

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

DEVELOPMENT MEDIA INTERNATIONAL

**RECHERCHE QUALITATIVE POUR INFORMER LA MISE EN ŒUVRE ET
EVALUER L'IMPACT D'UNE CAMPAGNE MEDIATIQUE POUR PROMOUVOIR
LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE
DU CONGO**

Rapport de Collecte des données de l'Etude Formative

Par NTUMBA KABALA Roger

Consultant Recherche Qualitative

Kinshasa, Août 2015

Introduction

Le présent rapport présente les activités de recherche qualitative réalisées dans l'ancienne province de Bandundu, notamment dans le Kwilu et le Kwango (devenus tous les deux des provinces à part entière à l'issue d'un récent découpage territorial) dans le cadre de l'Etude Formative en Santé Maternelle et Infantile.

La première section expose le contexte et les objectifs de l'étude, la deuxième la méthodologie et la troisième présente les données collectées.

1. Contexte et objectifs de l'étude

1.1. Contexte de l'étude

Selon le DSCRIP de la province du Bandundu (2006)¹, les ménages de la province du Bandundu, particulièrement ceux des milieux ruraux, croupissent dans la pauvreté la plus absolue. Ils accèdent difficilement ou pas du tout aux services essentiels de base et aux infrastructures socio-économiques (routes, hôpitaux, écoles, sécurité alimentaire, biens meubles, etc.) . Pire, les mouvements migratoires forcés et intenses que connaît cette contrée au profit de Kinshasa, de l'Angola et de la République sœur du Congo, sans omettre les refoulements répétés de l'Angola, ont exacerbé la vulnérabilité des populations et de la province. Les grands problèmes de développement de la Province tels que diagnostiqués par les populations sont : i) Secteur de l'emploi : difficulté de débaucher un emploi ; ii) Secteur de la santé : l'accès difficile et précarité aux soins de santé primaire ; iii) Secteur de l'éducation : scolarisation difficile des enfants et délabrement des infrastructures scolaires ; iv) Secteur de transport : dégradation des infrastructures routières ; v) Secteur de l'environnement : accès difficile à l'eau potable, irruption massive des érosions ; vi) Secteur de l'énergie : accès difficile à l'électricité ; vii) Secteur de l'agriculture : accès difficile à la terre cultivable et faible production agricole, halieutique et d'élevage ; viii) Secteur social : habitat indécent ; ix) Secteur social : marginalisation des pygmées au nord de la Province, x) Secteur culture et communication : coutumes non adaptées ainsi que l'insuffisance des radios communautaires où de relais ; xi) le VIH/SIDA. Ces problèmes ont pour causes principales : i) la mal gouvernance politique, administrative, judiciaire et économique ; ii) les guerres à répétition et la persistance des conflits interethniques ; iii) la non participation de la population à la gestion de la province. La mortalité maternelle est très élevée surtout en milieu rural et tourne autour de 1289 décès pour 100.000 naissances vivantes, comme celle de la RDC, selon MICS 2. Un nombre important d'enfants de la province du Bandundu meurent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire. En effet le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans s'élève à 164 pour mille pour l'ensemble de la province. Le rapport de l'EDS (RDC, 2013-2014) présente quelques indicateurs relatifs aux préoccupations pour lesquelles DMI crée des spots en vue d'induire des changements de comportement susceptibles d'en minimiser, autant que faire se peut, la nuisance sur l'individu et dans la communauté affectés (voir encadré ci-dessous).

¹ MINIPLAN / RDC (2006), *DSCRIP de la province du Bandundu*, p. 20

Ainsi, selon l'EDS (RDC, 2013-2014), sur **l'exposition aux médias** : le pourcentage de femmes de 15-49 ans qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio, au moins, une fois par semaine, dans les deux nouvelles provinces, au Kwango est respectivement de 8,3% ; 3,2%, 23,4% et au Kwilu 12, 2%, 6,6%, 31,1%. Pour l'Exposition aux médias des Hommes, au Kwango, il est respectivement de 26,1%, 11,5% et 34,5 ; au Kwilu de 10,4%, 13,6%. 49,5%. **L'Intervalle Intergénérisique** : La Répartition (en %) des naissances, ayant eu lieu au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, et nombre médian de mois depuis la naissance précédente (de 7-17, 18-23, 24-35), au Kwango est de 15,4%, 12,6% et 31,0%, au Kwilu de 10,6%, 15,9% et 37,3%. **Maternité précoce** : Le pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant et pourcentage de celles qui ont déjà commencé leur vie procréatrice, au Kwango est respectivement de 16,9%, 4,1%, 21,0% et au Kwilu de 20,6%, 5,7%, 26,3%. **La Connaissance des méthodes contraceptives** par pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans, actuellement en union, qui ont entendu parler d'au moins une méthode contraceptive et pourcentage des enquêtés(e)s qui ont entendu parler d'au moins une méthode moderne, selon les nouvelles au Kwango : femmes respectivement 94,6%, 91,7% et hommes 100,0% et 99,8%. Le Kwilu 94,3%, 91,7% et 97,5%, 97,2%. En ce qui concerne **l'utilisation de méthode moderne de contraception**, c'est environ 10% dans le Kwango et 9% dans le Kwilu. Exposition à l'information sur les méthodes modernes : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision ou dans un journal ou un magazine, un message sur la planification familiale, au Kwango 7,6%, 0,5%, 0,8 % et au Kwilu 13,8%, 2,2%, 1,9%. Parmi les femmes de 15-49 ans qui n'utilisent pas de méthode contraceptive, pourcentage de celles qui, au cours des 12 derniers mois, ont reçu la visite d'un agent de terrain qui leur a parlé de planification familiale, pourcentage qui ont visité un établissement de santé et parlé de planification familiale, Kwango 4,4%, 7,3% et Kwilu 4,7%, 5,4%. Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont présenté des symptômes d'**Infection Respiratoire Aiguë** au cours des deux semaines ayant précédé l'interview ; Parmi ces enfants, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé et pourcentage qui ont reçu des antibiotiques comme traitement, au Kwango 6,1%, 51,8% et au Kwilu 7,2%, 23,9%.

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage de ceux qui ont eu de **la fièvre** au cours des deux semaines ayant précédé l'interview ; Parmi ces enfants, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé, pourcentage qui ont pris des antipaludiques comme traitement, au Kwango 20,5%, 49,2% et Kwilu 21,6 1, 32,1%. Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu **la diarrhée** au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, pourcentage de ceux pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé ; Pourcentage à qui on a donné une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), pourcentage à qui on a donné davantage de liquides, pourcentage à qui on a donné une TRO ou davantage de liquides et pourcentage d'enfants à qui on a administré d'autres traitements, au Kwango est respectivement de 44,7%, 42,5%, 17,7% et au Kwilu 25,4%, 44,8%, 6,2%. La Durée médiane de l'allaitement, de l'allaitement exclusif et de l'allaitement prédominant des enfants nés au cours des trois années ayant précédé l'enquête, au Kwango 24,3%, (1,1)%, 3,1% et Kwilu 23,5%, (2,1)%, 4,1%.

Le lait maternel constitue la principale source de nutriments pour l'enfant, **l'allaitement exclusif**, c'est-à-dire sans aucun autre ajout, est recommandé pendant les six premiers mois par l'OMS et le Ministère de la Santé Publique parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, on introduise dans son alimentation des **aliments solides de complément**.

Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois n'est pas bien suivie. En effet, dans le groupe d'âges 0-5 mois, moins d'un enfant sur deux (48 %) n'a reçu que le lait maternel, c'est-à-dire qu'il a été exclusivement allaité au sein : cependant cette proportion a nettement augmenté depuis 2007 date à laquelle elle était estimée à 36 % (EDS-RDC I). Dans 51 % des cas, les enfants de moins de six mois ont déjà reçu autre chose en plus d'être allaités, essentiellement de l'eau (20 %), ou des suppléments solides ou semi-solides (24 %). Par rapport aux recommandations internationales en matière d'alimentation des jeunes enfants, l'introduction d'autres liquides ou suppléments a donc lieu à un âge trop jeune. Par ailleurs, les résultats montrent aussi que la recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de l'âge de six mois n'est pas encore correctement suivie : seulement 79 % des enfants de 6 à 9 mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément. En outre, une proportion non négligeable d'enfants sont nourris avec un biberon : 5 % à 0-5 mois et 8 % à 6-9 mois.

La prophylaxie (prévention) du paludisme repose sur deux types de mesures : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections et la prise préventive de certains médicaments. La **moustiquaire imprégnée** d'insecticide reste l'un des moyens de prévention les plus efficaces. Les données collectées au cours de l'EDS-RDC II, ont permis d'évaluer les proportions de ménages disposant d'une moustiquaire traitée ou Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII).

En RDC, plus de 7 ménages sur 10 possèdent, au moins, une moustiquaire, imprégnée ou non, (72 %). Dans presque la totalité des cas, il s'agit d'une moustiquaire imprégnée puisque 70 % des ménages possèdent une MII. Selon le milieu de résidence, les ménages urbains sont proportionnellement un peu plus nombreux que les ménages ruraux à posséder, au moins, une MII (71 % contre 70 %). La proportion d'enfants ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une MII est de 56 %. Cette proportion est peu différente entre milieu de résidence : 55 % en urbain et 57 % en rural. Dans les ménages ayant une MII, la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête est de 76 % : ainsi, dans 24 % des cas, certains ménages ont des MII mais ne les utilisent pas ou n'ont pas suffisamment de MII pour protéger tous les enfants du ménage.

D'autre part, on constate que parmi les femmes enceintes, trois sur cinq se sont protégées contre le paludisme en dormant sous une MII (60 %). Dans les ménages ayant une MII, la proportion de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'enquête s'établit à 83 %. Le graphique 7 montre que des progrès considérables ont été accomplis au cours des sept dernières années dans la prévention du paludisme. En effet, en 2007, seulement 6 % d'enfants et 7 % de femmes enceintes avaient dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête. Ces proportions sont passées à, respectivement, 38 % et 43 % en 2010 selon la MICS-RDC et à 56 % et 60 % en 2013-2014.

Prévalence du paludisme : Pour réduire la charge du paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide mais aussi prennent, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse. Par ailleurs, la proportion de femmes ayant suivi, comme recommandé, un Traitement Préventif Intermittent (TPI), à savoir deux doses de SP/Fansidar reçues au cours des visites prénatales n'est que de 14 %. Cette proportion est légèrement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (16 % contre 13 %). Selon les résultats de la goutte épaisse, la prévalence du paludisme est de 23 % pour l'ensemble des enfants de 6-59 mois. La prévalence estimée présente de fortes variations selon la province : au Bandundu, elle est de (14 %). Parmi des enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, 29 % ont pris un antipaludique quelconque. Cependant, on constate que la quinine (18 %) a été l'antipaludique le plus fréquemment pris pour traiter la fièvre. Par contre seulement 5 % d'enfants ont pris une combinaison à base d'artémisinine (CTA). Quel que soit le type d'antipaludique, le pourcentage d'enfants traités est toujours beaucoup plus élevé en milieu urbain qu'en rural (40 % contre 24 % pour un antipaludique quelconque).

Par ailleurs, seulement 15 % d'enfants ont pris l'antipaludique le jour même ou le jour suivant l'apparition de la fièvre. Là encore, la proportion d'enfants qui ont pris un antipaludique quelconque de manière précoce est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (20 % contre 12 %).

Les installations sanitaires : On observe que, dans l'ensemble, deux ménages sur trois (67 %) utilisent soit des toilettes non améliorées (46 %), soit des toilettes adéquates mais partagées par deux ou plusieurs ménages (21 %). Dans la majorité des cas, il s'agit d'une fosse d'aisances sans dalle (45 %). Le tableau révèle également que 15 % des ménages n'ont pas de toilettes. L'absence de toilettes est plus fréquemment observée en milieu rural (20 %) qu'en milieu urbain (4 %). De même, la proportion de ménages qui utilisent des toilettes non améliorées est plus élevée en milieu rural (48 %) qu'en milieu urbain (40 %).

Lavage des mains : Dans seulement 14 % des cas, l'enquêteur a pu observer l'endroit où les membres du ménage se lavent les mains. Parmi les ménages dans lesquels l'endroit où se laver les mains a pu être observé, 50 %, soit un ménage sur deux, ne disposaient ni d'eau, ni de savon, ni de tout autre produit nettoyant pour se laver les mains. Cette situation est plus fréquemment observée en milieu rural (62 %) qu'en milieu urbain (37 %).

Source : EDS (RDC, 2013-2014)

La santé maternelle et celle de l'enfant constituent des OMD parmi les prioritaires (directement ou de manière sous-entendue dans d'autres objectifs), dont l'amélioration notable en cette horizon 2015 était de plus attendues. Comme on peut le noter au travers de cette présentation synthétique de certains indicateurs fournis par le rapport EDS (RDC, 2013-2014), cette attente est très loin d'être satisfaite et la situation demeure encore alarmante à ce jour. C'est pourquoi, entre autres partenaires, DMI a, pour ce faire, inclus cette préoccupation dans ses urgences, notamment au travers de l'Etude formative, par le biais de la Recherche Qualitative conduite dans l'ex province de Bandundu (notamment dans les nouvelles provinces de Kwango et de Kwilu).

1.2. Objectif général

Comme objectif général, la présente Recherche Formative est initiée en vue d'éclairer la conception et l'évaluation d'une campagne de communication radio sur les connaissances et les comportements liés à la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, en utilisant des méthodes de recherche qualitative.

1.3. Objectifs spécifiques

S'inscrivant dans cet objectif global, le volet qualitatif de l'étude vise à contribuer à la connaissance approfondie des perceptions, croyances, attitudes, comportement, pratiques des populations cibles relativement aux matières dont question dans de la Recherche Qualitative (Etudier les perceptions, attitudes, croyances en matière de santé maternelle et infantile, Connaissance des signes distinctifs de la pneumonie chez un enfant de moins de 5 ans; Recueillir et Documenter les perceptions relatives à la prise en charge de la fièvre, de la toux, de la diarrhée, par le truchement des descriptions des comportements adoptés, discerner la prise en charge « locale » et des obstacles pour accéder à une prise en charge adéquate; etc. Pour se faire, les objectifs Spécifiques de la présente étude peuvent se résumer en :

1. Mener une recherche formative en connaissances et les comportements existants relatifs à la santé reproductive, maternelle et infantile en RDC. L'information recueillie sera utilisée pour développer des « Message Directives » sur chacun des comportements cibles et ensuite utilisée pour créer des spots radio.
2. Mener pré-test de son et/ou des taches parmi notre public cible, en effectuant des petits groupes de discussion (avec un maximum de 12 personnes par groupe). Ce processus nous permet de vérifier la compréhension de l'audience, l'acceptabilité, la

persuasion de la qualité de la langue (accent, dialecte régional), le dicton (trop rapide, trop lent, marmonnant) et audio (son clair, l'utilisation créative des effets sonores).

3. Evaluer l'impact d'une campagne radio à promouvoir la santé de la reproduction, la santé maternelle et infantile dans les provinces de la RDC et déterminer si les réalisations de radio ont été entendues et comprises par le public cible, et leur impact sur les changements des connaissances et comportements liés à la santé génésique, maternelle et infantile.

2. Méthodologie

Il s'agit exclusivement d'une étude qualitative.

2.1. Echantillonnage et réalisation des entretiens

La Recherche Formative a été réalisée par le truchement des entretiens individuels et des entretiens de groupe (focus groups) menés dans les sites sélectionnés.

2.1.1. Echantillonnage

La diversification des répondants est nécessaire pour recueillir un maximum d'informations différentes sur les perceptions, attitudes, comportements et pratiques relativement aux questions sous étude (pour ce faire, les méthodes utilisées incluent des groupes de discussion et des entretiens individuels avec les intervenants clés comme les travailleurs de la santé, des infirmières, des pharmaciens, des dirigeants communautaires, les chefs religieux).

En résumé, les groupes de personnes ciblés pour l'enquête sont principalement :

- Hommes, femmes, jeunes hommes et jeunes femmes parents (ou tuteurs) d'enfants de moins de 5 ans ;
- Des leaders d'opinion et/ou communautaires dans les sites ciblés.

Pour ce faire, le milieu de résidence a constitué l'un des critères de sélection, dans le cadre de cette étude, aussi bien pour les entretiens individuels que pour les entretiens de groupe, en vue de saisir d'éventuelles différences de perceptions des questions étudiées entre les répondant(e)s du milieu rural et ceux (celles) du milieu urbain. En effet, Kalambayi (2009), considère le milieu rural congolais (africain en général) comme étant le lieu où vivent les gardiens de la tradition et où se vivent des valeurs coutumières ou ancestrales, ... contrairement au milieu urbain.

2.1.2. Collecte des données et Caractéristiques sociodémographiques de certains enquêté(e)s

L'opération de collecte s'est effectuée du Samedi 08/08/2015 au Jeudi 13/08/2015 dans l'ex province de Bandundu (plus précisément dans ce qui constitue actuellement les deux nouvelles provinces : le Kwilu avec Idiofa, Kikwit, Masimanimba et le Kwango avec Kenge). Pour ce faire un Guide d'Entretien Individuel comme d'Entretien Collectif à été utilisé.

➤ Dans le Kwilu, les entretiens se répartissent de la manière suivante :

Idiofa Cendre (où la Radio ciblée est Nsemo):

- 2 Focus groups avec 12 femmes (parents d'enfant de moins de 5 ans) chacun
- 1 Focus groups de 12 hommes (parents d'enfant de moins de 5 ans)
- 1 Focus groups mixte de 8 jeunes filles et 7 garçons
- 1 Entretien individuel avec une femme leader communautaire (Leader paysanne FDD, Niveau Supérieur, Mariée)

- 1 Entretien individuel avec un homme leader communautaire (Cadre EPSP, Niveau supérieur)

Itshuam (Idiofa rural où la Radio ciblée est Nsemo) :

- 1 Focus group avec 12 femmes (parents d'enfant de moins de 5 ans)
- 1 Focus group avec 12 hommes (parents d'enfant de moins de 5 ans)
- 1 Entretien individuel avec un homme leader communautaire (Cadre Association des Forgerons, Niveau secondaire professionnel, forgeron et agriculteur)

Ville de Kikwit (où la Radio ciblée est Tomisa):

- 2 Entretiens individuels avec des femmes leaders communautaires (Leaders paysannes FDD)
- 1 Entretien individuel avec un homme leader communautaire (Superviseur dans l'Hôtellerie, 25-29, 1 enfant de Moins de 5ans)

Village Kongila (Kikwit rural où la Radio ciblée est Tomisa) :

- 1 Focus group avec 12 femmes (parents d'enfant de moins de 5 ans)
- 1 Focus group avec 12 hommes (parents d'enfant de moins de 5 ans)
- 1 Entretien individuel avec un homme leader communautaire (Conseiller Chef Coutumier, Niveau secondaire, 35-39 ans, 1 enfant de moins de 5 ans)

Village Langa (Kikwit rural où la Radio ciblée est Tomisa) :

- 1 Focus group avec 12 femmes (parents d'enfant de moins de 5 ans)
- 1 Focus group avec 12 hommes (parents d'enfant de moins de 5 ans)

Masimanimba : la Radio sélectionnée (Lumière) n'a pas diffusée les spots depuis des mois, d'où pas d'étude à Masimanimba.

- Dans le Kwango, les entretiens se repartissent de la manière ci-après :

Kenge Centre (où la Radio ciblée est Kinvuka na lutondo):

- 2 Focus groups avec 12 femmes (parents d'enfant de moins de 5 ans) chacun
- 2 Entretiens individuels avec des femmes leaders communautaire (Cadre Cellule Genre, Famille et Enfant, célibataire ; Responsable Centre Médical)

Village Makiala, Groupement Suambuya (Kenge rural où la Radio ciblée est Kinvuka na lutondo)) :

- 1 Focus group avec 12 femmes (parents d'enfant de moins de 5 ans)
- 1 Focus group avec 12 hommes (parents d'enfant de moins de 5 ans)
- 1 Entretien individuel avec un homme leader communautaire (le Secrétaire du Chef coutumier et Chef du Groupement)

Village Kongomitela, Groupement Minikongo (Kenge rural où la Radio ciblée est Kinvuka na lutondo) :

- 1 Focus group avec 11 femmes (parents d'enfant de moins de 5 ans)
- 1 Focus group avec 12 hommes (parents d'enfant de moins de 5 ans)
- 1 Entretien individuel avec un homme leader communautaire (le Chef coutumier et Chef du Groupement, 35-39 ans)

Pour la collecte des données proprement dite, la démarche a consisté à identifier au préalable les personnes à interroger en respectant les quotas prévus pour chaque focus group (sexe et nombre de participant(e)s), à négocier les rendez-vous avec les personnes identifiées, à organiser et planifier la réalisation des entretiens et enfin, à les réaliser. En effet, en ce qui concerne les entretiens de groupe en milieu rural, une personne désignée par le chef de village avait pour rôle d'aider à lancer un appel destiné aux femmes ayant des enfants de moins de cinq ans et aux hommes présentant les mêmes caractéristiques. Les 12 femmes et les 12 hommes (arrivés les premiers sur les lieux) s'ils (elles) correspondaient au profil exigé, étaient sélectionné(e)s, tout en veillant à maximiser la diversité sociodémographique des postulant(e)s, autant que faire se peut.

Le volet qualitatif de l'ensemble de l'étude Formative de DMI, dans le Kwilu et le Kwango, a fait l'objet d'un examen par le Comité d'Ethique de l'Ecole de Santé Publique qui a donné son approbation pour la réalisation. Dans la pratique, l'équipe de recherche a veillé au respect des clauses de confidentialité : les éléments permettant d'identifier des enquêtés ont été retirés et le consentement éclairé expliqué et requis de chacun des répondant(e)s. L'équipe de recherche, les autorités locales et les enquêté(e)s, sur terrain, ont travaillé dans une atmosphère de cordialité et de respect mutuel et réciproque, sans aucun incident fâcheux.

2.1.4. Qualité des entretiens

Globalement, les entretiens réalisés (individuels tout comme de groupe) fournissent des informations suffisamment instructifs sur les thèmes sous études, en permettant d'en documenter des aspects relatifs aux perceptions, aux attitudes, pratiques, etc. ; dans les sites visités.

Cependant, les informations des répondants relatives à certaines questions de santé maternelle et infantile, comme la connaissance et même le recours systématique aux méthodes de contraception modernes et autres ne sont pas toujours suffisamment prolifiques pour mettre en exergue leurs perceptions, attitudes, comportements, etc. de manière toujours suffisamment dépouillée. Les entretiens individuels et de focus group ont fait l'objet d'une esquisse d'analyse de contenu thématique pour mettre en exergue certaines perceptions dominantes, attitudes, pratiques, etc. des enquêté(e)s.

3. Résumé de Résultats

Dans l'exposé des résultats, nous présenterons de manière synthétique les principaux aspects de la santé maternelle et infantile, qui ont fait l'objet de la recherche qualitative. Notamment sous l'angle de vécu que des opinions, perceptions, attitudes, pratiques, etc. des enquêté(e)s qui ont été explorés. Les principaux points abordés sont :

- L'écoute des émissions radio de DMI
- Appropriation des messages
- Recherche Formative sur la santé maternelle et infantile, notamment les perceptions attitudes, pratiques, etc. des enquêté(e)s en rapport avec la manifestation de la fièvre ou de toux chez l'enfant de moins de cinq ans, la planification familiale (notamment l'utilisation de méthode contraceptive moderne), etc.

3.1. L'écoute des émissions radio de DMI

Les études, dont les enquêtes EDS (RDC 2007 et 2013-2014) montrent que l'exposition aux médias est globalement très faible en RDC. Plusieurs facteurs peuvent être pointés du doigt, comme étant à la base de cette situation : la faiblesse du revenu des ménages, le faible niveau d'instruction surtout pour les femmes, faible couverture du réseau de fourniture en énergie électrique, les travaux de champ pour lesquels les gens se rendent très tôt matin en forêt et ne reviennent parfois que la nuit quasi tombée, surtout en milieu rural, etc.

3.1.1 Ecouter la Radio partenaire DMI

Tous les leaders communautaires interviewé(e)s, femmes comme hommes, quel que soit leur province d'origine (Kwilu ou Kwango) et leur milieu de résidence (Rural ou Urbain), déclarent qu'ils suivent la radio partenaire locale de DMI là où ils résident.

A Idiofa Cendre (où la Radio ciblée est Nsemo):

Au cours de 2 Focus groups avec les femmes, environ 19 d'entre elles ont déclaré qu'elles suivent la Radio Ntemo et du Focus groups de 12 hommes, 8 (parents d'enfant de moins de 5 ans) avouent qu'ils suivent la même Radio ci-dessus. Les jeunes étaient aussi nombreux à déclarer suivre la Radio Nsemo, environ 5 filles sur 8 et 3 garçons sur 7.

A Itshuam (Idiofa rural où la Radio ciblée est Nsemo) :

Les proportions de celles qui suivent Nsemo sont nettement supérieures à celles des hommes (près de 4 femmes sur 12 et 2 hommes sur 12 (parents d'enfant de moins de 5 ans).

Ville de Kikwit (où la Radio ciblée est Tomisa):

Au village Kongila et au village Langa (Kikwit rural où la Radio ciblée est Tomisa), près de 60% parmi les femmes et de la moitié des hommes enquêt(e)s déclarent suivre la radio partenaire locale Tomisa

A Kenge Centre (où la Radio ciblée est Kinvuka na lutondo):

Au cours de 2 focus de 12 mères chacun, c'est près de 17 femmes sur 24 qui ont reconnu qu'elles avaient accès à la radio Kinvuka na Lutondo.

Village Makiala, Groupement Suambuya (Kenge rural où la Radio ciblée est Kinvuka na lutondo) :

Beaucoup d'hommes de ce village ont déclaré suivre la radio partenaire locale (9 sur 12).

Village Kongomitela, Groupement Minikongo (Kenge rural où la Radio ciblée est Kinvuka na lutondo) :

Dans ce village, seulement 3 femmes sur 11 ont déclaré suivre la radio Kinvuka na lutondo et environ même nombre d'hommes sur 12.

3.1.2 Entendre les messages sur la santé des enfants et des femmes enceintes sur cette radio

De manière globale, que ce soit dans le Kwilu, à Idiofa Cendre et à Itshuam (où la Radio ciblée est Nsemo) ; que ce soit dans la Ville de Kikwit, au Village Kongila ou au Village Langa (où la Radio ciblée est Tomisa) ou dans le Kwango, à Kenge Centre, au Village Makiala ou au Village Kongomitela, (où la Radio ciblée est Kinvuka na lutondo) ; au cours des entretiens de groupe ou individuels, les répondant(e)s qui suivent une radio partenaire locale de DMI ont soutenu, quasi à l'unanimité, suivre aussi des messages sur la santé des enfants et des femmes enceintes. Notamment, l'usage de moustiquaire imprégnée, l'utilisation de préservatif, la prise en charge médicale d'un enfant qui fait de la fièvre, de la diarrhée et/ou de la toux ; la mise en pratique des mesures préventives contre le paludisme ou les IRA, etc.

3.1.3 Entendre les points qui sont marqués par le rire de bébé

Tous les auditeurs interviewé(e)s de ces radios respectives, partenaires locales de DMI dans le Kwilu et le Kwango, déclarent qu'ils entendent et reconnaissent les spots qui commencent et se terminent par un rire de bébé. Comme illustration, les répondant(e)s ont identifié clairement, en les rapportant les conseils tels qu'ils passent sur les chaînes partenaires, plusieurs spots DMI, notamment ceux relatifs au lavage des mains suite aux recommandations du nouveau chef de village et celui qui se réfère à l'économie du savon ; celui relatif à de moustiquaire imprégné d'insecticide, à la prévention de la diarrhée ou du paludisme/malaria et à la prise en charge de l'enfant qui en est affecté, à l'allaitement exclusif du bébé jusqu'à 6 mois et à enrichir son alimentation à partir de cet âge, à bouillir l'eau douteuse et bien la conserver pour en consommer, la vaccination, etc.

3.2 Appropriation des messages

Au cours des entretiens de groupe ou individuels à Idiofa Cendre, à Itshuam, dans la Ville de Kikwit, au village Kongila, au village Langa, etc. dans le Kwilu comme à Kenge Centre, au village Makiala, au village Kongomitela, etc. dans le Kwango, beaucoup de répondant(e)s ont témoigné s'être approprié des messages après les avoir écouté et s'en être servi en les mettant en pratique dans vie quotidienne (à titre individuel, dans le ménage ou dans la communauté où ils vivent) ou avoir été témoin ou convaincu que ceux ou celles qui les mettent en pratique en tirent suffisamment de bénéfice du point de vue santé maternelle et infantile (ou autre).. Mais à ce propos, le bémol c'est que, parallèlement, à entendre les

répondant(e)s, lors des entretiens de groupe comme individuels, en ce qui concerne la prise en charge de l'enfant qui manifeste un début de fièvre ou de toux, les vieilles recettes des ancêtres telles que l'enduire et/ou le masser avec du nsaku nsaku pillé et dilué dans de l'eau versé sur sa tête, de l'encens mélangé à de l'huile de palme; des tisanes ou décoctions ancestrales à base de feuille de nyoka nyoka pressée, lumbalumba, mulolo, et tant d'autres, la liste étant loin, très loin d'être exhaustive, font encore autorité. La pneumonie demeure encore mal connue, dans tous les sites d'étude et confondue, chemin faisant, soit avec l'asthme ou parfois avec la bronchite, selon la perception que les répondant(e)s en ont des symptômes, et par conséquent constitue une grande préoccupation en termes d'information de la population toujours exposée à ce risque, par les médias audiovisuels notamment. Dans tous ces cas, toux comme fièvres, les recettes traditionnelles d'abord et l'automédication ensuite, priment encore sur l'acheminement de l'enfant au centre médical, auquel on ne se tourne qu'en cas d'urgence, comme dernier recours, après que toutes les autres tentatives de soigner se soient révélées vaines. Relativement à l'emploi de méthode de planning familial, toutes sortes des *on dit* ont encore pignon sur roue, comme le montre l'affirmation suivante d'une femme leader communautaire :

« S'il est vrai que beaucoup de personnes se sont appropriés les messages sur les méthodes moderne de planning familial, la majorité sont hélas les jeunes filles célibataires. En effet, ce qui est flagrant de nos jours ici chez nous, c'est que la connaissance et l'usage de méthode contraceptive moderne encourage la débauche des jeunes filles, elles sont ainsi poussées au vagabondage sexuel à outrance et à la prostitution, parce qu'elles se sentent totalement à l'abri de toute grossesse non désirée, du VIH et des IST». Déclaration de femme leader communautaire à Idiofa, opérant dans le domaine agricole. Une autre femme (30-34 ans) a soutenu fermement que : *« des méthodes comme des implants ne doivent en aucun cas être utilisées par ou pour des filles de tout au plus 18 ans vu le risque qu'elles ne deviennent stériles et que les méthodes que l'on place dans la femme provoquent souvent des saignements incessant, ce qui fait que plusieurs femmes mariées ont perdu leur mariage ou se sont vu adjoindre une coépouse, comme conséquence ».*

3.2.1 Changement de comportement suite à l'écoute de message du bébé qui rit

Lors de l'un de focus groups avec des mères à Idiofa, une enquêtée a fait la déclaration ci-après : *« Comme je me tiens ici, je suis déjà future de mon 8^{ème} bébé, je ne savais pas comment m'y prendre, mais à la suite de spot sur la planification de naissance d'enfant et sur le bien être pour tous dans le ménage, nous nous sommes déjà décidés qu'après ce bébé à naître, nous allons utiliser de méthode de contraception ».* Témoignage de répondante mariée de 26 ans, de niveau secondaire inachevé, mère de 7 enfants, dont 2 de moins de 5 ans, en attente d'un autre déjà en gestation.

Plusieurs femmes se sont appropriées les messages sur les bienfaits de la planification familiale pour le ménage, cependant une femme (30-34), de niveau secondaire, qui exerce dans l'informel dans le Kwango affirme que : *« L'homme a le dernier mot sur le nombre des enfants que le couple doit avoir, souvent il n'en fait qu'à sa tête et exige beaucoup d'enfants. Dans la plupart de cas, la famille de la femme attend aussi que 'leur fille peuple sa famille d'origine'. C'est la raison pour laquelle beaucoup de femmes qui se sont décidées à faire usage de méthode de contraception moderne, les mettent en application en cachette sur le dos de leur conjoint et même des membres de leur propre famille d'où elles émanent. Mais malheur à elle si le mari l'apprenait, car c'est au risque de se voir répudiée».*

Un homme convaincu de l'importance des conseils sur la santé maternelle et infantile vulgarisés par le truchement des messages marqués par les rires de bébé a souligné que :

« À la suite de message de bébé rire, j'ai adopté l'utilisation de moustiquaire pour protéger ma famille et moi-même contre la malaria. Cependant, plusieurs personnes que je connais refusent encore d'en utiliser une, en affirmant par exemple qu'elles ne peuvent pas ou ne

parviennent pas à dormir dans la moustiquaire parce qu'il fait très chaud dedans ». Homme marié, agriculteur, 40-44 ans (au cours de focus group).

3.2.2 Changement de comportement de tierce personne suite à l'écoute de message DMI

D'une manière générale, à Idiofa Cendre, à Itshuam (Idiofa rural où la Radio ciblée est Nsemo), dans la Ville de Kikwit, au village Kongila et au village Langa, dans le Kwilu comme à Kenge Centre, au village Makiala, au village Kongomitela, dans le Kwango, plusieurs histoires de vie manifestent l'adoption de comportement positif en matière de santé maternelle et infantile. Le souci d'assurer, à côté des lieux d'aisance, la disponibilité de l'eau pour le lavage des mains après les avoir fréquentés (voir spot sur les recommandations du nouveau chef de village), garantir du savon à cette fin (économie de savon), l'allaitement exclusif de l'enfant au lait jusqu'à 6 mois et l'enrichissement (expliqué en détails dans le spot) de son alimentation à partir de cet âge, etc. sont clairement désignés comme étant un plus valu à attribuer aux campagnes de DMI, dans quasi tous les sites : *« Mon enfant de moins de 5 ans dès qu'il entend ce bébé rire à la radio, il court vite prendre un savon pour se laver les mains et insiste pour que tout le monde en fasse de même à la maison ».* Un homme (35-39 ans), fonctionnaire, au cours d'un focus group dans le Kwilu. A Kenge Centre et dans les villages de la juridiction de Kenge, les femmes qui se rendent à la CPN reçoivent des moustiquaires imprégnées au centre médical qu'elles fréquentent. A suivre beaucoup de récits, suite aux conseils du bébé qui rit, la quasi totalité des femmes qui bénéficient de ces dons de moustiquaires en font désormais bon usage en y dormant elles mêmes, leurs enfants en bas âges ainsi que leur famille.

Une leader de la communauté dans le Kwango a insisté sur l'importance capitale du message de DMI et surtout sur l'originalité de son approche pour le transmettre par des spots accessibles même aux personnes faiblement ou sans instruction : *« C'est comme cette fille là, à environ 18 ans elle a déjà 3 enfants de moins de 5 ans, comme elle vous l'affirme elle-même et je connais une autre âgée de moins de 18 ans, que nous prenons en charge à notre centre de santé ici, qui en a 2 et qui attend un 3^{ème} enfant en ce moment. Elles sont très nombreuses des adolescentes-mères précocement, la grande majorité d'entre elles sans avoir atteint la fin du cycle primaire. Dans beaucoup de villages à la ronde, plusieurs filles se retrouvent mères entre 12 ans et 15 ans. C'est seulement pour vous faire une illustration de combien les spots du bébé par leur langage accessible à toutes ces personnes jouent un rôle prépondérant pour le changement de leur mentalité ».* Femme de 35-39, non mariée, Responsable d'un Centre de Santé qui dispense aussi des soins de santé maternelle et infantile (notamment au travers de la prise en charge des femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans, CPN, distribution gratuite de moustiquaire imprégnée aux futures mères, etc.) et où sont assurés aussi des services de planification familiale.

3.3.1 Les obstacles à l'écoute des émissions de DMI sur les Radios partenaires

- Conflit de priorité autour de la radio de la maison entre les émissions préférées de l'homme (informations, sport, etc.) et celles de la femme (santé maternelle et infantile, théâtre, etc.) ;
- Programmation des émissions durant les heures passées aux travaux de champ en forêt ;
- Programmation fluctuante, heures imprécises, suite aux coupures récurrentes de fourniture d'énergie électrique ou de panne de groupe électrogène vieillissant peu performant, etc.

- Langue d'émission pas bien comprise;
- Faible niveau d'instruction surtout des femmes en milieu rural
- Le faible niveau de revenu de ménage privé de radio ou de suffisamment de moyen pour s'approvisionner régulièrement en piles, surtout en milieu rural
- , etc.

3.3.2 Les obstacles à la mise en pratique de certains conseils donnés dans les spots du rire de bébé

- Croyance encore prégnante des us et coutumes (et traditions ancestrales), notamment en matière de prise en charge de fièvre, de toux, etc.
- La résistance que l'homme oppose aux méthodes de contraception modernes et sa faible implication à la planification familiale
- La vieille mauvaise habitude de l'automédication, devenue comme une norme à laquelle beaucoup de ménages souscrivent sans se poser davantage de question
- L'inaccessibilité géographique et/ou financière aux infrastructures adéquates de santé maternelle et infantile ainsi qu'à un personnel suffisamment compétent pour assurer le suivi indispensable des conseils de prévention et dispenser les soins appropriés.
- La main mise de l'homme qui est désigné dans le milieu rural comme détenteur du pouvoir sans partage de décréter le nombre d'enfants que le couple est censé avoir et l'espacement entre eux.
- La sexualité très précoce des adolescentes (12-15 ans) et leur déscolarisation à peine entamé le cycle primaire
- Etc.

4. Quelques difficultés rencontrées lors de la recherche formative

- Les formalités administratives à certains bureaux de l'Etat (Idiofa, Kikwit, Kenge) ont consommé parfois plus de la moitié d'une journée à consacrer au travail de collecte sur terrain ; à cet effet, elles passent à ce titre pour la difficulté la plus nuisible rencontrée dans l'exercice des activités de cette recherche formative
- Quelques difficultés à respecter le temps fixé pour un entretien de groupe, étant appelé parfois à faire face pour dissuader des personnes non sélectionnées qui tentaient de s'y inviter avec persévérance.
- Généralement, la gestion du temps lors du démarrage d'un focus group en milieu rural, est assez élastique
- Etc.

Conclusion et recommandation

Les besoins en medias de santé, et en matière de santé maternelle et infantile tout court, demeurent, largement non satisfaits dans l'ex province de Bandundu en général, dans le Kwilu et le Kwango en particulier et par conséquents encore énormes à ce jour (comme partout ailleurs en République Démocratique du Congo, surtout avec l'avènement des nouvelles provinces très faiblement équipées, ou quasiment pas du tout, en infrastructures de base). L'approche initiée par le Development Medias International (DMI) pour contribuer à les minimiser produit concrètement des fruits, notamment en matière de lavage des mains avec du savon ou de la cendre à défaut, l'allaitement exclusif de l'enfant jusqu'à 6 mois et le complément adéquat d'aliments auquel recourir après, la prévention et la prise en charge de la diarrhée, du paludisme, et tant d'autres conseils en spots sur la santé maternelle et infantile que les rires du bébé ont vulgarisé, bien connus et adoptés en milieu rural. Cependant, le travail de DMI ne vient que de commencer, l'horizon visé demeure encore lointain et la saturation des émissions du bébé qui rit doit être assuré aux heures où la plus grande audience possible leurs est garantie par la présence des populations ciblées au foyer ; ainsi qu'en évitant des heures d'informations ou d'événements sportifs (ou en en profitant pour passer des spots) pour atténuer les conflits de priorité de programme autour de la radio du ménage.