

Research



Analyse des causes de la persistance de la pratique de défécation à l'air libre par la population des aires de santé de Bokoli et Mipale dans la Zone de Santé Rurale de Ntandembelo dans la province de Maïndombe en République Démocratique du Congo

Alain Bakito Mbonkumu, Yannick Musawu Kabadi, Thérèse Mambu Nyangi Mondo

Corresponding author: Alain Bakito Mbonkumu, Zone de Santé de Ntandembelo, Province de Maïndombe, République Démocratique du Congo. alainmbonkumu842@gmail.com

Received: 26 Oct 2025 - **Accepted:** 17 Jan 2026 - **Published:** 23 Feb 2026

Keywords: défécation à l'air libre, population de Bokoli et Mipale, focus groups

Funding: Ce travail a bénéficié du soutien financier de la Banque mondiale (BM), République Démocratique du Congo [P167817 IDA, D5160 et IDA 64980-ZR], à travers le projet REDISSE IV, mis en œuvre par l'Unité de Gestion du Programme de Système de Santé (UG-PDSS), dans le cadre du programme de formation en Santé Environnement de l'École de Santé Publique de Kinshasa. Le bailleur de fonds n'a exercé aucune influence sur le contenu scientifique, l'analyse des données ni sur la rédaction du présent manuscrit.

Copyright: Alain Bakito Mbonkumu et al. PAMJ-One Health (ISSN: 2707-2800). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Alain Bakito Mbonkumu et al. Analyse des causes de la persistance de la pratique de défécation à l'air libre par la population des aires de santé de Bokoli et Mipale dans la Zone de Santé Rurale de Ntandembelo dans la province de Maïndombe en République Démocratique du Congo. PAMJ-One Health. 2026;19(7). 10.11604/pamj-oh.2026.19.7.49967

Available online at: <https://www.one-health.panafrican-med-journal.com/content/article/19/7/full>

Analyse des causes de la persistance de la pratique de défécation à l'air libre par la population des aires de santé de Bokoli et Mipale dans la Zone de Santé Rurale de Ntandembelo dans la province de Maïndombe en République Démocratique du Congo

Analysis of the causes of the persistence of open defecation practices among the population of the Bokoli and Mipale Health Areas in the Rural Health Zone of Ntandembelo, Maïndombe Province, Democratic Republic of Congo

Alain Bakito Mbonkumu^{1,&}, Yannick Musawu Kabadi^{2,3}, Thérèse Mambu Nyangi Mondo³

¹Zone de Santé de Ntandembelo, Province de Maïndombe, République Démocratique du Congo,

²Coordination Provinciale de Kinshasa, Programme National des Urgences et Action Humanitaire, Ministère de la Santé Publique Hygiène et Prévoyance Sociale, Kinshasa, République Démocratique du Congo, ³Département de Santé Communautaire, Santé Maternelle et Infantile, Ecole de Santé Publique de Kinshasa, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

&Auteur correspondant

Alain Bakito Mbonkumu, Zone de Santé de Ntandembelo, Province de Maïndombe, République Démocratique du Congo

Résumé

Introduction: la défécation à l'air libre (DAL), considérée comme une pratique de défécation sans aucun système d'assainissement, est généralement considérée comme une source de problèmes de santé. Près de 40% de la population mondiale n'a pas accès à des installations sanitaires sûres et 15% de ceux dernier défèquent encore à l'air libre. L'incapacité à contenir et à gérer efficacement les excréments humains est associée à un large éventail de problèmes de santé et à une charge de morbidité importante. L'objectif de cette étude est d'analyser les causes de la persistance de la pratique de la défécation à l'air par la population des aires de santé de Bokoli et Mipale dans la Zone de Santé de Ntandembelo.

Méthodes: il s'agit d'une étude transversale analytique par approche qualitative conduite par des interviews semi-structurées auprès d'une population ciblée constituée des autorités politico-administratives et des leaders communautaires ainsi que des focus-groups auprès des membres des communautés habitant dans les deux AS.

Résultats: les analyses des entretiens semi-structurés et des discussions de groupes menées auprès de 59 participants dans les aires de santé de Bokoli et de Mipale, zone de santé de Ntandembelo, ont mis en évidence la persistance de la défécation à l'air libre (DAL) comme une pratique encore largement répandue. Sur le plan sociodémographique, les répondants étaient majoritairement des hommes (61%), mariés (71,2%), et ayant pour la plupart un niveau d'études secondaires (40,7%). Les jeunes de 14 à 23 ans étaient fortement représentés dans les focus groups. Les facteurs socioculturels expliquant la persistance de la DAL sont multiples. Cette pratique demeure profondément enracinée dans les coutumes locales, considérée comme un héritage ancestral ou une pratique naturelle, notamment chez les pêcheurs. Des tabous interdisant de creuser la terre, des croyances liées aux esprits marins ("Elima") et à certains symboles totémiques (comme le léopard) contribuent à maintenir cette habitude. La DAL est perçue

comme plus confortable, pratique et hygiénique que l'utilisation des latrines, tandis que l'usage commun des installations sanitaires entre belles-filles et beaux-parents reste culturellement prohibé. Les femmes et les enfants, en particulier ceux de moins de trois ans, figurent parmi les groupes les plus concernés. **Conclusion:** sur le plan comportemental, la pratique est entretenue par des habitudes acquises, la peur des serpents, la crainte des esprits nocturnes, le manque de volonté d'utiliser les latrines et l'absence de papier hygiénique. Même dans les ménages disposant de toilettes, plusieurs personnes continuent de déféquer à l'air libre par confort ou par habitude.

English abstract

Introduction: Open defecation (OD), defined as the practice of defecating without any sanitation system, is generally regarded as a major source of health problems. Nearly 40% of the world's population does not have access to safe sanitation facilities, and 15% of them still practice open defecation. The inability to contain and effectively manage human excreta is associated with a wide range of health problems and a significant burden of disease. The purpose of this study is to analyze the causes of the persistence of open defecation practices among the population of the Bokoli and Mipale health areas in the Ntandembelo Health Zone. **Methods:** we conducted an analytical cross-sectional study using a qualitative approach, employing semi-structured interviews with a targeted population composed of politico-administrative authorities and community leaders, as well as focus group discussions with members of the communities living in the two health areas. **Results:** analysis of semi-structured interviews and group discussions conducted with 59 participants in the Bokoli and Mipale health areas, Ntandembelo Health Zone, revealed that open defecation (OD) remains a widespread practice. From a sociodemographic perspective, respondents were predominantly male (61%), married (71.2%), and most had a secondary level

of education (40.7%). Young people aged 14 to 23 years were strongly represented in the focus groups. Several sociocultural factors explain the persistence of OD. This practice remains deeply rooted in local customs and is considered an ancestral heritage or a natural practice, particularly among fishermen. Taboos prohibiting digging into the ground, beliefs related to marine spirits ("Elima"), and certain totemic symbols (such as the leopard) contribute to maintaining this habit. Open defecation is perceived as more comfortable, practical, and hygienic than the use of latrines, while the shared use of sanitation facilities between daughters-in-law and parents-in-law remains culturally prohibited. Women and children, particularly those under three years of age, are among the most affected groups. **Conclusion:** from a behavioral standpoint, the practice is driven by acquired habits, fear of snakes, fear of nocturnal spirits, lack of willingness to use latrines, and the absence of toilet paper. Even in households that have toilets, several people continue to defecate in the open for reasons of comfort or habit.

Key words: Open defecation, population of Bokoli and Mipale, focus groups

Introduction

La défécation à l'air libre (DAL), considérée comme une pratique de défécation sans aucun système d'assainissement, est généralement considérée comme une source de problèmes de santé. Elle fait référence à la pratique selon laquelle les gens vont déféquer dans les champs, au bord des routes, dans les buissons, à la périphérie des plans d'eau ou dans d'autres espaces ouverts plutôt que d'utiliser les toilettes [1]. Cette pratique peut polluer l'environnement et provoquer des problèmes de santé et des maladies graves liées à une mortalité infantile élevée, à une mauvaise nutrition, à la pauvreté et à de grandes disparités entre les riches et les pauvres [2,3]. Les matières fécales issues de la DAL facilitent la transmission de maladies d'origine hydrique telles que le

choléra, la typhoïde, la dysenterie et la diarrhée. Ces maladies évitables sont responsables de nombreux décès chaque année, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans. L'assainissement et une hygiène améliorée peuvent réduire le nombre de maladies diarrhéiques de plus d'un tiers [2-4] et près de 40% de la population mondiale n'a pas accès à des installations sanitaires sûres et 15% de ces dernières défèquent encore à l'air libre [5,6].

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la DAL est la « pratique d'assainissement la plus risquée ». Près de 2,5 milliards de personnes dans le monde n'ont pas accès à des toilettes propres [7]. Dans le monde, la pratique de la DAL reste un problème de santé publique important, 1,1 milliard de personnes, soit 17% de la population mondiale, défèquent encore dans des zones ouvertes [8,9]. Des niveaux élevés de défécation à l'air libre sont liés à une mortalité infantile élevée, à une mauvaise nutrition, à la pauvreté et à de grandes disparités entre les riches et les pauvres. Mettre fin à la défécation à l'air libre est un indicateur utilisé pour mesurer les progrès vers l'objectif de développement durable (ODD 6) [10]. Certains des facteurs qui contribuent à la DAL sont la forte densité de population, le manque de toilettes, la pauvreté et les croyances selon lesquelles déféquer à l'air libre est normal et sain, et que construire des toilettes dans la maison serait insalubre [11].

La DAL est une pratique plus répandue dans les pays d'Afrique subsaharienne et est considérée comme un indicateur de faible statut socioéconomique [12]. En 2015, 892 millions de personnes pratiquaient encore la DAL, les taux étant les plus élevés en Afrique subsaharienne [13]. La DAL constitue une menace importante pour la santé environnementale et humaine, la sécurité, la vie privée et la dignité, en particulier pour les femmes et les enfants, mais elle est également l'une des expressions les plus fortes de l'extrême pauvreté [11]. La République Démocratique du Congo (RDC) possède plus de 50% des réserves d'eau du continent africain mais

malgré ce potentiel fabuleux, 33 millions de personnes en milieu rural n'ont pas accès à de l'eau de qualité. Malgré des efforts continus, seulement 52% de la population a accès à un point d'eau amélioré et 29% à des installations sanitaires améliorées [14,15]. Selon le rapport MICS 2017-2018, 12% au niveau national de la population congolaise pratique encore la DAL avec une disparité entre le milieu urbain (4%) et le milieu rural (18%) [16]. La province de Maïndombe est parmi les cinq provinces de la RD Congo les plus touchées par la pratique la DAL dont les provinces du Kasai (40,8%), Kasai Central (30,2%), Sankuru (28,7%), Lualaba (25,3%) et Maïndombe (23,4%) où cette pratique favorise la propagation rapide de maladies.

La zone de santé (ZS) de Ntandembelo est l'une des 14 ZS de la division provinciale de la santé (DPS) de Maïndombe où la DAL est particulièrement observée, notamment dans les aires de santé (AS) de Bokoli et Mipale. Ces dernières enregistrent une prévalence élevée des maladies dites des mains sales ainsi que des maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive, telles que la filariose lymphatique et la géo-helminthiase. Selon les données du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) de 2024, ces deux aires de santé ont rapporté 388 cas de fièvre typhoïde et 522 cas d'helminthiases. Plusieurs interventions ont été mises en place pour améliorer l'assainissement, notamment en 2016, une initiative menée par l'ONG italienne Coopération Internationale (COOPI) et en 2017, le projet "Village et École Assainis", ayant permis la construction de 352 latrines hygiéniques, l'aménagement de 56 forages et 56 sources d'eau, mais aussi plusieurs campagnes de sensibilisation des populations locales. Malgré ces efforts, la DAL et ses conséquences sur la santé persistent dans ces deux aires de santé. Face à cette situation posant un problème sérieux de santé, une étude s'est avérée indispensable pour analyser les causes de la persistance de la pratique de la défécation à l'air libre par la population des aires de santé de

Bokoli et Mipale dans la Zone de Santé Rurale de Ntandembelo.

Méthodes

Cadre, type et période d'études

Cette étude s'est déroulée dans 2 Aires de Santé Mipale et Bokoli situés dans la Zone de Santé Rurale de Ntandembelo, de la division provinciale de Maïndombe qui est située dans le territoire d'Inongo, secteur de Basengele, dans la province de Maïndombe. La Zone de Santé Rurale de Ntandembelo est limitée au Nord par la ZS de Lukolela de la province de l'Equateur, au Sud par la ZS de Mushie, à l'Est par la ZS de Banzwo-Muke et à l'Ouest par la ZS de Yumbi et compte en son sein 19 aires de santé. Sa superficie est de 3450 km² avec une population qui s'élève à 113989 habitants, soit une densité d'environ 33 habitants au km². Les habitats vivent tous en milieu rural et ont des maisons en paille et en chaume. Il s'agit d'une étude transversale analytique par approche qualitative, ayant permis d'analyser les causes de la pratique de la défécation à l'air libre par la population des aires de santé de Mipale et Bokoli dans la ZS de Ntandembelo. Le choix de ces 2 aires de santé riveraines s'explique par la résurgence des épidémies de choléra et d'autres maladies de mains sales, et aussi, à cause de la proportion élevée soit 36% de la population pratique la défécation à l'air libre selon les données recueillies dans le DHIS2-2024. Cette étude a été menée pendant une période de deux mois allant du 10 janvier au 10 mars 2025.

Model théorique de la persistance de la DAL

Population d'étude et échantillonnage

La population cible était constituée des autorités politico-administratives, des leaders communautaires ainsi que des membres des communautés habitant dans les deux AS. Les autorités politico-administratives sont des acteurs clés qui nous ont servi de cadre de référence dans les échanges pour ce qui concerne l'existence et la

mise en œuvre des politiques publiques sur l'hygiène et l'assainissement, mais aussi pour les données sur les infrastructures hygiéniques et leurs utilisations. Les leaders communautaires, représentants de ces populations ont été interrogés par des interviews individuelles semi-structures. Ils ont été rapprochés pour échanger sur les facteurs socio-culturels et économiques, les normes sociales et religieuses, les habitudes, les préférences ainsi que les perceptions des contraintes, parmi les habitants. Les membres de la communauté de ces deux AS ont également fait partie des discussions dans des focus groups en vue d'une exploration des causes liées à la pratique de la DAL, notamment des groupes des chefs de ménages hommes et femmes, des jeunes garçons et jeunes filles ayant entre 12 et 18 ans. Un total de vingt entrevues étaient prévu dont quatorze entretiens individuels avec les autorités politico-administratives et les autres leaders communautaires et de six focus groups avec les membres de la communauté. Concernant les focus-group, six discussions ont été animées intégrant chacun entre six et dix participants pour les deux AS. Ces discussions de groupe ont été tenues avec les chefs de ménages hommes, les femmes cheffes de ménages, les adolescents et jeunes (filles et garçons) pris séparément, ainsi que les catégories socio-professionnelles suivantes : les chasseurs, les pêcheurs et les cultivateurs.

Collecte et analyse des données

Le protocole a été soumis à l'approbation du comité d'éthique avant son exécution et le bureau du comité d'éthique a approuvé le protocole et autorise la mise en œuvre de l'étude pour une période allant du 25 décembre 2024 au décembre 2025 sous le numéro d'approbation : ESP/CE/242/2024. Pour collecter les données, les enquêteurs ont utilisé les outils de collecte des données attachés dans les annexes du présent protocole de recherche. Ces outils étaient un guide d'entretien semi-structuré avec les APA et, avec les autres leaders communautaires ainsi qu'une guide d'animation de discussions de groupe pour les membres de la communauté. Les

outils de collecte des données ont été traduits en langue locale avant leur administration. Après la sélection et l'identification des participants, qui ont été facilitées par les RECO, les enquêteurs ont préparé et disposé des instruments de collecte de données tels que le dictaphone chargé, le bloc-notes, le stylo ou les crayons. Tout entretien a été précédé d'une administration du consentement éclairé dans la langue comprise par le répondant. L'analyse des données s'est déroulée en sept étapes : transcription et traduction des audios, familiarisation avec les données, codification, élaboration d'un cadre d'analyse validé par les analystes, application du guide de codification à l'aide du logiciel ATLAS.ti, synthèse des informations dans une matrice sous Excel, puis interprétation finale des résultats.

Résultats

Les caractéristiques socio démographiques des participants à l'étude

Les caractéristiques sociodémographiques de 59 répondants à l'étude, dont 14 étaient issus d'entretiens semi-structurés et 45 de focus groups. Globalement, 61% sont des hommes et 39% des femmes, avec une proportion plus élevée d'hommes dans les entretiens (78,6%). L'âge avait varié de 14 à 64 ans et plus, les jeunes de 14 à 23 ans étant majoritaire surtout représentés dans les focus groups (40%). Dans l'ensemble, le niveau d'instruction le plus élevé était celui de secondaire (40,7%), suivi des diplômés d'Etat (25,4%). La plupart des répondants étaient mariés (71,2%) et provenaient des aires de santé de Bokoli (50,8%) et de Mipale (42,4%). Une minorité, soit 6,8% étaient des autorités politico-administratives du territoire d'Inongo. Les entretiens individuels concernaient surtout les autorités politico-administratives et leaders communautaires, tandis que les focus groups avaient regroupé uniquement les membres de deux communautés (Tableau 1).

Les facteurs socioculturels incitant la pratique de défécation à l'air libre

Les entretiens avec nos informateurs clés avaient montré que la pratique de la défécation à l'air libre demeurait répandue dans plusieurs communautés rurales de Mipale et de Bokoli. Très souvent, les déplacements prolongés des communautés vers les champs, étaient identifiés comme facteur déterminant cette pratique. Les lieux privilégiés les plus cités pour la pratique de la DAL incluaient la brousse, la forêt, les herbes hautes, les rivières et les parcelles inhabitées. Certains groupes, tels que les pêcheurs, considéraient la défécation directe dans l'eau comme une norme culturelle transmise de génération en génération, tandis que les cultivateurs et les femmes cheffes de ménages privilégiaient les zones herbeuses ou forestières. Les termes utilisés pour désigner la DAL varient selon les régions et langues : 'nasalomemeke', 'nakeyi kosumba', 'bozela nga nakedi belondo', 'bapu manseke' (ce qui signifie je veux aller me soulager).

« Ce sont les lieux comme la brousse, les forêts et les rivières qu'ils choisissent » (P11, Femme LC)

« On défèque dans les herbes ou derrière les maisons. » (P14, ONG WASH)

« Depuis le temps de nos ancêtres, un pêcheur doit toujours déféquer dans l'eau. » (FG Pêcheurs, P2) pour ce dernier la défécation à l'aire libre est une tradition héritée des ancêtres et la manque de l'alternative sanitaire l'aggrave

« On dit 'nakeyi kosumba', ou 'bozela nga nakedi belondo'. » (P10) ; « 'Nasaloniekese' c'est aller déféquer. » (P8, Presicodesa) ; « 'Bapu manseke' veut dire que je vais déféquer. » (P14, ONG WASH)

Sur le plan sociodémographique, les enfants étaient reconnus comme les plus concernés, notamment les enfants de moins de 3 ans qui déféquaient souvent derrière les habitations sans encadrement hygiénique. Les femmes, en particulier celles ne disposant pas de toilettes

familiales, étaient également exposées, notamment en situation d'urgence. Les jeunes garçons, quant à eux, étaient fréquemment cités pour l'usage de la rivière lors du bain. Par ailleurs, certains témoignages évoquaient la négligence des hommes adultes face aux pratiques d'assainissement.

« Ce sont surtout les enfants et les femmes qui défèquent plus à l'aire libre » « Les femmes se cachent dans la brousse si les voisins refusent leur toilette. » (P11, Femme LC)

« Les femmes se cachent dans la brousse si les voisins refusent leur toilette. » (P11, Femme LC)

La persistance de la défécation à l'air libre dans la zone de santé de TANDEMBELO (AS BOKOLI et MIPALE) s'enracine profondément dans des normes culturelles, religieuses et symboliques. Cette pratique était perçue par nos informateurs clés comme un héritage ancestral valorisé, renforcé par des tabous interdisant notamment de creuser la terre ou associant la DAL à des éléments totémiques (par exemple le léopard), ou encore à des croyances spirituelles telles que la peur des esprits marins (Elima). Dans ces contextes, la DAL était intégrée dans l'univers symbolique collectif et justifiée comme une pratique traditionnelle « naturelle », notamment chez les pêcheurs.

« Ils pensent que faire dehors c'est plus naturel. C'est depuis les ancêtres... c'est la coutume même d'ailleurs » (ESS Pn°1 - Enseignant)

« Il y a des villages où la terre est réservée pour les chefs, on n'y creuse pas de latrines. » (ESS Pn°3 - Agriculteurs)

« À Ilebo, creuser la terre fâche les ancêtres. » (P10)

« Le léopard défèque seul dans les herbes, on le copie. » (P10)

Par ailleurs, la DAL était souvent perçue comme une option plus pratique, confortable ou hygiénique que l'utilisation des latrines.

L'utilisation commune des installations hygiéniques avec les beaux-parents est prohibée dans certaines familles, d'où les époux se trouvent contraints de trouver d'autres alternatives.

« Les gens disent qu'ils se sentent à l'aise dehors. » (P15, Religieux catholique)

« Pour eux, déféquer dans l'eau c'est mieux car ça coule directement. » (ESS Pn°5 - Association des femmes)

« Ceux qui habitent ensemble avec les beaux-parents... peuvent aller chez les frères voisins pour se soulager. » (ESS Pn°7)

Les causes comportementales de la population sur la pratique de défécation à l'air libre

Les témoignages des répondants avaient montré que la défécation à l'air libre était fortement influencée par les comportements des habitants de Bokoli et Mipale. Selon les âges et les sexes, les discussions de groupe et les entretiens avaient révélé que les enfants, notamment les garçons, en étaient les principaux pratiquants, tandis que certaines femmes y recouraient en l'absence d'alternatives pour éviter la honte ou le manque d'intimité en utilisant les mêmes installations avec les autres membres de ménages comme par exemple, les beaux-parents. En outre, il a été constaté la peur des dangers naturels, comme les serpents qui favorisait la défécation dans l'eau ou la peur nocturne, justifiée par la crainte de rencontres mystiques, ce qui dissuadait aussi l'utilisation des latrines. Malgré la présence de toilettes, de nombreuses personnes maintenaient la pratique de la DAL par confort ou par manque de volonté. D'autres avaient justifié cette pratique par l'absence de papier hygiénique.

« Par peur d'être mordu par le serpent... ils préfèrent déféquer dans l'eau. » (FG Pêcheurs, P3)

« Les enfants défèquent toujours à l'aire libre. » (FG Jeunes filles, P2)

« Ce sont surtout les enfants entre 1 et 10 ans, filles et garçons » (ESS Pn°13)

« Ils croient qu'ils peuvent se croiser avec un homme mystérieux... surtout la nuit. » (ESS Pn°7)

« Ceux qui habitent ensemble avec les beaux-parents... peuvent aller chez les frères voisins pour se soulager. » (ESS Pn°7)

Discussion

Les facteurs socioculturels expliquant la persistance de la défécation à l'air libre

Les résultats de notre étude avaient révélé que la persistance de la défécation à l'air libre dans les aires de santé de Mipale et de Bokoli était liée entre autre au mode de vie des communautés qui très souvent se déplaçaient pour des longues périodes à des fins agricoles. La DAL était beaucoup plus observée parmi les enfants, mais aussi chez les jeunes, les femmes, sans oublier certaines communautés professionnelles notamment celle des pêcheurs chez qui la DAL représentait tout un héritage ancestral qu'ils devaient préserver et avaliser. En effet, il se dégage une double tendance justifiant les raisons socioculturelles, dont la première était celle liée à des contraintes économiques des communautés qui est à la quête d'assurance de leur survie, et la seconde était celle d'un groupe manifestant de l'acceptation sociale allant jusqu'à la préservation de la pratique.

Ces résultats semblent similaires à ceux trouvés en 2018 en Inde par Rock Britt, où la pratique de la défécation en plein air était habituelle, plus confortable et pouvait être combinée à la marche. Cette influence des croyances sociales et valeur culturels était également rapportée dans les travaux de ANOOP JAIN en 2020 et de Navin Bhatt de 2019 au Népal qui ce dernier avait prouvé que la motivation pour la DAL était soit par choix, soit par contrainte. Selon lui, la défécation à l'air libre par choix s'exprime comme un moyen de socialisation, une habitude et une activité de plein

air agréable qui respecte les normes spirituelles et religieuses. La défécation à l'air libre par contrainte était due au fait de ne pas disposer de latrines à domicile ou de ne pas pouvoir utiliser les latrines de manière alternative.

Nous estimons que cette perception repose sur un déficit d'information concernant les risques sanitaires, une banalisation sociale de la DAL, le tout combiné à une faible pression normative ou morale pour la proscrire. La légitimité sociale ainsi accordée à la pratique constitue un frein majeur à l'adoption de comportements hygiéniques alternatifs. Ceci implique l'organisation des sensibilisations communautaires continues, ciblant les croyances et représentations sociales.

Les facteurs comportementaux

Les analyses avaient montré que la persistance de la DAL était fortement influencée par certains comportements de la plupart des habitants de BOKOLI et de MIPALE. Les deux sexes et les différentes tranches d'âges étaient tous impliqués bien que différemment. La peur des dangers naturels et des rencontres mystiques, la honte, le manque des papiers hygiéniques, le manque d'intimité quant à l'utilisation d'une même installation hygiénique entre belles filles et beaux-parents, la tolérance sociale envers la DAL contribuaient à son maintien. Ces dimensions comportementales étaient également rapportées par Rock Britt en 2018 et Navin Bhatt en 2019, montrant que la DAL peut être à la fois un choix et une contrainte. Nous pensons donc que la présence d'infrastructures ne suffit donc pas. La DAL est fortement influencée par des facteurs comportementaux et culturels. En effet, l'aisance à la défécation suscitée par la DAL, la peur des dangers naturels ou des rencontres mystiques, les tabous liés à l'usage des mêmes latrines entre belles-filles et beaux-parents, ainsi que la honte associée à l'utilisation d'installations communes constituent des freins majeurs à l'adoption des latrines.

Limites

La présente étude comporte certaines limites qu'il convient de souligner. D'abord, la généralisation des résultats demeure restreinte au contexte local des aires de santé de Bokoli et de Mipale, en raison de la spécificité socioculturelle et géographique de la zone. Enfin, le phénomène étudié étant susceptible de varier selon les saisons et les contextes d'intervention communautaire, la période unique de collecte des données pourrait ne pas refléter l'ensemble des réalités du terrain. Malgré ces limites, la triangulation des données quantitatives et qualitatives ainsi que la rigueur méthodologique adoptée renforcent la crédibilité et la pertinence des résultats obtenus.

Conclusion

La persistance de la défécation à l'air libre dans les aires de santé de Bokoli et Mipale résulte de l'interaction complexe entre facteurs socioculturels, économiques, infrastructurels et comportementaux. Malgré les interventions antérieures, les normes sociales, la pauvreté, l'insuffisance d'infrastructures et le déficit de sensibilisation entravent l'abandon durable de cette pratique. D'où, la nécessité d'une approche intégrant un appui économique pour des communautés, un renforcement de l'accessibilité à des installations hygiéniques entretenues et adaptés aux réalités locales, des sensibilisations continues avec implication des leaders communautaires et un renforcement institutionnel des mesures coercitives pourrait arriver à changer ce comportement.

Etat des connaissances sur le sujet

- *La défécation à l'air libre reste un problème majeur d'assainissement en milieu rural congolais, lié au manque d'infrastructures sanitaires et à la pauvreté des ménages;*

- *Des facteurs socioculturels, tels que la tolérance sociale et certaines croyances traditionnelles, favorisent la persistance de cette pratique;*
- *Les approches communautaires comme l'ATPC ont montré leur efficacité, mais leurs effets demeurent limités lorsqu'elles ne s'adaptent pas aux réalités locales.*

Contribution de notre étude à la connaissance

- *L'étude a documenté pour la première fois la situation des aires de santé de Bokoli et de Mipale, mettant en évidence le rôle des pratiques agricoles saisonnières et des déplacements prolongés vers les champs dans la persistance de la défécation à l'air libre;*
- *En adoptant une approche intégrée, elle a révélé la dimension symbolique et culturelle de cette pratique, souvent perçue comme normale ou traditionnelle par les communautés rurales;*
- *Elle propose de nouvelles orientations basées sur l'implication communautaire et le renforcement de l'éducation sanitaire pour une éradication durable de la défécation à l'air libre en milieu rural congolais.*

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne présenter aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Alain Bakito Mbonkumu a conçu l'étude, rédigé le protocole de recherche, mené les entretiens approfondis, a animé la discussion en groupe focalisée, a réalisé quelques transcriptions des enregistrements, a analysé les informations recueillies, a rédigé le rapport d'étude et le manuscrit; Yannick Musawu Kabadi a analysé les données, contribué à la rédaction du manuscrit; Thérèse Mambu Nyangi Mondo a dirigé l'étude,

corrigé le protocole de recherche, identifié les thématiques de l'étude et a corrigé le manuscrit. Le manuscrit final a été lu et approuvé par tous les contributeurs.

Remerciements

Nous témoignons notre profonde gratitude à la Professeure Mambu Nyangi, directrice scientifique, pour son encadrement, ses conseils avisés et son exigence académique. Mes remerciements s'adressent également au Professeur Jean Okitowosho et au Dr Musawu Kabadi Yannick pour leur accompagnement et leurs remarques constructives. J'exprime ma reconnaissance au directeur et à l'ensemble du corps professoral de l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa pour la qualité de leur enseignement. Nous remercions le programme REDISSE IV, financé par la Banque Mondiale, pour son appui financier et institutionnel. Enfin, j'adresse mes sincères remerciements au personnel de la Zone de Santé de Ntandembelo, aux leaders communautaires ainsi qu'aux habitants des aires de santé de Bokoli et de Mipale, pour leur précieuse collaboration lors de la collecte des données.

Tableau

Tableau 1: caractéristiques socio démographiques des participants à l'étude

Références

1. Mebrahtom S, Worku A, Gage DJ. The risk of water, sanitation and hygiene on diarrhea-related infant mortality in eastern Ethiopia: a population-based nested case-control. *BMC Public Health*. 2022 Feb 18;22(1): 343. **PubMed** | **Google Scholar**
2. Deress T, Hassen F, Adane K, Tsegaye A. Assessment of Knowledge, Attitude, and Practice about Biomedical Waste Management and Associated Factors among the Healthcare Professionals at Debre Markos Town Healthcare Facilities, Northwest Ethiopia. *J Environ Public Health*. 2018 Oct 2;2018: 7672981. **PubMed** | **Google Scholar**
3. Abdullahi MA, Sarkingobir Y, Yabo AG. Open Defecation Practices in Rural Areas Threat Public Health: An Assessment of Selected Area in Sokoto, Nigeria. *J Int Environmental Application & Science*. 2023;18: 2. **Google Scholar**
4. Belay DG, Asratie MH, Aragaw FM, Tsega NT, Endalew M, Gashaw M. Open defecation practice and its determinants among households in sub-Saharan Africa: pooled prevalence and multilevel analysis of 33 sub-Saharan Africa countries demographic and health survey. *Trop Med Health*. 2022 Mar 29;50(1): 28. **PubMed** | **Google Scholar**
5. Spears D, Ghosh A, Cumming O. Open defecation and childhood stunting in India: an ecological analysis of new data from 112 districts. *PLoS One*. 2013 Sep 16;8(9): e73784. **PubMed**
6. Njuguna J. Effect of eliminating open defecation on diarrhoeal morbidity: an ecological study of Nyando and Nambale sub-counties, Kenya. *BMC Public Health*. 2016 Aug 4;15: 712. **PubMed** | **Google Scholar**
7. Gupta A, Khalid N, Desphande D, Hathi P, Kapur A, Srivastav N *et al*. Changes in open defecation in rural north India: 2014-2018. *IZA Discussion Papers*; 2019. No. 12065. **Google Scholar**

8. Ismail AM, Ibrahim MA, Abdi MM, Geremew A, Mulugeta Y, Ayele DM *et al.* Open defecation practice among households with latrines in rural communities of Ararso District, Somali Region, Eastern Ethiopia. *Front Public Health*. 2024 May 1;12: 1394351. **PubMed** | **Google Scholar**
9. Yuliana E, Susetyo D, Yamin M, Antoni M. Prevalence of Open Defecation Practice and Associated Factors Poverty and Geography in Palembang Indonesia. *Journal of Ecohumanism*. 2024;3(7): 2559-66. **PubMed** | **Google Scholar**
10. Udoh UA. Open Defecation and Public Health: A Case Study of Riverine Areas of Akwa Ibom State, Nigeria. *International Journal of Contemporary Issues and Trends in research*. February 2024;2: 2. **Google Scholar**
11. Abubakar IR. Exploring the determinants of open defecation in Nigeria using demographic and health survey data. *Sci Total Environ*. 2018 Oct 1;637-638: 1455-1465. **PubMed** | **Google Scholar**
12. Belay DG, Asratie MH, Aragaw FM, Tsega NT, Endalew M, Gashaw M. Open defecation practice and its determinants among households in sub-Saharan Africa: pooled prevalence and multilevel analysis of 33 sub-Saharan Africa countries demographic and health survey. *Trop Med Health*. 2022 Mar 29;50(1): 28. **PubMed** | **Google Scholar**
13. Harter M, Contzen N, Inauen J. The role of social identification for achieving an open-defecation free environment: A cluster-randomized, controlled trial of Community-Led Total Sanitation in Ghana. *J Environ Psychol*. 2019 Dec;66: 101360. **PubMed** | **Google Scholar**
14. Quattrochi JP, Coville A, Mvukiyehe E, Dohou CJ, Esu F, Cohen B *et al.* Effects of a community-driven water, sanitation and hygiene intervention on water and sanitation infrastructure, access, behaviour, and governance: a cluster-randomised controlled trial in rural Democratic Republic of Congo. *BMJ Glob Health*. 2021 May;6(5): e005030. **PubMed** | **Google Scholar**
15. Mufungizi I, Okon I, Nkundakozera M, Akilimali A. Supporting health systems and environment in the Democratic Republic of Congo: A call for action. *Health Sci Rep*. 2024 Jul 17;7(7): e2257. **PubMed** | **Google Scholar**
16. République Démocratique du Congo. The DHS Program. Enquête Démographique et de Santé EDS-RDC III 2023-2024 - Rapport final. Institut National de la Statistique et École de Santé Publique de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo. 2025. Consulté le 26 Octobre 2025.

Tableau 1: caractéristiques sociodémographique des répondants à l'étude

	Entretien semi-structuré		Groupe focus		Ensemble	
	n=14	%	n=45	%	n=59	%
Sexe						
Homme	11	78,6	25	55,6	36	61
Femme	3	21,4	20	44,4	23	39
Age						
14-23	0	0	18	40	18	30,5
24-33	2	14,3	1	2,2	3	5,1
34-43	4	28,6	5	11,1	9	15,3
44-53	0	0	8	17,8	8	13,6
54-63	5	35,7	10	22,2	15	25,4
64+	3	21,4	3	6,7	6	10,2
Niveau d'étude						
Aucun	0	0	3	6,7	3	5,1
Primaire non achevé	0	0	6	13,3	6	10,2
Primaire	0	0	2	4,4	2	3,4
Secondaire	3	21,4	21	46,7	24	40,7
Diplômé d'Etat	4	28,6	11	24,4	15	25,4
Graduat	6	42,9	2	4,4	8	13,6
Licence	1	7,1	0	0	1	1,7
Etat civil						
Célibataire	1	7,1	12	26,7	13	22
Marié (e)	13	92,9	29	64,4	42	71,2
Veuf (ve)	0	0	2	4,4	2	3,4
Divorcé (e)	0	0	2	4,4	2	3,4
Provenance du répondant						
AS Bokoli	5	35,7	25	55,6	30	50,8
AS Mipale	5	35,7	20	44,4	25	42,4
Territoire d'Inongo	4	28,6	0	0	4	6,8
Statut du répondant						
Autorité politico-administrative	4	28,6	0	0	4	6,8
Leader communautaire	10	71,4	0	0	10	16,9
Membre de la communauté	0	0	45	100	45	76,3