctorat : doctorat d'anthropologie. Marseille (France) : Aix Marseille Université ; 2014

25. AHOLOUKPE. A.A., HOUNMENNOU. J.C. Étude des représentations socio-culturelles liées à la moustiquaire imprégnée en milieu rural au Bénin : cas de l'arrondissement de Ouèdo à Abomey-Calavi(Bénin) ; 2003.

26. LASSERE G. (1979). L'Atlas de Kinshasa. Les cahiers d'outre-mer, 128, 413-417

27. MARIEME D., (2022). Commune de Kinshasa. ODP Afrique, <https://oidp-afrique.org/2022/05/25/commune-de-kinshasa/> , consulté le 28 novembre 2024
28. LAURENT J. (2015). Raconter Kinshasa : les uns et les autres. Poésie : Afrique, 157_158 (3), 263-268
29. PNUD.(2009). Programme des Nations Unité pour le développement : Unité de lutte contre la pauvreté, province de Kinshasa.<https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/cd/UNDP-CD-Profil-Ville-Kinshasa.pdf>, consulté le 2/11/2024
30. JEAN M. M. (2024). Kinshasa : Plus de 840000 ménages ciblés pour la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides. actualité.cd, <https://actualite.cd/2024/01/07/kinshasa-plus-de-840000-menages-cibles-pour-la-distribution-des-moustiquaires-impregnees>, consulté le 27/09/2024
31. ATUNGALE.A.M., MUSIBONO. D., MANSIANGI. P., METELO. E., ATUNGALE. S.C., TSHIBANGU. J.W.K., et al. (2022). Facteurs liés aux comportements des habitants de la zone santé de Ngaba associés à la recrudescence des cas du paludisme, International Journal of social science and scientific studies, 547-556
33. ALINE S.(2008). Management & avenir: Plaidoyer pour un « nouveau » de la prospective, revue-management-et-avenir,19(5), 171-186
34. DELAFONTAINE A. Réussir la démarche de recherche Universitaire en Kinésithérapie et thérapie manuelle : méthodologie. Lecture critique de fin d'études. Paris : Elsevier Health Sciences, 2019. 311P.
35. DE SARDAN O. (2001). L'enquête de terrain socio-anthropologique, EHESS-SHADYC. La revue enquête : anthropologie, histoire, sociologie, (8), 63-111
36. KOHN L., WENDY C. (2014).Les méthodes de recherche qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives, (4), 67-82
37. STEPHANE D.(1993). Erhard Friedberg et l'analyse stratégique, Persée : Revue française de science politique, 6(43), 994-1008

38. OLIVIER D.S.(2008). A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique. discussion Paper, (5), 1-23
39. KYAMANGA K.F.(2023).Le paludisme : connaissances de base/Eco-épidémiologie/Recherche/vaccins : Éthique & pratique médicale, Paris : l'Harmattan. 129P.
40. OMS. Terminologie du paludisme. World Health Organization, 2021. 46P.
41. DESREUMAUX A., LECOCQ X., WANIER V. stratégie. France : Pearson Éducation, 2009. 223P.
42. MAYHROFER U. Management stratégique. Paris: Éditions Bréal, 2007. 164P.
46. CARNEVALE P., ROBERT V. les anophèles : Biologie, transmission du paludisme et lutte antivectorielle, IRD Éd. Marseille, 2009, 391P.
47. GUCHTER L. 2024. La République Démocratique du Congo reçoit un premier lot de 693500 doses de vaccin antipaludique, disponible sur le site de l'Unicef pour chaque enfant : <https://www.unicef.org/drcongo/communiques-presse/premier-lot-vaccin-antipaludique>, consulté le 16 février 2025
48. BELGA. 2024. Le spécialiste: l'actualité des médecins spécialistes : RDC : Près de 1500 personnes décédées du paludisme en 2023 à Kinshasa : <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/rdc-pres-de-1-500-personnes-decedees-du-paludisme-en-2023-a-kinshasa.html>, consulté le 16 février 2025
49. MANZAMBI E.Z.M., MUTAMBEL D.H.S.N., BOKUNGU M.Y., AGOSSA R.A.F., MAMPANGULU T., KIAKESIDI B. et al. (2024). Étude Des Peuplements Des Anophèles Vecteurs Du paludisme Dans Le Micro-Écosystème de Kingasani A Kinshasa en RD Congo. International Journal Of Progressive Sciences And Technologies, 47(2), 815.
50. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030.Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2015. 33p.
52. DARRIET F. Des moustiques et des hommes : Chroniques d'une pullulation annoncée. Marseille :IRD Éd. 2014. 136 P.

53. LOSIMBA L. J. 2022. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2016-2020, <https://pnlprdc.org/wp-content/uploads/2022/05/P>, consulté le 20/02/2025

55. CARNEVALE P., ROBERT V. (2009). Les anophèles : Biologie, transmission du plasmodium et lutte antivectorielle. IRD Éds, Marseille. 404P.

60. OMS. 2024. Le paludisme. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/malaria>, consulté le 1/3/2025

61. LE SPECIALISTE : l'actualité des médecins. 2025. RDC : près de 1500 personnes décédées de paludisme en 2023 à Kinshasa. <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/rdc-pres-de-1-500-personnes-decedees-du-paludisme-en-2023-a-kinshasa.html>, consulté le 1/3/2025

62. ILUNGA I.F., LEVEQUE A., DONNEN P. (2015). Caractéristiques des ménages des enfants hospitalisés pour le paludisme grave et facteurs associés à la létalité à Kinshasa (République Démocratique du Congo). Médecine et santé tropicale. 25, 75-81.

63. SAPILA M.G. (2024). Vulnérabilité socio-spatiale et risque inondation dans la ville de Kinshasa. Revue Internationale de la recherche scientifique. 2(4), 1917-1928.

64. BOUVIER A. (2011). Kinshasa, ma ville...état des lieux et perspective. La jaune et la rouge. 565, 1.

65. EMINA J. (2023). La RDC connaît l'une des croissances démographiques les plus rapides au monde : <http://theconversation.com/la-rdc-connaît-lune-des-croissances-demographiques-les-plus-rapides-au-monde-pourquoi-ce-nest-pas-une-bonne-nouvelle-209912>, consulté le 15 mars 2025

66. MOUCHET J. Biodiversité du paludisme dans le monde. France: John libbey Eurotext, 2004. 472P.

67. MONUSCO. (2015). Ville province de Kinshasa, disponible à l'adresse https://monusco.unmissions.org/sites/default/files/kinshasa_factsheet_fre.pdf, consulté le 11 mars 2025

68. ASIDI N., MANZAMBI Z. M. (1979). La faune anophélienne à Kinshasa (Zaïre) et la transmission du paludisme humain, bulletin de la société de pathologie exotique. 4, 304-309
70. BELGA. 2024. Le spécialiste : l'actualité des médecins : la saison du paludisme commence de plus en plus tôt en raison du réchauffement climatique. <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/la-saison-du-paludisme-commence-de-plus-en-plus-tot-en-raison-du-rechauffement-climatique.html>, consulté le 11 mars 2025
71. SIPALA M.G. (2024). Vulnérabilité socio-spatiale et risque inondation dans la ville de Kinshasa. Revue Internationale de la recherche scientifique, 2 (4), 12.
72. ILUNGA I. F., LEVEQUE A., DRAMAUX M. (2015). Financement de la prise en charge du paludisme grave de l'enfant par les ménages à Kinshasa, République Démocratique du Congo. Afrique, santé publique. 27(6), 863-869.
73. TREFON T. (2000). Pauvreté à Kinshasa. Afrique contemporaine, 194, 82-89.
74. LA BANQUE MONDIALE EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO. 2024. La banque en république démocratique du Congo RDC : La banque mondiale contribue à la lutte contre la pauvreté et l'amélioration des conditions de vie de la République Démocratique du Congo par le biais de l'éducation, de l'énergie, de la santé et d'autres services sociaux : <https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview#:~:text=La RDC figure parmi les,2,15 dollars par jour.>, consulté le 15 mars 2025
76. NKEMBA B., MULENDA B., MALENGERA K., CISHIBANI M., MASHIMANGO B. (2014). Vulnérabilité économique des ménages au cours d'une épisode du paludisme dans la zone santé de Miti-Murhesa, République Démocratique du Congo. International Journal of innovation and Applied Studies, 8 (3), 912-919
77. MAVUNG L.D.J., DJANG E.M.R., HUBERT P., FREDERICH M., BAUDOUIN M., GRETRY L. et al. (2020). Les déterminants de l'accès à des médicaments antipaludiques de qualité en territoire péri-urbains Africains : Résultats d'une enquête menée à Kinshasa (Congo). Journal. Journal d'épidémiologie et de santé publique. 21, 85-100
78. MOTEMA J.I., MAKOLO M.L., KIATA M.L.G. Études africaines : Déchets et hygiène en République démocratique du Congo. Éd. Paris. l'Harmattan, 2023. 160P.

79. NTIKALA E LKUMA C., NGOY KANKOLON A., NUNENGE M.(2024). Connaissances, attitudes et pratiques de la population face à l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide dans la commune de Ngaba à Kinshasa, RD-Congo. Global Scientific Journals, 12(12), 7.

81. O'MALLEY G.F., O'MALLEY R. 2022. Intoxication par les insecticides. <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/lésions-et-intoxications/intoxication/intoxication-par-les-insecticides>, consulté le 18/4/2025

82. DUVALLET G., FONTENELLE D., ROBERT V. Entomologie médicale et vétérinaire. IRD Ed. Marseille (Versailles), 2018. 690P.

83. HOUGARD J-M. (2008). Les moustiquaires imprégnées : Traiter des moustiquaires imprégnées. Pour la science. 366, 1.

85. OMS. 2021. Programme mondial de lutte contre le paludisme : Malaria vector control, <https://www.who.int/fr/teams/global-malaria-programme/prevention/vector-control>, consulté le 19/04/25

88. AGENCE D'INFORMATION D'AFRIQUE CENTRALE. 2025. Lutte contre le paludisme : bilan mitigé des moustiquaires imprégnées en Afrique. <https://www.adiac-congo.com/content/lutte-contre-le-paludisme-bilan-mitige-des-moustiquaires-impregnees-en-afrique-162666>, consulté le 23/04/2025

91. PNLP. 2024. République Démocratique du Congo : Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2020-2023. <https://scorecardhub.org/wp-content/uploads/2021/06/drc-plan-strategique-jules-corrige.pdf>, consulté le 22/04/2025

92. NZUZI A. 2016. Agence d'information de l'Afrique centrale. Distribution des moustiquaires à Kinshasa : des ménages non répertoriés réclament, <https://www.adiac-congo.com/content/distribution-des-moustiquaires-kinshasa-des-menages-non-repertories-reclament-57691>, consulté le 23 mars 2025

94. GUKA G. 2025. RDC-lutte contre le paludisme : une usine de moustiquaires imprégnées bientôt construite, <https://actualite.cd/2025/04/06/rdc-lutte-contre-le-paludisme-une-usine-de-moustiquaires-impregnees-bientot-construite>, consulté le 23/04/2025

96. KUWEKITA M.J. (2014). Comment alléger la charge des ménages dans le financement de la santé dans les pays du sud : Résultats des CNS en RD Congo. Université catholique de Kinshasa, 38.

97. ILUNGA I. F., LEVEQUE F., DRAMAUX M.(2015). Financement de la prise en charge du paludisme grave de l'enfant par les ménages à Kinshasa, République Démocratique du Congo. Santé publique, 27(6), 863-869.

98. WORLD BANK. 2010. Don de 80 millions de dollars de la Banque mondiale pour le projet d'appui à la rénovation de la santé (République Démocratique du Congo). <https://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2010/12/20/world-bank-grant-of-us-80-million-for-health-sector-rehabilitation-support-project-democratic-republic-of-congo>, consulté le 22/04/2025

99. CARITASDEV. 2024. Projet de suivi indépendant de la campagne de distribution gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticide : des agents de suivi et superviseurs recrutés et formés par Caritas Congo. <https://caritasdev.cd/actualites/projet-de-suivi-independant-de-la-campagne-de-distribution-gratuite-des-moustiquaires-impregnees-dinsecticide-des-agents-de-suivi-et-superviseurs-recrutes-et-formes-par-caritas-congo>, consulté le 23/04/2025

101. CILUNDIKA. M.P., NYOTA N.O., LUBOYA N.O. (2016). Problématique de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée (MILD) chez les enfants de moins de 5 ans en République démocratique du Congo. Pan African Medical Journal, 8.

102. CARITASDEV. (2024). Projet de suivi indépendant de la campagne gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticides : des agents de suivi et superviseurs recrutés et formés par caritas Congo. <https://caritasdev.cd/actualites/projet-de-suivi-independant-de-la-campagne-de-distribution-gratuite-des-moustiquaires-impregnees-dinsecticide-des-agents-de-suivi-et-superviseurs-recrutes-et-formes-par-caritas-congo>, consulté le 23/04/2025

103. SANRU. 2023. Kinshasa santé: Signature d'un acte d'engagement pour la campagne de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides par SANRU asbl. <https://7sur7.cd/2023/12/28/kinshasa-sante-signature-dun-acte-dengagement-pour-la-campagne-de-distribution-des>, consulté le 23/04/2025

105. CAVERNALE P. (1955). La lutte antivectorielle, perspectives et réalités. Médecine tropicale, 55, 56-65
106. NGOMENZEY M.C., BOUBA D.F., EKAMBI E. (2021). Déterminants Individuels Et Contextuels Du Paludisme chez les Enfants De 6-59 Mois En République Démocratique Du Congo. European Scientific Journal(ESJ), 17(7), 94-119
107. ZANDU A., MALENGREAU M., WERY M.(1991). Pratiques et dépenses pour la protection contre les moustiques dans les ménages à Kinshasa, Zaïre. Société Belge de Médecine tropicale, 71, 259-256
108. ILUNGA J.K., ILUNGA N., KABWIKI M.A., KABUNDJI S.M., BONDO L.T., KBAMBA B.C., MWADI P.M.(2020). Connaissance, attitude et pratiques des habitants des quartiers Kisunka, Tshatshi et Joli site de Likasi face à la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée. Revue de l'infirmier Congolais (RIC), 30.
109. OMS. Lignes directives de l'OMS pour la production, l'attraction, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales et reculés. Genève (Suisse) : World Health Organization. 2021. 116P.
110. MANDOKO M., MATENDO K., KARHEMERE S., MBONGI D., KUNYU S.B., TSHILOLO L.T., et al. (2016). Connaissances, Attitudes et pratiques des prestataires de soins sur la lutte antipaludique Dans la ville-province de Kinshasa/République Démocratique du Congo. International Journal of Innovation and Applied Studies, Vol.14 (4), 1096-1104.
111. GRUENAI S. M. E. 2005. Les formations continues des personnels de santé en Afrique : Un marché nécessaire ? <https://7sur7.cd/2023/12/28/kinshasa-sante-signature-dun-acte-dengagement-pour-la-campagne-de-distribution-des>, consulté le 27 avril 2025
112. PARIS M. 2025. Le projet de suivi post-distribution (PDM) des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) : Les avancées obtenues en 2024. <https://caritasdev.cd/actualites/projet-de-suivi-independant-de-la-campagne-de-distribution-gratuite-des-moustiquaires-imprenees-dinsecticide-des-agents-de-suivi-et-superviseurs-recrutes-et-formes-par-caritas-congo>, consulté le 22 avril 2025
113. OMS. 2002. Guide pour le traitement et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67574/WHO_CDS_RBM_2002.41_fr.pdf;jsessionid=D8099CCFC91DCC313B7FACC85D0CC7B2?sequence=1, consulté le 29/04/2025

114. FOND MONDIAL. 2024. Note d'information : surveillance après commercialisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides financés par le fond mondial. https://www.theglobalfund.org/media/13723/psm_post-market-surveillance-itn_briefingnote_fr.pdf , consulté le 29/04/2025

115. FOND MONDIAL. 2021. Guide sur la politique du fond mondial en matière de gestion des achats et des stocks de produits de santé. https://www.theglobalfund.org/media/7282/psm_procurementsupplymanagement_guidelines_fr.pdf, consulté le 15/05/2025

117. KITSITA J.(2021). Lutte contre le paludisme : la RDC veut s'assurer de la qualité des moustiquaires distribués. https://www.theglobalfund.org/media/13723/psm_post-market-surveillance-itn_briefingnote_fr.pdf, consulté le 29/04/2025

121. CNRSC. 2020. Enquête post-dénombrement de la population en vue de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à Longue Durée d'action (MILD) dans la province de la Tshuapa en RDC, <https://www.cnrsc.org/2020/11/17/enquete-post-denombrement-de-la-population-en-vue-de-la-distribution-des-moustiquaires-impregnees-dinsecticide-a-longue-duree-daction-mild-dans-la-province-de-la-tshuapa-en-rdc/>, consulté le 15 mai 2025

122. GAYMARD S. Les fondements des représentations sociales : sources, théories et pratiques. Malakoff :édition Dunod, 2021. 233p.

124. LANSAC M. Les conceptions méthodologiques et sociales de Charles Fourier : Leur influence. France : collection ebooks, 2016. 152p.

125. CLEMENT P. (2010). Conceptions et représentations sociales et modèles KVP, Skholê : cahiers de la recherche et du développement, 16, 55-70

127. BEGUE L., DESRICHARD O. Traité de psychologie sociale :la science des interactions humaines. France : Ed. De Boeck Supérieur, 2013. 856p.

129. GARNIER C., SAUVE L. (1999). Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement-conditions pour un design de recherche . OpenEditionJournals, 1, 1.
130. JUTEAU D. La différenciation sociale : Modèles et processus. Les presses de l'université de Montréal (PUM), 2003. 300p.
131. CAVALLO P.B., IANNAcone A. (1993). Représentations sociales et construction des connaissances. Papers on Social Representations, 2(3), 1-150
132. ICICONGO 2022. Ces limites de la moustiquaire pour lutter contre le paludisme en RDC, <https://icicongo.net/2022/07/07/ces-limites-de-la-moustiquaire-pour-prevenir-contre-le-paludisme-en-rdc/>, consulté le 24/5/2025
134. SALES-WUILLEMIN E. Psychologie sociale expérimentale de l'usage du langage : représentations sociales, catégorisations et attitudes, perspectives nouvelles. Paris(France). l'Harmattan, 2005. 322p.
135. CORCUFF P., LEBART C., DE SINGLY F . L'individu aujourd'hui: Débats sociologiques et contrepoids philosophiques. France(Rennes) : Presses Universitaires de Rennes, 2015. 400p.
136. RADIO OKAPI. 2008.Kinshasa: des moustiquaires empoisonnées, rumeurs ou réalité ? <https://www.radiookapi.net/sans-categorie/2008/11/19/kinshasa-des-moustiquaires-empoisonnees-rumeurs-ou-realite>, consulté le 24/5/2025
137. LA REDACTION. 2019. Moustiquaires en RDC : sauver des vies ou pas ? <https://beto.cd/grand-angle/2019/06/25/moustiquaires-en-rdc-sauve-des-vies-ou-pas.html/44064/>, consulté le 15 juin 2025
138. DEBBANE M., PRADA P., BOUTELOUP M., SPERANZA M., PERROUD N. Mentaliser : la clé des interactions humaines. Paris(France) : De Boeck Supérieur. 2022. 250p.
139. MALAGUARNERA S. Dictionnaire de neuropsychanalyse. Bruxelles (Belgique) : CreateSpace Independent Publishing. 2016. 492p.
140. ROBERGE J. PAUL R. la culture et les sciences humaines. Québec(Canada) : presses de l'université Laval, 2008. 340p.

141. NADEAU R. Philosophie de la connaissance. Montréal(Canada) : Les presses de l'université de Montréal, 2016. 942p.
142. BOUVIER A., CONEIN B. L'épistémologie sociale : une théorie sociale de la connaissance. NICE(France), Édition de l'école des hautes études en sciences sociales, 2020. 255p.
144. BRUSSON L., JAMME C. Introduction à la philosophie du mythe : sauver les mythes. Paris : librairie philosophique J.VRIN. 2005. 264p.
146. DE SARDAN J.P.O. Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social. Paris : APAD-KARTHALA Éd. 1995. 230P.
148. MATUNGALE A.M., ATUNGALE C.S., ATUNGALE E.A.N. ;MUNDUKU O.M.,MUSIBONO D.A.,TSHIBANGU J.W. et al. (2022). Facteurs liés aux comportements des habitants de la zone de santé de Ngaba associés à la recrudescence des cas du paludisme. International Journal of social sciences and Scientific Studies, 1.
149. PNLP-RDC.(2023). Stratégie nationale de changement social et de comportement :2024-2028. RDC-National-Malaria-SBC-stratégie, 80.
150. OMS. (2024). Immunization profile AI 30-Jan-Dec 2025-Shared-o-pdf. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2025-02/DRC%20Monthly%20Immunization%20Profile%20AI%2030_Janv-Dec%20%202024_VF%2008.02.25_Shared_0.pdf, consulté le 2 juin 2025
151. MBODO V.T. Impacts du programme d'assainissement urbain de Kinshasa sur l'environnement (PAUK). Cas de la commune de Barumbu-Thinda Mbodo Vangu. Ville de Kinshasa : Institut Supérieur Pédagogique de la Gombe ; 2000-2023
153. LUSAMBA K.M. (2006). Portrait des quartiers populaires à Kinshasa (RDC) : un territoire, une identité. N°2, 3-15.
154. MUYULU N.R., KAKESE K. C.(2024).La crise de logement face à la planification familiale dans la zone de santé de Barumbu-Kinshasa : approche socio-environnementale pour un urbanisme durable. Revue Internationale des dynamiques sociales : mouvements et enjeux sociaux, 132(2), 2-11

NOM et PRENOM : GANNO Marie Hortense

Titre du mémoire : Lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo (RDC) : Logiques et stratégies d'acteurs autour de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) dans la ville de Kinshasa.

Promoteur·rice et lectrice : ROBERT Annie et HOORNAERT Ellen

RESUME

Ce mémoire de recherche concerne la lutte contre le paludisme en République Démocratique du Congo (RDC), avec pour but plus particulièrement d'examiner les logiques sociales, représentationnelles et stratégiques qui encadrent l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides dans la ville de Kinshasa. Nonobstant l'acharnement des politiques de santé publique à effectuer des campagnes de distribution massive contre cette endémie persistante, l'étude met en évidence certaines désarticulations entre l'approvisionnement du matériel et son utilisation effective au sein des ménages. A partir d'entretiens semi-directifs menés auprès des bénéficiaires, d'acteurs institutionnels (PNLP, ONG) et agents opérationnels de santé, l'analyse des résultats révèle que les pratiques sociales associées à l'utilisation de l'outil sont endoctrinées par une pluralité de facteurs : conditions socio-économiques précaires, agnosticisme culturelles, contraintes matérielles, carence de sensibilisation de suivi post-distribution. Ces composantes soulignent des logiques d'accommodations variées où s'entremêlent besoin de protection, stratégie d'adaptation et représentations symboliques du paludisme et des outils de prévention. L'étude conclut à une révision fondamentale des stratégies de lutte contre le paludisme avec la participation communautaire, en prenant en compte la dimension éducative et contextuelle renforçant ainsi l'efficacité et l'adhésion des populations dans un projet de développement durable à l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticides à Kinshasa.

PNLP : Programme national de lutte contre le paludisme

ONG : Organisme non gouvernemental

Chapitre VIII

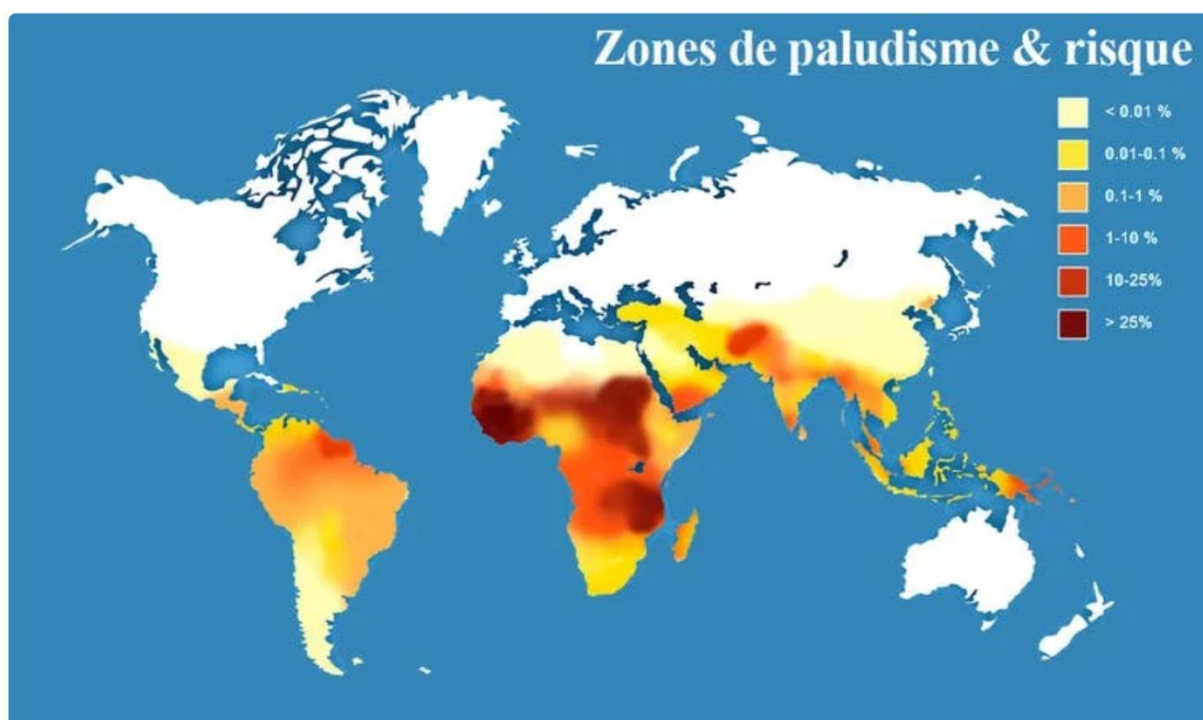
ANNEXES

Annexe 1



Kinshasa: Campagne de distribution massive de moustiquaires lancée pour immuniser contre les moustiques destructeurs

Annexe 2



Annexe 3

4.2 RÉSULTATS ENTOMOLOGIQUES

4.2.1 Répartition des espèces d'anophèles selon les périodes de capture par Pyretrum Spray Cathing (PSC)

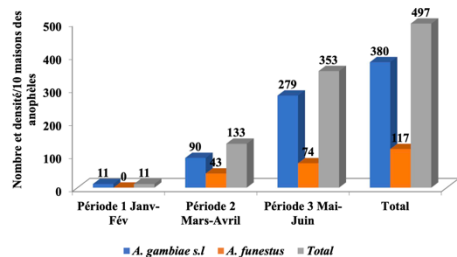


Figure 1 : Répartition des espèces d'anophèles selon les périodes de capture par PSC
Quartier Kingasani de 2020 à 2021

La figure 1 montre que 497 spécimens d'anophèles ont été capturés dans le Quartier Kingasani. Ces spécimens sont répartis en deux espèces dont *A. gambiae s.l* avec 380 individus représentant 76,5 % et *A. funestus* avec 117 individus faisant 23,5 % du total. En ce qui concerne la période de janvier –février, 11 individus ont été capturés tous appartenant à l'espèce *A. gambiae s.l*. A la période de Mars-Avril, 133 anophèles ont été capturés dont 90 individus d'*A. gambiae s.l* et 43 d'*A. funestus*. Quant à la période de Mai-Juin, 353 spécimens ont été capturés. L'espèce *A. gambiae s.l* a compté 279 individus soit 79 % des individus capturés et *A. funestus* en a compté 74 individus soit 21 % de l'abondance totale.

4.2.2 Densité des espèces d'anophèles selon la période de capture par PSC

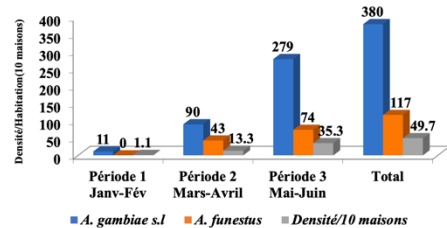


Figure 2 : Densité des espèces d'Anophèles selon les périodes de capture dans le Quartier Kingasani de 2020 à 2021

La figure 2 renseigne que la période de Mai-Juin a affichée une densité la plus élevée soit 35,3 anophèles par 10 maisons. Elle a été suivie par la période Mars-Avril avec 13,3 anophèles et celle de janvier –février avec 1,1 anophèle pour 10 maisons.

Annexe 4

**MINISTÈRE DE LA
SANTÉ PUBLIQUE**
**PROGRAMME NATIONAL DE
LUTTE CONTRE LE PALUDISME**
RAPPORT ANNUEL 2010



Annexe 5 Guide d'entretien semi-directif pour les ménages

Guide d'entretien semi-directif pour les ménages

Titre de l'étude : Lutte contre le paludisme en république démocratique du Congo (RDC) : logique et stratégie d'acteurs autour de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) à Kinshasa.

Question de recherche : Quelles sont les pratiques sociales liées à l'utilisation des MII et quels sont les logiques représentationnelles et stratégiques qui soutiennent ces pratiques en RDC et particulièrement la ville de Kinshasa ?

Chercheuse : GANNO Marie Hortense

Organisme : Université Catholique de Louvain (Bruxelles)

Contact : 0032486501660/0032493987915

Mail : marie-hortense.ganno@student.uclouvain.be

Bonjour, je m'appelle GANNO Marie Hortense, je suis en Master de santé publique. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse aux pratiques et perceptions autour de l'utilisation des MII dans la lutte contre le paludisme à Kinshasa.

But de l'étude :

L'intérêt de cette étude, est de comprendre comment les habitants de Kinshasa perçoivent les moustiquaires, comment ils les utilisent et quelles significations ils leur attribuent. Aussi, cet entretien est un moyen pour nous d'apprendre de votre expérience, perception et habitudes.

Êtes-vous d'accord pour continuer ?

Déroulement de l'entretien :

Cet entretien est confidentiel et durera environ 30-45 minutes. Il sera enregistré si vous l'autorisez.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Confidentialité :

Votre nom ne sera pas mentionné. Les informations récoltées seront utilisées uniquement à des fins de recherche.

Participation volontaire :

Vous êtes libre de refuser ou d'arrêter l'entretien à tout moment sans conséquence.

Consentement :

- Je consens à participer à cette recherche
- Je consens à ce que l'entretien soit enregistré audio

- Je ne consens pas à l'enregistrement audio, mais j'accepte de répondre oralement

Thème 1 : Représentations et connaissances générales

- 1) Pouvez-vous me dire ce que vous savez de la moustiquaire ?
- 2) Kinshasa que disent les gens à propos des moustiquaires ?
- 3) Pour vous, à quoi sert la moustiquaire ?
- 4) Comment avez-vous été informé de la moustiquaire (famille, voisin, hôpital, ONG, média, église, réseau sociaux, campagne) ?
- 5) Associez-vous l'utilisation de la moustiquaire à certaines maladies ?

Si oui, lesquelles ?

Thème 2 : Pratiques d'utilisation des moustiquaires

- 6) Avez-vous une moustiquaire chez vous présentement ?

- Si oui, depuis combien de temps l'utilisez-vous ?
- Où l'avez-vous obtenue ?
- Si non, pourquoi ?

- 7) Est-ce que toute la famille l'utilise ?

- Qui l'utilise le plus souvent ?
- Pourquoi ?

- 8) Utilisez-vous la moustiquaire chaque nuit ?

- 9) Y-a-t-il des périodes où vous ne l'utilisez pas ?

- Pourquoi ?

- 10) Comment installez-vous la moustiquaire dans votre maison ?

- Est-ce facile ou difficile ?

Thème 3 : Perceptions sociale et sens symbolique

- 11) Pour vous, la moustiquaire est-elle uniquement un objet de santé ou a-t-elle une autre signification ?

12) Dans votre entourage y-a-t-il des personnes qui refusent d'utiliser la moustiquaire ?

- Si oui, pourquoi ?

13) Certains disent que dormir dans la moustiquaire est-il un signe de modernité ou de bonne éducation

- Qu'en pensez-vous ?

14) Avez-vous entendu des rumeurs ou des croyances locales à propos des moustiquaires ?

Thème 4 : Obstacles et facteurs d'acceptabilités

15) Qu'est-ce qui vous motive à utiliser une moustiquaire ?

16) Avez-vous déjà eu des problèmes avec une moustiquaire ?

- Si oui, pouvez-vous expliquer ?

17) Y-a-t-il des raisons que certaines personnes évoquent pour ne pas utiliser la moustiquaire ?

- Si oui, quelles sont ces raisons ?

18) Pensez-vous que l'État ou les ONG font assez pour promouvoir leur usage à Kinshasa ?

Thème 5 : Stratégie des acteurs autour des MII

19) Avez-vous déjà assisté à une campagne de sensibilisation ou de distribution gratuite des moustiquaires ?

- Si oui, par qui ?

20) Comment se passe la distribution ici ?

- Tout le monde reçoit-il automatiquement la moustiquaire ?

21) Que pensez-vous de la façon dont la distribution est organisée ?

22) Êtes-vous encouragés à les utiliser de la part des relais communautaires ou agents de santé ?

23) Avez-vous déjà eu besoin de remplacer votre moustiquaire ?

- Si oui, comment avez-vous fait ?

24) Avez-vous reçu des informations pour les entretenir ?

25) Les agents passent-ils pour vérifier l'état des moustiquaires ?

26) Depuis que vous avez les moustiquaires, les agents sont-ils passés pour vérifier que vous utilisez la moustiquaire de manière efficace ?

Thème 6 : Suggestions d'amélioration

27) Selon vous, que faudrait-il changer pour que plus de personnes utilisent des moustiquaires à Kinshasa ?

28) Pour vous, quel serait le meilleur moyen d'informer ou de sensibiliser la population à Kinshasa ?

29) Que pensez-vous des distributions gratuites ou des campagnes de sensibilisation que vous avez déjà vues ?

Nous arrivons au terme de cet entretien

Merci beaucoup pour le temps que vous nous avez accordé

Vos réponses sont très importantes pour mieux comprendre comment les moustiquaires sont perçues et utilisées à Kinshasa

Avez-vous quelque chose à ajouter ou un message à transmettre aux politiques de santé ou aux organisations de santé ?

Annexe 6 : Guide d'entretien semi-directif acteurs institutionnels et opérationnels)

Guide d'entretien semi-directif acteurs institutionnels et opérationnels

Introduction

Bonjour, je vous remercie pour votre temps. Nous menons une étude sur les pratiques et perceptions d'usages des moustiquaires imprégnées d'insecticides, en particulier après la campagne de distribution de 2024 à Kinshasa. Cet entretien est confidentiel et vise à mieux comprendre votre rôle, vos observations et vos recommandations.

Puis-je commencer ?

Partie 1 : Autorités locales (chef de quartier ou commandant)

- 1) Quelle est votre fonction ?
- 2) Sur quelles bases les communes/quartiers sont choisies (précarité, pauvreté, incidence du paludisme, enfants, femmes enceintes etc.). ?
- 3) Quel rôle avez-vous joué dans la campagne de distribution des moustiquaires en 2024 ?
- 4) Quels sont les acteurs qui ont collaboré avec vous ?
- 5) Comment s'est déroulée la coordination ?
- 6) Comment s'est déroulée la distribution dans votre commune/quartier ?
- 7) Quelle ont été les réactions des habitants ?
- 8) Y-a-t-il eu des réticences ou des problèmes logistiques (accessibilité, couverture insuffisante etc.) au cours de cette distribution ?
- 9) D'après vous, comment les populations perçoivent les moustiquaires ?
- 10) Avez-vous constaté des détournements d'usages ?
 - Si oui, connaissez-vous les raisons possibles évoquées par les populations ?
- 11) Quelles améliorations proposeriez-vous pour les futures campagnes ?
- 12) D'après vous, quel est le rôle des autorités locales dans la lutte contre le paludisme ?

Merci pour vos réponses. Y-a-t-il des choses que vous voudriez ajouter concernant l'utilisation des moustiquaires, la lutte contre le paludisme, ou la campagne de 2024 à Kinshasa ?

Partie 2 : agent de santé (médecins, infirmiers, agent de distribution des moustiquaires)

- 13) Quelles sont les motifs les plus fréquents de consultation dans votre zone de santé ?
- 14) Le paludisme est-il fréquent dans votre zone ?
 - Si oui, chez quelles catégories de populations ?
- 15) Quel a été votre rôle exact dans la campagne de distribution 2024 ?

- 16) Comment avez-vous sensibilisé la population à l'importance de la moustiquaire ?
- 17) Selon votre expérience, les populations utilisent-ils correctement les moustiquaires ?
- 18) Quels obstacles empêchent leur bon usage (culturels, pratiques, économiques, religion etc.) ?
- 19) Depuis la distribution, y-a-t-il eu un mécanisme post-suivi ou d'évaluation ?
- 20) Quels messages ou stratégies éducatives jugez-vous les plus efficaces pour stimuler les populations à utiliser les moustiquaires ?

Merci pour vos réponses. Y-a-t-il des choses que vous voudriez ajouter concernant l'utilisation des moustiquaires, la lutte contre le paludisme, ou la campagne de 2024 à Kinshasa ?

Annexe 7 : Fiche d'observation des ménages

Fiche d'observation

Titre de l'observation : Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides dans les ménages à Kinshasa

Lieu d'observation :

Date et heure :

Observatrice :

Étudiante master en santé publique : GANNO Marie Hortense

1. Contexte général

- Description de la commune/quartier (type d'habitat, état des lieux, densité de la population...)
- Présence de moustiquaire visible (suspendu, rangées, usagées...)
- Moment d'utilisation (matin, soir, nuit)

2. Composition du ménage observé

- Nombres de personnes présentes
- Présence d'enfants, personnes âgées, femmes enceintes
- Occupation principale des membres du ménage

3. Utilisation des moustiquaires imprégnées

- Nombres de moustiquaires observables ?
- Sont-elles en bon état (trouées, sales, suspendues...)
- A quel moment sont-elles utilisées ? (Nuit, journée, aléatoire)
- Qui les utilise ? (Femmes, enfants, toute la famille)
- Où sont-elles installées ? (Chambres, salon, à l'extérieur...)

4. Comportements et représentations observés

- Attitudes liées aux moustiquaires (l'installation, l'entretien, le rangement...)
- Discours spontanés sur les moustiquaires (protection, chaleur, étouffement, inconfort...)
- Croyances ou perceptions évoquées
- Présence de d'autres pratiques (pulvérisation intra-domiciliaire, répulsif...)

5. Logiques et stratégies des acteurs

- Provenance de la moustiquaire (distribution gratuite, achat, donation...)
- Motifs évoqués pour l'utilisation ou la non-utilisation
- Répartition d'usage de la moustiquaire dans le ménage (logique genre, d'âge...)

- Stratégie d'appropriation ou d'usage détourné (utilisation pour d'autres fonctions : filet de pêche, clôture, confection robe de mariage...)

6. Interactions avec les acteurs institutionnels

- Passage ou intervention de relais communautaires/ONG/agents de santé
- Opinion des habitants à ces interventions
- Présence de l'outils ou affiches de sensibilisation

7. Notes personnelles de l'observatrice

- Réflexion personnelle sur l'ambiance, les dynamiques sociales observées
- Difficultés rencontrées
- Hypothèse ou piste pour approfondir l'analyse

Annexe 8 : LE PLAN DETAILLE DE L'ENQUETTE SUR L'USAGE DE LA MOUSTIQUAIRE IMPREGNE D'INSECTICIDE

1. Échantillons : Nous aurons besoin de 33 personnes

- 2 coordonnateurs(Coordonnateur principal et son Adjoint)
- 10 personnes pour un entretien avec les ménages(une personne par ménage
- 1 chef du quartier soit le commandant du camp
- 15 Agents de santé (5 Médecins, 5 infirmiers, 5 agents de distribution des moustiquaires)
- 1 Agent du PNLP
- 1 observateur
- 1 interprete
- 1 infirmier
- 1 médecin

2. Les guides d'entretiens

- Guide pour les ménages (4pages)
- Guide pour les Médecins (2 pages)
- Guide pour les infirmiers (1 page)
- Guide pour le chef du quartier (commandant 2 pages)

- Guide pour Agent de distribution(1 page)
- Guide pour agent du PNLP(1page)

3. Les Rôles des différents personnages

- Le coordonnateur principale : qui chapote l' activité et va réaliser entretien avec le chef du quartier ou le commandant du camp
- Le coordonnateur adjoint : faire l'observation des ménages pendant les entretiens ; réaliser l' entretien avec un agent du PNLP , enregistrer les entretiens pour les 10 ménages et prendre quelques photos
- Un Médecin et un infirmier pour poser les questions(ménages, médecins, infirmiers et agents de distribution) NB : les deux font partie de l'enquête)
- Interprètes: Un médecin éloquent qui serait en mesure de retraduire dans la langue locale vers la langue française