

Perception communautaire sur la bilharziose à *Schistosoma mansoni* dans la zone de santé rurale d'Oicha au Nord Kivu en RD Congo

Bailanda Mumbere Pascal^{1,2,8}, Matiaba Binda Paul⁷, Muyisa Bwambale Quenedy⁸, Kimbilwa Katavali Emery⁹, Kathembo Kabuyaya Emmanuel⁶, Kakule Kithanga Jean de Dieu⁹, Kambale Mbakwiravyo Obede⁵, Mumbere Muvunga Shukuru⁵, Kule Kyusa Archip⁹, Nzanu Ndulutulu Joachin⁹, Kambale Soheranda Sadraka⁹, Manwa Budwaga Baudouin⁴, Wembo Ndeo Oscar³, Barhwamire Kabesha Theophile⁴, Muhindo Sahani Walere², Paluku Sabuni Louis³.

1. Université Officielle de Semuliki, République Démocratique du Congo

2. Université Catholique du Graben de Butembo, République Démocratique du Congo

3. Université Officielle de Ruwenzori, République Démocratique du Congo

4. Université officielle de Bukavu, République Démocratique du Congo

5. Institut Supérieur Pédagogique d'Oicha, République Démocratique du Congo

6. Institut Supérieur des Techniques médicales Mangina, République Démocratique du Congo

7. Institut Supérieur des Techniques médicales Walikale, République Démocratique du Congo

8. Centre Hospitalier le Rocher, République Démocratique du Congo.

9. Zone de santé rurale d'Oicha, République Démocratique du Congo.

Auteur correspondant : drbailanda1@gmail.com.

HNSJ, 2025, 6(9); <https://doi.org/10.53796/hnsj69/15>

Reçu le 07/08/2025

Accepté le 15/08/2025

Publié le 01/09/2025

Résumé

Introduction : La schistosomiase est une maladie parasitaire chronique causée par des vers plats du genre *Schistosoma*. Plusieurs communautés affectées, la perception de la schistosomiase est souvent influencée par des croyances locales, des pratiques culturelles, ou un manque d'information sanitaire appropriée.

Matériel et méthodes : Notre étude est menée dans la zone de santé rurale d'Oicha. Il s'agit d'une étude descriptive à visée analytique, utilisant une approche mixte (quantitative et qualitative).

Résultats : 52,8% féminins ; 48,3% d'âge de 12 à 18 ans ; 45,8% de niveau secondaire ; 55,5% font l'agriculture, 100% déjà attendu parler de *S. mansoni* ; 56,3% avec information aux médias ; 61,8% ; 68,5% avec l'eau contaminée 50,8% le risque aux enfants ; 79,0% impact social ; 78,3% affecte la capacité à travailler ; 70,8 éviter de se baigner dans les rivières ; 55,3% traitement de l'eau ; 54,8% déféquer dans les latrines ; 70,8% de la prise en charge.

Conclusion : La perception communautaire de la schistosomiase mansoni est une interaction entre les acteurs de la santé publique et les habitants de la zone de santé. Les difficultés de croyance, culturelles et manquent d'information peuvent être des obstacles majeurs aux actions de la santé publiques, il faudra une étude analytique qui pourra être abordée dans ce sens pour déterminer la prevalence et les facteurs associés de la schistosomiase mansoni dans la zone de santé.

Mots Clés: Perception communautaire, Schistosomiase mansoni, zone de santé d'Oicha.

RESEARCH TITLE

**COMMUNITY PERCEPTION OF SCHISTOSOMIASIS DUE TO
SCHISTOSOMA MANSONI IN THE RURAL HEALTH ZONE OF OICHA,
NORTH KIVU, DR CONGO**

Abstract

Introduction: Schistosomiasis is a chronic parasitic disease caused by flatworms of the genus *Schistosoma*. With several communities affected, perceptions of schistosomiasis are often influenced by local beliefs, cultural practices, or a lack of appropriate health information.

Materials and Methods: Our study was conducted in the rural health zone of Oicha. This is a descriptive study with analytical aims, using a mixed (quantitative and qualitative) approach.

Results: 52.8% female; 48.3% aged 12 to 18; 45.8% secondary education; 55.5% engaged in agriculture; 100% had already heard about *S. mansoni*; 56.3% had received media information; 61.8%; 68.5% had heard about contaminated water; 50.8% had heard about the risk to children; 79.0% had social impact; 78.3% had affected their ability to work; 70.8% had avoided swimming in rivers; 55.3% had water treatment; 54.8% had defecated in latrines; 70.8% had received treatment.

Conclusion: Community perception of schistosomiasis mansoni is an interaction between public health actors and residents of the health zone. Belief, cultural difficulties, and lack of information can be major obstacles to public health actions. An analytical study will be required to determine the prevalence and associated factors of schistosomiasis mansoni in the health zone.

Key Words: Community perception, Schistosomiasis mansoni, Oicha health zone.

1. Introduction

La schistosomiase, également appelée bilharziose, est une maladie parasitaire chronique causée par des vers plats du genre *Schistosoma*. La forme intestinale, provoquée par *Schistosoma mansoni*, est largement répandue en Afrique subsaharienne, où elle constitue un problème majeur de santé publique. Elle se transmet par contact avec de l'eau douce contaminée, dans laquelle vivent les larves libérées par des escargots infectés, hôtes intermédiaires du parasite. Les personnes s'infectent généralement lors d'activités domestiques, agricoles, récréatives ou professionnelles qui impliquent un contact prolongé avec l'eau [1, 2].

Malgré les efforts déployés pour contrôler la maladie, notamment à travers la chimiothérapie de masse par le praziquantel, la schistosomiase reste endémique dans plusieurs zones de santé en raison de nombreux facteurs : environnement favorable à la transmission, accès limité à l'eau potable, et surtout, faible niveau de connaissance de la population sur les mécanismes de transmission et de prévention. Dans plusieurs communautés affectées, la perception de la schistosomiase est souvent influencée par des croyances locales, des pratiques culturelles, ou un manque d'information sanitaire appropriée. Ces perceptions peuvent entraîner des comportements à risque, une mauvaise adhésion aux programmes de traitement de masse, voire le recours à des pratiques de traitement traditionnelles inefficaces. Ainsi, comprendre comment la communauté perçoit cette maladie est crucial pour adapter les stratégies de lutte et améliorer les résultats en santé publique [3, 4].

L'amélioration de la lutte contre la schistosomiase passe nécessairement par la prise en compte des savoirs, croyances et attitudes des populations concernées. Une meilleure compréhension de la perception communautaire permet non seulement d'identifier les obstacles socioculturels à la prévention, mais aussi de renforcer les interventions sanitaires en les rendant culturellement acceptables et participatives. Ce travail s'inscrit donc dans une logique de promotion de la santé communautaire et d'efficacité des politiques de contrôle de la schistosomiase.

En Europe, la schistosomiase *mansoni* est principalement observée chez les migrants en provenance de régions endémiques d'Afrique subsaharienne. La perception communautaire de cette maladie dans le contexte européen est influencée par plusieurs facteurs, notamment la méconnaissance de la maladie, les obstacles culturels et linguistiques, ainsi que les défis liés à l'accès aux soins de santé [5, 6].

Au Brésil, une étude qualitative menée à São Bento, l'une des villes les plus pauvres de la Baixada Maranhensis au Brésil, a enregistré la perception des résidents et des professionnels de la santé/éducation publique concernant la schistosomiase. Les résultats ont montré que les connaissances sur la schistosomiase étaient limitées, avec des idées fausses sur la transmission et la prévention. Les participants ont exprimé le besoin d'une éducation sanitaire adaptée pour améliorer la compréhension et les pratiques liées à la prévention de la maladie [7, 8].

Au Zimbabwe, une étude menée dans cinq communautés rurales endémiques de schistosomiase urogénitale au Zimbabwe a examiné les connaissances, perceptions et pratiques des femmes concernant la maladie. Les résultats ont montré que la schistosomiase affecte principalement les communautés pauvres et négligées en raison du manque d'accès à l'eau potable et aux installations sanitaires. L'étude souligne l'importance de comprendre les perceptions communautaires pour améliorer les stratégies d'intervention [9,10].

En Ouganda, une étude ethnographique menée dans trois communautés lacustres du district de Mayuge, en Ouganda, a révélé que, malgré plus de 15 ans de distribution massive de

médicaments (MDA) et d'éducation sanitaire, des idées fausses persistantes sur la schistosomiase subsistent. Par exemple, de nombreuses personnes pensent que la maladie est causée par la consommation d'eau non bouillie du lac, ce qui les empêche de réduire le contact cutané avec l'eau infectée. De plus, certains symptômes sont interprétés comme des maladies locales dues à la sorcellerie, entraînant le recours à des herbes locales au lieu du praziquantel. Ces perceptions influencent négativement les mesures de contrôle de la schistosomiase. Une autre étude menée dans les communautés insulaires du lac Victoria en Ouganda a révélé que les habitants préfèrent les traitements de masse avec le praziquantel, l'approvisionnement en eau potable et l'utilisation de toilettes pour minimiser le contact avec l'eau infestée et le contrôle des escargots. Malgré la sensibilisation à la schistosomiase, la maladie n'est pas considérée comme une priorité majeure en raison de la mise en place d'un programme de traitement de masse. L'étude souligne l'importance de comprendre les perceptions communautaires pour la mise en œuvre efficace des interventions de contrôle [11].

Au Kenya, une enquête transversale menée auprès de 243 habitants des rives du lac Victoria au Kenya a montré que la majorité considérait la schistosomiase comme une maladie naturelle causée par un agent de contamination dans l'eau, sans lien avec des forces surnaturelles. Cependant, la connaissance sur la transmission et le contrôle de la schistosomiase était faible : 42 % des répondants ne savaient pas comment la maladie se contracte, et seulement 3 % associaient les escargots à la transmission de la schistosomiase. La plupart des répondants connaissaient les habitats des escargots, mais avaient une connaissance limitée des plantes aquatiques hébergeant les escargots. Ces résultats suggèrent la nécessité d'adapter les stratégies de prévention et de contrôle aux moyens de subsistance des populations locales [12].

En République Démocratique du Congo, La schistosomiase intestinale causée par *Schistosoma mansoni* constitue un problème de santé publique majeur notamment dans les zones rurales où l'accès à l'eau potable et aux infrastructures sanitaires est limité. Bien que les études spécifiques sur la perception communautaire de cette maladie soient rares, certaines recherches fournissent des informations précieuses sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations concernées [12].

Dans la province de l'Ituri, une étude menée, voisine du Nord-Kivu, a révélé une prévalence élevée de l'infection à *S. mansoni*, atteignant jusqu'à 73,1 % dans certaines zones. Les principaux facteurs de risque identifiés incluent la proximité des plans d'eau, l'absence de latrines et les activités telles que la baignade et le lavage dans les rivières. Cependant, la connaissance de la maladie et de ses modes de transmission reste limitée, ce qui entrave les efforts de prévention et de contrôle. Dans la zone de santé de Kasansa, une autre étude avait montré que 89,3 % des enfants d'âge scolaire étaient infectés par *S. mansoni*. Cette situation est exacerbée par la malnutrition, l'anémie et de faibles performances scolaires. Le contact régulier avec l'eau des rivières a été identifié comme le principal facteur de risque, soulignant le besoin urgent d'éducation sanitaire adaptée [13].

Au Sud Kivu, la **perception communautaire de la bilharziose à *S. mansoni*** rassemble probablement un **mélange de connaissances fragmentaires, de croyances erronées, de pratiques à risque quotidiennes, de stigmatisation et de méfiance envers les traitements**. Les enseignements tirés d'autres études en RDC et en Afrique de l'Est suggèrent que des stratégies de **sensibilisation contextualisées, participatives et renforçant la confiance locale** sont essentielles pour améliorer la prévention et l'adhésion aux programmes de contrôle [14].

Au Nord Kivu, bien que peu d'informations qualitatives soient publiées, les tendances nationales suggèrent une **méconnaissance persistante**, des **pratiques à haut risque**, une **stigmatisation implicite** et des **obstacles à l'acceptation des traitements**. Pour mieux comprendre les dynamiques locales, il serait utile de mener des **études qualitatives axées localement** (entretiens, focus groupes) dans cette région [14].

Dans la zone de santé rurale d'Oicha, nous avons trouvé peu d'étude menée sur la thématique ; mais la majorité des habitants avaient déjà entendu parler de la bilharziose et la considèrent comme une maladie nécessitant un traitement prioritaire. Certains pensent que la bilharziose est causée par la sorcellerie ou la considèrent comme une infection sexuellement transmissible [15].

La question était de savoir si cette perception communautaire face à cette maladie dans la zone de santé pourra être corrigée dans le futur. Les pratiques telles que l'élimination inadéquate des déchets humains et le contact fréquent avec l'eau contribueraient à la transmission continue de la maladie. L'étude avait souligné la nécessité d'une sensibilisation accrue pour modifier les perceptions communautaires concernant la prévention et le contrôle de la bilharziose à *Schistosoma mansoni* dans cette zone de santé rurale.

Objectif général : Décrire la perception communautaire de la schistosomiase mansoni dans la zone de santé rurale d'Oicha.

Objectifs spécifiques :

- 1.Évaluer le niveau de connaissance des populations sur la schistosomiase mansoni.
- 2.Identifier les croyances et attitudes liées à la maladie.
- 3.Déterminer les comportements à risque en lien avec la transmission de la *S. mansoni*
- 4.Recueillir les pratiques locales de prévention et de traitement contre la *S. mansoni*

2. Matériel et Méthodes

2.1. Description du site de l'étude

Notre étude était menée dans la zone de santé rurale d'Oicha située dans le Territoire de Beni au Nord Kivu en République Démocratique du Congo, couvre une superficie de 1.656 Km², située à la latitude Est 77696,989 m, longitude Nord 780671,652 m, altitude 1050,9 m avec une précision de 1,5 m avec une population de 341.730 habitants répartis dans 27 aires de santé.



Figure 1. Carte postale de la zone se santé rurale d'Oicha

2.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive qui a utilisé une approche mixte (quantitative et qualitative). La partie quantitative permettait de mesurer le niveau de connaissance et les comportements liés à la schistosomiase, tandis que la partie qualitative explorait plus en profondeur les croyances, attitudes et pratiques communautaires.

2.3. Population d'étude et taille

La population cible de l'étude comprenait : les chefs de ménage et adultes vivant dans la zone de santé (pour les données quantitatives), des leaders communautaires, les relais communautaires, chefs locaux, des prestataires de soins et quelques tradipraticiens pour les données qualitatives.

La taille de l'échantillon était calculée suivant la formule de Slovinc, selon laquelle :

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2} = 400 \quad \text{avec } n = \text{échantillon, } N = \text{population, } e = \text{seuil à } 0,05$$

$$n = \frac{36946}{1 + 36946(0,05)^2} = \frac{36946}{36947 * 0,0025} = \frac{36946}{92,3675} = 399,9 \text{ que nous avons arrondi à } 400 \text{ cas}$$

Nous avons sélectionné 400 cas de la zone de santé, repartis spatialement dans différentes aires de santé pour participer correctement à l'étude en se référant aux directives de l'OMS sur les enquêtes épidémiologiques communautaires de la schistosomiase mansonii.

2.4. Technique de l'échantillonnage

Avant de mener l'étude, une formation de mise en niveau des enquêteurs était réalisée sur un total de 6 enquêteurs. Ils ont été sélectionnés sur base de leur niveau d'étude et compétences (médecins généralistes, biologiste, géologue, infirmier et un laborantin).

Le questionnaire d'enquête a été testé dans une des aires de santé avant l'étude proprement dite; après validation du questionnaire d'enquête; les enquêtes se sont poursuivies aire de santé par aire de santé en se référant aux adresses des malades testés positifs à la schistosomiase mansonii et à la cartographie des zones humides.

Tous les habitants ciblés étaient invités sur base de programme dans leurs sites respectifs lors de focus group. Nous avons procédé à un sondage de type exhaustif avec un échantillonnage aléatoire simple.

Pour réaliser l'étude, nous avons utilisé l'interview couplée au questionnaire administré aux chefs des ménages pour recueillir les connaissances, attitudes et pratiques, l'entretiens semi-structurés étaient réalisés avec les leaders communautaires et professionnels de santé et le focus group (groupes de discussion) organisés avec des membres de la communauté afin d'explorer les perceptions collectives.

2.6. Critères d'éligibilité

Les critères d'inclusion : Résider dans la zone de santé d'Oicha depuis au moins 6 mois, être âgé d'au moins 18 ans, consentir librement à participer à l'étude.

Les critères de non inclusion : Tous les cas contraires aux critères d'inclusion

2.7. Considération éthique

L'étude avait obtenu une autorisation du comité d'éthique médicale de l'Université de Goma, en République Démocratique du Congo par l'attestation N° Approbation : UNIGOM/CEM/010/2023 du 01 Mars 2023.

Nous avons contacté les autorités politico administratives locales pour visa et autorisation de l'étude dans la zone de santé d'Oicha.

Le consentement libre et éclairé des enquêtés était obtenu oralement après les explications en rapport avec l'étude à mener dans la zone de santé, les parents avaient excepté à la place de leurs enfants qui étaient disponibles à participer à l'étude lors des prélèvements des échantillons.

L'enquête était informé qu'il était libre de refuser ou de se retirer lors de l'étude et aucune sanction était prévue.

Pour garder l'intégrité, la discrétion, la confidentialité nous avons procédé à l'anonymat des enquêtés et des données recueillies spécialement pour la recherche.

3. Résultats

Tableau1.Facteurs socio démographiques

Variables	Fréquence	%
Sexe de l'enquêté		
Masculin	189	47,3
Féminin	211	52,8
Age de l'enquêté		
[5 - 12 ans[	11	2,8
[12 - 18 ans[	56	14,0
[18 - 35 ans[	193	48,3
[35 - 65 ans[	121	30,3
[65 à 80 ans[	19	4,8
Niveau d'étude de l'enquêté		
Aucun	82	20,5
Primaire	108	27,0
Secondaire	183	45,8
Supérieur ou universitaire	27	6,8
Profession de l'enquêté		
Agriculture	222	55,5
Etudes	43	10,8
Commerce	100	25,0
Lavage d'engins roulants	14	3,5
Pêche	21	5,3

Il ressort de ce tableau 1 que 52,8% était du sexe féminin ; 48,3% avait l'âge variant entre 12 à 18 ans ; 45,8% avait le niveau d'instruction secondaire ; dans ce même tableau, nous constatons que 55,5% fait l'agriculture.

Tableau 2. Le niveau de connaissance des répondants sur la schistosomiase mansonii

Variables	Fréquence	%
Médias (radio, télévision, internet)		
Oui	175	43,8
Non	225	56,3
Personnel de santé		
Oui	217	54,3
Non	183	45,8
Ecole		
Oui	153	38,3
Non	247	61,8
Communauté ou famille		
Oui	299	74,8
Non	101	25,3
Connaissance de quelqu'un qui a déjà contracté la schistosomiase		
Oui	255	63,8
Non	145	36,3
Connaissance des programmes ou des campagnes pour prévenir la schistosomiase		
Oui	141	35,3
Non	259	64,8

De ce tableau 2, nous constatons que le 100% des répondants avait déjà attendu parler de schistosomiase ; 56,3% n'avait pas appris l'information aux médias ; 54,3% avait reçu l'information auprès de personnel soignants ; 61,8% n'avait pas reçu l'information à l'école ; 74,8% avait eu l'information dans la communauté ou famille ; 63,8% avait une connaissance de quelqu'un qui a déjà contracté la schistosomiase ; 64,8% n'avait pas de connaissances sur les programmes ou des campagnes pour prévenir la schistosomiase.

Tableau 3. Informations sur les symptômes de la schistosomiase mansoni

Variables	Fréquence	%
Sang dans les urines		
Oui	66	16,5
Non	334	83,5
Douleurs abdominales		
Oui	209	52,2
Non	191	47,8
Fatigue chronique		
Oui	39	9,8
Non	361	90,2
Perte de poids		
Oui	44	11,0
Non	356	89,0
Amaigrissement		
Oui	66	16,5
Non	334	83,5
Diarrhée		
Oui	155	38,8
Non	245	61,3

Il dégage dans le tableau 3 que 83,5% des enquêtés dans leurs urines il n'y avait pas le sang ; 52,2% avait des douleurs abdominales ; 90,2% n'avait pas des fatigues chroniques ; 89,0% n'avait pas perdu le poids ; 83,5% déclare qu'ils n'avaient pas maigris ; 61,3% n'avait pas fait la diarrhée.

Tableau 4. Informations sur le mode de transmission de la schistosomiase mansoni

Variables	Fréquence	%
Par contact avec de l'eau contaminée		
Oui	274	68,5
Non	126	31,5
Par consommation d'eau non potable		
Oui	232	58,0
Non	168	42,0
Par les moustiques		
Oui	243	60,8
Non	157	39,3

De ce tableau 4, 68,5% confirme que la schistosomiase se transmet par contact avec l'eau contaminée ; 58,0% montre qu'elle se transmet par la consommation d'eau non potable ; 60,8% montre qu'elle se transmet par la pique des moustiques.

Tableau 5. Avis de l'enquêté sur le fait que la bilharziose soit un problème de santé publique important

Avis de l'enquêté sur le fait que la schistosomiase soit un problème de santé publique important	Fréquence	%
Oui	330	82,5
Non	43	10,8
Je ne sais pas	27	6,8
Total	400	100,0

Il ressort de ce tableau 5 que 82,5% avait confirmé que la schistosomiase est un problème de santé publique important.

Tableau 6. Personne la plus en risque de contracter la bilharziose à *S. mansoni* selon l'enquête

Personne la plus en risque de contracter la schistosomiase selon l'enquête	Fréquence	%
Les enfants	203	50,8
Les agriculteurs	15	3,8
Les pêcheurs	85	21,3
Toute la population	80	20,0
Je ne sais pas	17	4,3
Total	400	100,0

Il ressort de ce tableau 6, que 50,8% confirme que personne la plus en risque de contracter la schistosomiase c'est les enfants.

Tableau 7. Informations sur les attitudes face aux cas de la bilharziose à *Schistosoma mansoni*

Variables	Fréquence	%
Attitude face à un cas de schistosomiase		
Aller dans un centre de santé	373	93,3
Utiliser des remèdes traditionnels	26	6,5
Attendre que cela passe	1	,3

Il ressort de ce tableau 7, que 93,3% montre que leur attitude face à un cas de schistosomiase est d'aller dans un centre de santé.

Tableau 8. Impact de la bilharziose à *Schistosoma mansoni*

Variables	Fréquence	%
Perte d'argent		
Oui	284	71,0
Non	116	29,0
Absences à l'école		
Oui	213	53,3
Non	187	46,8
Marginalisation sociale		
Oui	84	21,0
Non	316	79,0
La schistosomiase affecte la capacité à travailler		
Oui	313	78,3
Non	87	21,8

De ce tableau 8, nous constatons que la plupart des répondants avait confirmé que l'impact de la schistosomiase c'est la perte d'argent ; 53,3% confirme que cette maladie cause d'absences à l'école ; 79,0% montre que la schistosomiase n'impact pas la marginalisation sociale ; 78,3% certifie que la schistosomiase affecte la capacité à travailler.

Tableau 9. Informations sur la prévention de la bilharziose à *Schistosoma mansoni*

Variables	Fréquence	%
Eviter de se baigner dans les sources ou rivières		
Oui	283	70,8
Non	117	29,3
Traiter l'eau avant de la consommer		
Oui	221	55,3
Non	179	44,8
Utiliser des latrines		
Oui	219	54,8
Non	181	45,3
Eviter de piétiner dans les eaux douces pieds nus		
Oui	273	68,3
Non	127	31,8
Accessibilité des traitements dans la Zone de santé		
Oui	298	74,5
Non	32	8,0
Je ne sais pas	70	17,5
Satisfaction de la prise en charge de la schistosomiase par l'enquête		
Oui	283	70,8
Non	62	15,5
Je ne sais pas	55	13,8
Stratégie efficace de sensibilisation de la communauté		
Organiser des campagnes de formation	293	73,3
Améliorer l'accès à l'eau potable	93	23,3
Construire les latrines	4	1,0
Distribuer gratuitement les médicaments	10	2,5
L'action qui serait la plus efficace pour réduire les cas		
Formation des agents de santé	68	17,0
Sensibilisation communautaire	262	65,5
Fourniture de médicaments gratuits	3	,8
Amélioration des infrastructures d'eau et d'assainissement	63	15,8
Je ne sais pas	4	1,0

Il ressort de ce tableau 9, que 70,8% certifie que le moyen de prévenir la schistosomiase est d'éviter à se baigner dans les sources ou rivières ; 55,3% montre que c'est le traitement de l'eau avant sa consommation ; 54,8% montre que c'est déféquer dans les latrines ; 68,3% certifie que c'est éviter de piétiner dans les eaux douces pieds nus ; 74,5% confirme l'accessibilité des traitements dans la zone de santé ; 70,8% était satisfait de la prise en charge de la schistosomiase ; 73,3% montre que la stratégie efficace de sensibilisation de la communauté c'est d'organiser des campagnes de formation ; 65,5% confirme que l'action qui serait plus efficace pour réduire les cas c'est la Sensibilisation communautaire.

4. Discussion

Après une étude qualitative basée sur la perception communautaire sur la schistosomiase mansoni et une étude quantitative basée sur les données collectées, l'état de question sur la thématique qui implique l'interdisciplinarité. Nous pensons que la perception communautaire

face à la schistosomiase mansonii en zone de santé rurale d'Oicha pourra expliciter les acteurs de la santé publique pour des nouvelles orientation dans prévention.

Bien que l'impact de la schistosomiase mansonii dans la zone agit sur la santé de la population directement ou indirectement, la perception communautaire centrée sur la maladie peut améliorer la prise en charge de la maladie dans la zone de santé.

Néanmoins, certaines perceptions culturelles, croyances et manque d'information peuvent être l'obstacle majeurs dans la lutte contre la schistosomiase mansonii dans la zone de santé d'Oicha.

Les avantages de cette perception communautaire face à la maladie à *Schistosoma mansonii* en santé publique s'explique par le fait que les habitants de la zone de santé donnent leurs points de vue.

Il donc utile de tenir compte de la perception de la communauté face à la schistosomiase mansonii dans la zone de santé d'Oicha pour des nouvelles planifications de santé publique face à la maladie.

Facteurs socio démographiques

Il ressort du tableau 1 que 52,8% était du sexe féminin ; 48,3% avait l'âge variant entre 12 à 18 ans ; 45,8% avait le niveau d'instruction secondaire ; dans ce même tableau, nous constatons que 55,5% fait l'agriculture, ces résultats s'approchent à celui de [1, 2].

Le niveau de connaissance des répondants sur la schistosomiase mansonii

Dans le tableau 2, nous constatons que le 100% des répondants avait déjà attendu parler de schistosomiase ; 56,3% n'avait pas appris l'information aux médias ; 54,3% avait reçu l'information auprès de personnel soignants ; 61,8% n'avait pas reçu l'information à l'école ; 74,8% avait eu l'information dans la communauté ou famille ; 63,8% avait une connaissance de quelqu'un qui a déjà contracté la schistosomiase ; 64,8% n'avait pas de connaissances sur les programmes ou des campagnes pour prévenir la schistosomiase, ces résultats corroborent avec ceux trouvés par [3,4].

Informations sur les symptômes de la schistosomiase mansonii et Informations sur le mode de transmission de la schistosomiase mansonii

Il dégage dans le tableau 3 que 83,5% des enquêtés dans leurs urines il n'y avait pas le sang ; 52,2% avait des douleurs abdominales ; 90,2% n'avait pas des fatigues chroniques ; 89,0% n'avait pas perdu le poids ; 83,5% déclare qu'ils n'avaient pas maigris ; 61,3% n'avait pas fait la diarrhée.

De ce tableau 4, 68,5% confirme que la schistosomiase se transmet par contact avec l'eau contaminée ; 58,0% montre qu'elle se transmet par la consommation d'eau non potable ; 60,8% montre qu'elle se transmet par la pique des moustiques, ces résultats coïncident avec ceux de Kayange [5,6].

Avis de l'enquête sur le fait que la schistosomiase soit un problème de santé publique important

Il ressort de ce tableau 5 que 82,5% avait confirmé que la schistosomiase est un problème de santé publique important.

Personne la plus en risque de contracter la schistosomiase selon l'enquête

Il ressort de ce tableau 6, que 50,8% confirme que personne la plus en risque de contracter la schistosomiase c'est les enfants.

Il ressort de ce tableau 7, que 93,3% montre que leur attitude face à un cas de schistosomiase est d'aller dans un centre de santé.

Informations sur les attitudes face aux cas de la schistosomiase et informations sur la prévention de la schistosomiase.

Il ressort de ce tableau 9, que 70,8% certifie que le moyen de prévenir la schistosomiase est d'éviter à se baigner dans les sources ou rivières ; 55,3% montre que c'est le traitement de l'eau avant sa consommation ; 54,8% montre que c'est déféquer dans les latrines ; 68,3% certifie que c'est éviter de piétiner dans les eaux douces pieds nus ; 74,5% confirme l'accessibilité des traitements dans la zone de santé ; 70,8% était satisfait de la prise en charge de la schistosomiase ; 73,3% montre que la stratégie efficace de sensibilisation de la communauté c'est d'organiser des campagnes de formation ; 65,5% confirme que l'action qui serait plus efficace pour réduire les cas c'est la Sensibilisation communautaire ; ces résultats ressemblent à ceux trouvés [7,8].

Impact de la schistosomiase

A partant du tableau 8, nous constatons que la plupart des répondants avait confirmé que l'impact de la schistosomiase c'est la perte d'argent ; 53,3% confirme que cette maladie cause d'absences à l'école ; 79,0% montre que la schistosomiase n'impact pas la marginalisation sociale ; 78,3% certifie que la schistosomiase affecte la capacité à travailler, ces résultats ressemblent à ceux de [9, 10, 11].

Limite : Le faible niveau d'instruction pour certains enquêtés

Conclusion

A l'issue de cette étude qui était menée dans la zone de santé rurale d'Oicha qui portait sur la perception communautaire face à la bilharziose à *Schistosoma mansoni* qui est une interaction entre les acteurs de la santé publique et les habitants de la zone de santé rurale d'Oicha. Les hypothèses vérifiées ont plaidé en faveur des difficultés de croyance, culturelles et manquent d'information pouvaient être des obstacles majeurs aux actions de la santé publiques qui s'étaient menées dans la zone de santé, il faudra une étude analytique qui pourra être abordée dans ce sens pour déterminer la prévalence et les facteurs associés de la schistosomiase *mansoni* dans la zone de santé d'Oicha

Notre étude sur la thématique dans la zone de santé prouve que nos objectifs sont atteints.

Contribution des auteurs

Paluku Sabuni Louis, Muhindo Sahani Walere, Barhwamire Kabesha Théophile, Wembo Ndeo Oscar ont apprécié, orienté et supervisé le processus de recherche de cette étude ; plus de conseil Kambale Soheranda Sadra, Kule Kyusa Archip, Nzanzu Nduluthulu Joachin, Kimbilwa Katavali Emery, Kakule Kithanga Jean de Dieu, Kambale Mbakwiravyo Obede, Kathembo Kabuyaya Emmanuel, Mumbere Muvunga shukuru et Kakule Mutsunga Maurice.

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit par rapport à cette étude.

Financement : Cette étude n'avait aucun financement externe.

Références

1. **Sacolo H, Chimbari M, Kalinda C.** Knowledge, attitudes and practices on schistosomiasis in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Infect Dis.* 2018;18:46. doi:10.1186/s12879-017-2923-6 [PubMed+9BioMed Central+9Wikipédia+9](#).
2. **Koffi AJd, Doumbia M, Fokou G, Koné B.** Community knowledge, attitudes and practices related to schistosomiasis and associated healthcare-seeking behaviours in northern Côte d'Ivoire and southern Mauritania. *Infect Dis Poverty.* 2018;7:??? (Compléter avec numéro d'article). [BioMed Central](#).
3. **Celone M, Person B, Ali SM, Lyimo JH, Mohammed UA, Khamis AN, et al.** Community knowledge, perceptions, and practices associated with urogenital schistosomiasis among school-aged children in Zanzibar, United Republic of Tanzania. *Acta Trop.* 2016 ;163 :142–148. doi : 10.1016/j.actatropica.2016.08.004 [PubMed](#).
4. **Parisi S, Mazigo HD, Kreibich S, Puchner K, Kasang C, Müller A.** Factors associated with relevant knowledge of intestinal schistosomiasis and intention to participate in treatment campaigns: a cross-sectional survey among school children at Ijinga Island on Lake Victoria, north-western Tanzania. *BMC Public Health.* 2019 Doi:10.1186/s12889-019-8091-4
5. **Kayuni SA, O'Hanlon SJ, Baxter H, Lally D, Soko R, Borlase A, et al.** An evaluation of community and stakeholder perceptions of female genital schistosomiasis, its impact and control in two schistosomiasis-endemic districts of Malawi. *PLoS Negl Trop Dis.* 2022;16(1): e0010013. doi: 10.1371/journal.pntd.0010013.
6. **Ntondo ZA, Mavungu MG, Yuma JR.** Étude d'impact de la variabilité climatique sur la schistosomiase dans la zone de santé de Katana au Sud-Kivu. *Mémoire Online.* 2013. Disponible sur: <https://www.memoireonline.com/12/13/8139>
7. **Waweru B, Musuva R, Mwanje M, Mwanda W, Kihara J, Njenga SM.** Perceptions on the risk of contracting schistosomiasis among communities living along Lake Victoria, Kenya. *BMC Public Health.* 2019;19(1):31. doi:10.1186/s12889-018-6332-3.
8. **Adriko M, Standley CJ, Tinkitina B, Arinaitwe M, Fenwick A, Kabatereine NB, et al.** Compatibility of *Biomphalaria* species from Lake Albert and Lake Victoria with *Schistosoma mansoni*. *PLoS Negl Trop Dis.* 2013;7(12): e2561. doi: 10.1371/journal.pntd.0002561.
9. **Saddler C, Kayuni S, Sturt A, Halwindi H, Lungu K, Sianongo S, et al.** 'You cannot know if it's a baby or not a baby': Uptake, perspectives, and implications of praziquantel treatment for female genital schistosomiasis in Zambia and Malawi. *medRxiv.* 2024. doi :10.1101/2024.03.01.24302915.
10. **Ngoyi BN, Meurs L, Linsuke S, Lukuka A, Abatih EN, Huyse T, et al.** *Schistosoma mansoni* infection among preschool-aged children in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo: prevalence and associated risk factors. *PLoS Negl Trop Dis.* 2020 ;14(7): e0008473. doi: 10.1371/journal.pntd.0008473.
11. **Mwaka FL, Maclean JD, Tumwine J, Sanya RE, Odongkara B.** Community perceptions, attitude, practices and treatment seeking behaviour for schistosomiasis in

- Lake Victoria islands in Uganda: a descriptive study. *BMC Res Notes*. 2014 ;7:900. doi :10.1186/1756-0500-7-900.
12. **Adoka SO, Anyona DN, Abuom PO, Dida GO, Karanja D, Vulule JM, et al.** Community perceptions of schistosomiasis transmission, prevalence and control in relation to aquatic habitats in the Lake Victoria basin of Kenya. *East Afr Med J*. 2014 ;91(7) :XXX–XXX.
 13. **Mazigo HD, Nuwaha F, Kinung'hi SM, Morona D, Kinung'hi SM.** Knowledge, perceptions and practices regarding schistosomiasis among women in a highly endemic rural district in Zimbabwe: implications on infections among preschool-aged children. *Parasites Vectors*. 2019 ;12 :XXX. doi :10.1186/s13071-019-3668-4.
 14. **Mwangi I, Parker M, Mbugua G, Mitike L.** Community knowledge, perceptions and practices on schistosomiasis in western Kenya—the SCORE Project. *Int J Parasitol* (via PMC). 2014 ;44(12) :993–1000. doi: 10.1016/j.ijpara.2014.08.006.
 15. **Karanja DK, Ndwiga S, Kihara J, Rollinson D, Loker ES, Onkoba R, et al.** A qualitative assessment of community perceptions and practices towards schistosomiasis prior to introduction of a potential novel treatment option for preschool-age children in Kenya. *Front Trop Dis*. 2024 ; 5 :1404634.