
Revue-IRS

**Revue Internationale de la Recherche Scientifique
(Revue-IRS)**

ISSN: 2958-8413

Vol. 4, No. 4, Juillet 2026

Perception du risque sanitaire lié à un habitat insalubre

Par

Muasa Kababa Vincent

Résumé

La perception du risque sanitaire lié à l'insalubrité de l'habitat en milieu rural peut aider à éviter plusieurs maladies favorisées par la qualité de l'environnement. C'est dans ce cadre que nous avons entrepris une étude auprès de la population de la Commune de Luiza afin de vérifier si elle est consciente des dangers des milieux insalubres et si elle connaît les maladies auxquelles elle est exposée à cause de l'insalubrité du milieu.

Pour parvenir à collecter les informations relatives à notre étude, nous avons fait recours à la méthode d'enquête appuyée par la technique de questionnaire adressé à 423 personnes répondant à notre critère d'inclusion.

Le résultat montre que la population enquêtée est consciente des risques sanitaires relatifs à l'insalubrité de leur habitat. Elle connaît également les maladies auxquelles elle est exposée ainsi que les mesures de prévention de ces maladies.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.21759851>

Introduction

Le problème de l'insalubrité de l'habitat, reste une situation majeure dans un grand nombre des villes du monde, au moins il se pose avec une

considération tout à fait particulière dans les villes des pays en voie de développement (Gerin et al, 2003)

Cependant, l'urbanisation non maîtrisée des villes Africaines en déficit de services de gestions des déchets urbains génère des paysages qui deviennent des lieux d'interactions multiples et variés entre santé et environnement.

En effet, selon l'OMS, près de 300 enfants meurent chaque année de traumatisme physique, accidentels qui sont liés aux dangers de l'environnement domestique ou communautaire. Par ailleurs, il y a plus d'un million de victimes de moins de 5 ans dues chaque année au paludisme en Afrique ; situation favorisée par une mégestion et une mauvaise conservation de l'eau, la précarité des logements, la déforestation et l'appauvrissement de la biodiversité. (OMS, 2002)

L'air que nous respirons à l'extérieur comme à l'intérieur des locaux, l'eau et les aliments que nous ingérons, le bruit et les rayonnements auxquels nous sommes exposés influent de manière plus ou moins directe sur notre santé.

Les urgences de préoccupations environnementales et de leurs conséquences sanitaires interviennent au moment où l'espérance de vie à la naissance ne cesse de baisser en RDC. Elle serait liée à l'absence, sur le plan physique, de la problématique du développement durable, de la mise en question de nos modes de production et de l'importance des maladies chroniques avec les incertitudes qui pèsent sur leurs origines.

Dans les économies traditionnelles par exemple, les problèmes environnementaux majeurs (eau potable, qualité et quantité d'alimentation, hygiène de l'habitat, vecteurs de maladie) sont associés aux maladies infectieuses et transmissibles, carences nutritionnelles et à la mortalité néo et périnatale.

Si les pathologies infectieuses et transmissibles diminuent dans les pays développés, les pathologies chroniques comme les carences, les problèmes respiratoires, les troubles endocriniens et neurologiques prennent une importance grandissante dans les problèmes de santé.

Les conséquences sur la santé humaine du rejet de quantités importantes des produits chimiques dans l'environnement risquent de s'aggraver à l'avenir. Le bruit peut avoir des conséquences sur la santé humaine entraînant une dégradation de la qualité de vie susceptible de provoquer les dépressions.

A Lubumbashi, au sein de la commune Kenya, les ordures ménagères sont mises dans des sacs et souvent jetées aux coins des avenues et rues par manque d'endroits appropriés. Et, il n'existe qu'un seul silo de transit opérationnel au quartier Luapula (**Banza Lubaba, 2007**).

L'insalubrité est retenue comme cause des maladies contractées par la présence des dépôts d'ordures ménagères dans les habitations et le « péril fécal » entraînant la prolifération des mouches.

Le contact permanent avec ce milieu rend vulnérable au point que l'organisme soit fragilisé par les attaques d'agents pathogènes, ignorés car non viables (**Cissé, 1997**).

Dans la Commune de Luiza, les habitants polluent constamment leurs milieux sans tenir compte des risques sanitaires qui peuvent en découler.

L'objectif général de la présente étude est de contribuer à la prévention des maladies liées aux conditions environnementales. D'où les objectifs spécifiques ci-après :

- Evaluer le niveau des connaissances sur les risques sanitaires liés à l'insalubrité et sur ses mesures préventives ;
- Décrire les attitudes de la population face aux risques attribuables au logement insalubre dans la commune de Luiza ;
- Décrire les pratiques de la population urbaine en rapport avec les normes de salubrité de l'habitat.

1. Notion de l'insalubrité de l'habitat

Il y a insalubrité lorsque l'état d'une habitation semble être dangereux pour la santé de ses occupants ou du voisinage. Le danger peut être dû au mauvais état de la construction ou à son non-conformité à l'usage d'habitation (**Yao Herné Kingbêwé, 2012**)

Avec la croissance non planifiée des villes africaines, la maîtrise de la qualité de l'environnement devient un enjeu majeur de santé publique (**Kjellstron et col., 2007 ; OMS 1994**).

La présence d'une hygiène défectueuse dans nombre d'espaces urbains offre des conditions bioécologiques favorables au développement des germes pathogènes responsables de nombreuses maladies (**Mouchet, 1991**).

Ainsi, ces risques sanitaires sont liés à l'insalubrité ambiante résultant des conditions d'habitat précaire et de la nourriture, gestion des déchets urbains (Tessier, 1991).

Par rapport à l'air, nous retrouvons trois grandes victimes de la pollution atmosphérique :

- L'homme, notamment son système respiratoire, avec des risques accrus pour les enfants, les personnes âgées et les personnes déjà atteintes de troubles respiratoires ;
- Les végétaux ;
- Les matériaux (Pierres, métaux, peinture).

Cette pollution atmosphérique provient essentiellement de trois grandes sources, dans l'ordre :

- Les installations fixes de combustion (chauffages domestiques, centrales électriques thermiques, chaudières industrielles) ;
- Les transports automobiles ;
- Certains procédés de fabrication industriels.

Certes, dire que l'industrie ne pollue guère serait contraire à la vérité. Pourtant, la grande source de pollution atmosphérique reste la combustion : qu'il s'agisse de chauffage industriel, du chauffage domestique ou de pollution automobile, c'est bien elle qui est en cause, soit par les impuretés présentes dans le combustible ou le carburant (et qu'on retrouve à la sortie), soit par les imbrulés (du fait que la combustion n'est pas complète), soit par les oxydes d'azote (du fait que l'air de combustion est à 80 % constitué d'azote).

Jusqu'au début des années 1970, la pollution de l'air semblait exclusivement un phénomène local, se manifestant surtout près des sources de pollution : en ville à cause des chauffages et des automobiles, et près de certaines industries. On expliquait d'ailleurs que les conséquences locales d'une pollution varient énormément en fonction des facteurs topographiques (gare aux cuvettes) ou météorologiques locaux.

De ce fait, toutes les actions qui consistaient à éloigner et à mieux disperser les polluants semblaient efficaces (élévation de la hauteur des cheminées, vitesse de sortie de gaz de la cheminée plus importante).

L'air est un aliment spécifique et indispensable pour l'être humain. Nous en respirons en moyenne 15 m³ par jour, soit près de 20 kg comparable à 2 kg d'eau potable et 1 kg d'aliments divers. L'appareil respiratoire constitue une voie d'exposition privilégiée pour les aérocontaminants biologiques ou chimiques, qu'il s'agisse de gaz ou de particules inertes ou biologiques qui peuvent avoir des effets nocifs se manifestant à court ou à long terme.

Les affections pulmonaires, par exemple, occupent une place conséquente en santé publique. Elles comptent parmi les principales causes de mortalité dans le monde et sont à l'origine d'une prévalence élevée de sujets souffrant de maladies aiguës et surtout, chroniques (asthme, bronchite chronique).

La question aujourd'hui n'est plus celle d'une toxicité aiguë liée à des doses importantes de polluants, mais celle d'une toxicité chronique en rapport avec des doses d'exposition faibles mais répétées.

Les concentrations relativement modérées dans l'air des principaux indicateurs de pollution signifient qu'au niveau individuel les réactions sont en général de gravité limitée, sauf pour des personnes particulièrement fragiles.

Par ailleurs, certains de ces effets peuvent apparaître après une latence longue ; c'est le cas par exemple de cancer ou des affections chroniques (Banza Lubaba Nkulu, 2014)

Concernant le bruit, nous en distinguons deux grandes sources :

- Les bruits liés aux transports (routiers, ferroviaires, aériens) ;
- Les bruits de voisinage (établissements industriels, chartiers, activités domestiques et de loisirs).

Dans nos milieux, le trafic automobile est la principale nuisance, notamment en habitat collectif. Les plaintes, inversement visent surtout les bruits des établissements industriels et commerciaux et les bruits de voisinage.

Le bruit peut, tout d'abord, avoir un effet sur l'audition : soit une fatigue auditive qui est déficit provisoire de l'audition et qui se manifeste à partir de bruits de 75 à 80 dB, soit un effet de masque (le bruit empêche l'audition de conversation ou de signaux de dangers et contribue à un certain isolement), soit une perte d'audition définitive qui peut survenir en cas de

bruit intense prolongé c'est-à-dire plus de 85 dB pendant huit heures par jour sur plusieurs années.

Ces pertes d'auditions qui sont souvent d'origines professionnelles, peuvent aussi provenir maintenant de certains loisirs bruyants, notamment chez les jeunes.

Le bruit peut avoir aussi d'autres effets sur la santé, notamment sur le système cardiovasculaire (HTA), sur le système digestif ou sur le psychisme. Le bruit est, assurément un agent de stress, il gêne le développement de langage et l'acquisition de la lecture chez les enfants.

Pour ce qui est de déchets des ménages, ils comprennent en fait : les ordures ménagères proprement dites, les déchets encombrants appelés monstres et les déchets verts des jardins. De tous ces types de déchets, notre attention pourra se focaliser sur les ordures ménagères étant donné que dans les ménages ils sont les plus rencontrés.

La progression des papiers cartons n'est pas due au goût croissant de nos populations pour la lecture, mais à l'inflation des prospectus en tous genres (papiers, cartons, plastiques, métal, verre) représentent aujourd'hui plus du tiers de nos ordures ménagères.

Le temps n'est plus au moment où il suffisait pour éliminer ses ordures, on les jetait à la rue où porcs et chiens en faisaient leur affaire. Aujourd'hui, il y a en gros, quatre méthodes d'élimination : le recyclage de certains matériaux, le compostage (retour à la terre), l'incinération et la décharge.

De tout ce qui vient d'être détaillé, nous disons qu'il « vaut mieux prévenir que guérir » car tous les points nous ont montré qu'il faut lutter contre les nuisances du monde moderne :

- la victime du bruit peut mettre son casque, la victime de la pollution de l'air met son masque, le producteur d'eau potable dénitrifie une eau trop chargée en nitrates ;
- éloignement des auteurs et les victimes de nuisances (périmètres de protection autour des aéroports, autour des puits d'eau potable...) ;
- faire l'épuration des polluants (les eaux usées, le gaz des cheminées, les déchets dangereux...), mais le mieux à faire c'est de lutter contre le mal à la source, produire propre (soit en fabriquant des produits propres, soit en inventant des productions propres.

2. Risques sanitaires de l'insalubrité

Cet impact s'exprime en termes de certaines maladies afférentes à l'insalubrité, notamment :

2.1. Le paludisme

Appelé autrement malaria, le paludisme est une maladie trouvée dans les pays chauds et humides. Ce qui signifie que le tiers de la population mondiale est exposé à celle-ci. De cette population, 25.000.000 d'hommes attrapent la malaria.

La transmission s'opère par la piqure de l'anophèle femelle infecté ou par l'inoculation lors de transfusions (sang de donneur infesté) et de piqure (matériel ayant précédemment servi à des malades infestés ou par la transmission congénitale.

Cependant par rapport au vecteur transmetteur (anophèle femelle), il existe plus de trois cent espèces d'anophèles, soixante environ sont vectorielles de plasmodium humain. En Afrique, les deux principaux complexes d'espèces vecteurs sont : *A. funestus* et *A. gambiae*.

Condition nécessaire pour la pullulation des anophèles : présence de l'eau.
Condition nécessaire à la transmission du paludisme : température minimale continue suffisante pour le déroulement de la sporogonie (3 semaines inférieur à 16 °C pour le *Plasmodium vivax* ; 3 semaines supérieur à 21 °C pour le *Plasmodium falciparum*) (Bukasa N'kashama, 2009).

Il existe différentes manières pour empêcher le développement des moustiques, de se protéger contre leur pique ou de les tuer. Pour empêcher le développement des moustiques, nous devons :

- Supprimer tous les récipients susceptibles de contenir un peu d'eau, ce qui permettrait aux moustiques d'y pondre des œufs ;
- Boucher les trous où des flaques d'eau peuvent se former ;
- Enterrer les vieilles boîtes de conserve et les vieux pneus ;
- Couvrir d'un couvercle le récipient ou les fûts remplis d'eau ;
- Verser du mazout sur les marres pour empêcher les larves de moustique de respirer ;
- Drainer les marais pour les assécher.

Pour se protéger contre les piqures de moustiques il faut :

- Couper les herbes autour de la parcelle où les moustiques viennent se reposer la journée ;
- Placer la toile moustiquaire aux fenêtres ;
- Dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide.

Pour le tuer, il faut chaque soir avant de dormir, utiliser une bombe insecticide pour vaporiser la solution insecticide dans la chambre à coucher. La bonne solution c'est celle que l'on applique pendant les campagnes de lutte contre le paludisme et qui consiste à la projection sur les murs de la maison d'un insecticide à effet prolongé comme le DDT.

Dans nos jours, le paludisme sévit sur beaucoup de territoires et dans une population qui a environ 800.000.000 d'habitants, 20.000.000 meurent chaque année du paludisme. En dehors de décès qu'il provoque, l'importance du paludisme pour la santé publique se manifeste à partir de ses effets sur la population, d'ordre social, économique et le bien être en général se caractérisant par :

- Un moindre accroissement : par l'augmentation des avortements et des mort-nés ;
- Une diminution de la capacité de travail ;
- Une moindre vitalité, ce qui apporte une diminution d'exploitation des richesses du pays. (Kiabu, 2005)

2.2. Les verminoses

C'est un terme utilisé pour désigner tous les vers parasites de l'homme. Ces parasites n'appartiennent pas à un groupe zoologique bien déterminé, ils font partie de beaucoup d'embranchements du règne animal.

Donner une définition globale aux verminoses est parfois difficile, par conséquent on peut les définir par rapport à leurs caractères négatifs comme l'absence de segmentation, des cavités générales vraies, d'organe respiratoire des vaisseaux sanguins et des pattes. (Vandette, 2001)

Notons cependant que nous avons deux groupes de vers :

Les plathelminthes qui sont des vers plats qui appartiennent à deux classes : Les trématodes (vers plats à sexes séparés, par exemple le schistosome qui provoque la bilharziose) et les cestodes (verts plats, mais hermaphrodites, c'est-à-dire qui ont deux sexes).

Les nématodes qui sont des vers ronds, par exemple les ascaris lumbricoïdes. L'ascaridiose c'est une maladie qui est causée par l'*Ascaris*

lumbricoïde qui est le vers humain le plus répandu. Il est cosmopolite mais plus fréquent chez les enfants apparemment en relation avec l'hygiène fécale et alimentaire déficiente.

Les œufs d'ascaris provenant d'une personne malade suite à l'exposition aux matières fécales en plein air sur le sol, peuvent contaminer l'eau, les aliments, les mains, etc.

Il convient de signaler qu'une bonne hygiène alimentaire et corporelle garantit la meilleure santé de la population.

Ainsi, l'hygiène, la prophylaxie et l'assainissement ne sont efficaces que s'ils sont accompagnés d'une éducation sanitaire.

Avant de les consommer, les légumes et la viande doivent être bien lavés et préparés. La pratique de lavage des mains à l'eau et au savon après avoir été aux toilettes est d'une importance capitale. L'eau doit être bouillie avant de la consommer. L'usage des latrines est indispensable parce que les œufs d'*Ascaris lumbricoïde* peuvent se retrouver dans les selles, dans l'eau, dans les légumes souillés et ainsi dans les mal conservées. Il n'est donc pas bon de manger les légumes crus, ni de boire de l'eau non bouillie ; de se servir de l'eau infectée pour laver les légumes et les fruits (Mujinga, 2002).

2.3. La fièvre typhoïde

C'est une maladie humaine causée par le *Salmonella typhi* ou bacille d'Eberth et dont la voie d'infection est digestive.

La fièvre typhoïde se perpétue par la transmission interhumaine de maladies ou plus souvent des porteurs aux hommes sains. La transmission s'opère soit par voie directe, soit par voie indirecte.

La voie directe se fait directement par l'intermédiaire qui peuvent être les mouches qui transportent les bacilles typhiques de selles aux aliments ou aux liquides. Les selles des malades ou des porteurs contaminent l'eau, le lait, les légumes ou les fruits et l'homme s'infecte par la consommation de ces aliments.

Cette maladie a un caractère endémique dans des nombreuses régions du monde. Et trois facteurs favorisent cette endémie à savoir :

- L'agglomération des personnes ;

- Les conditions sanitaires précaires (manque d'eau potable, manque d'installations sanitaires) ;
- L'absence de vaccination ou de vaccin.

Les mesures de lutte comprennent les soins préventifs et promotionnels. De toutes les activités sanitaires, ces soins sont les plus importants car nous disons la prévention vaut mieux que la guérison, ces activités constituent un outil de protection de l'individu et de la communauté.

La communauté est tenue à intervenir dans le maintien de l'hygiène du milieu où elle vit ainsi que dans le respect des principes et des mesures préventives et promotionnelles données par l'agent de santé. Ces mesures sont les suivantes (Bourinet, 2001 ; Kabila Ilunga, 2004) :

- La nécessité d'avoir dans chaque ménage des installations sanitaires bien entretenues et dont l'usage est recommandé à tout le monde s'avère indispensable ;
- L'hygiène de l'habitat : les maisons et les parcelles doivent avoir une propreté rigoureuse ;
- L'hygiène de la cuisine : elle doit être maintenue et il faut se laver les mains avant de préparer ; cuire suffisamment les aliments et bien les conserver ;
- Lutter contre les insectes susceptibles de transmettre la maladie ;
- Les aliments doivent être bien lavés avant leur cuisson et surtout ceux qui se consomment crus ;
- Le lavage des mains au retour des toilettes est très important.

2.4. Prévention de l'insalubrité

La lutte contre l'insalubrité est une mission traditionnelle de la puissance publique au titre des politiques d'hygiène publique et dont l'objet est d'assurer la protection de la santé des personnes. A ce titre, sa mise en œuvre doit relever de l'action des pouvoirs publics et elle constitue l'exercice d'une mission de service public.

La gestion des risques environnementaux pour protéger la santé humaine est une responsabilité partagée entre les individus, les collectivités, les entreprises et tous les paliers de gouvernement. Ces derniers établissent par exemple des normes ou des critères de qualité des milieux de vie (air, eau, aliments, milieu de travail, etc.).

Par ailleurs, la prévention contre les déchets solides et liquides vise à lancer une campagne de communication vers le grand public. Il faut aussi envisager la politique de la gestion des déchets solides et des déchets liquides. La production des déchets résiduels des ménages doit être accompagnée de la bonne gestion. Les industriels doivent s'impliquer dans la gestion des déchets en aval de la vente de leurs produits et à leurs emballages (BanzaLubaba, 2007).

Un autre moyen de protéger l'habitation est d'éviter toute cause d'humidité ou d'eaux stagnante, ne pas stoker du bois contre l'habitation, ne pas planter trop d'arbres trop près de l'habitation, ne pas mettre de bois (planche, palette, piquet, traverse, bois de chauffe...) ou des pots de fleurs en contact direct avec la terre et aussi déraciner les souches, les arbres morts et couper les branches mortes.

Par rapport à l'insalubrité de l'eau, le traitement consiste à éliminer les particules en suspension dans l'eau par une décantation et une filtration et à désinfecter l'eau soit par chlore ou l'ozone, soit par la méthode plus récente et plus efficace (mais plus couteuse), par microfiltration. Concernant le bruit, il faut trouver le moyen de mesurer le décibel et de le réglementer (Tomlinson, 2005)

En ce qui concerne l'implantation des constructions par rapport aux voies et emprises publiques, les constructions doivent s'implanter (Aruag, 2010) :

- A 35 mètres minimum de l'axe des routes départementales ;
- A 5 mètres minimum de la limite d'emprise des autres voies publiques ou privées.

Au sujet du Choléra, nous pouvons retenir que l'on peut éviter de l'attraper en respectant les mesures d'hygiène suivantes :

- Se laver les mains correctement avec de l'eau propre et du savon ou de la cendre aux 5 moments critiques avant de manger, d'allaiter un bébé, de préparer les aliments, après avoir été aux toilettes et avoir changé les couches d'un bébé.
- Boire de l'eau propre, son ébullition détruit les germes du choléra
- Manger les aliments propres ;
- Maintenir propres les latrines (WC) ;
- Eliminer les excréta (selles) et vomissures ;
- Eviter tout contact avec le cadavre de la personne morte de choléra ;

- Ne pas porter les mains à la bouche après avoir touché le corps ;
- Désinfecter les vêtements et la literie du mort en les faisant bouillir pendant 5 minutes et en les faisant bien sécher au soleil.
- Recourir aux personnes appropriées pour l'enterrement en prenant toutes les précautions en matière d'hygiène.

A propos des infections respiratoires aigües (IRA) et chroniques, la prévention consiste à :

- Sensibiliser les mamans sur la vaccination de tous les enfants de manière systématique contre la coqueluche (DTC-Hep B) ; la rougeole (VAR) ;
- Faire l'ajout des aliments contenant la vitamine A, C, riche en fer et riche en protéine ;
- Ouvrir toutes les fenêtres et portes lorsqu'on prépare afin de dégager la fumée ;
- Ne pas fumer dans les maisons ou locaux où restent les gens ;
- Se protéger contre le froid et la poussière ;
- Ne pas verser dans l'air la morve et salive infectées ;
- Se laver les mains avec du savon ou cendre et de l'eau propre après avoir porté un enfant malade.

3. Méthodologie

3.1. Population et échantillon

La population cible de notre étude été constituée de l'ensemble des ménages de la Commune de Luiza. Au sein des quartiers de la commune, les catégories de personnes qui nous avaient intéressé étaient les chefs de ménage (Hommes ou Femmes) ou encore tout autre membre du ménage âgé de 18 ans et plus, scolarisé ou non, ayant séjourné plus de six mois dans le quartier et ayant bien sûr accepté à répondre à notre questionnaire.

Nous avons numéroté les parcelles des quartiers de la commune et nous prenions une parcelle sur dix pour arriver à 423 ménages. Dans chacun des ménages retenus, nous interrogeons une seule personne. Ce qui fait que l'échantillon est de 423 sujets.

3.2. Méthode de collecte des données

La méthode d'enquête a été appliquée. Elle était appuyée par un questionnaire élaboré en français et qui avait servi d'outil de collecte des données. Il comprend les thèmes suivants : les connaissances, les attitudes et les pratiques des ménages en rapport avec l'habitat insalubre.

4. Résultats de l'enquête

Tableau n°1. Perception de la maladie

Perception de la maladie	fréquence	Pourcentage
Mauvaise condition d'hygiène	178	42,1
Sorcellerie	31	7,3
Pauvreté	76	17,9
Mauvaise politiques	41	9,7
Absence des soins	69	16,3
Autres	28	6,7
Total	423	100

Comme ce tableau le retrace : 42,1 % accusaient les mauvaises conditions d'hygiène comme facteur favorisant la survenue des maladies ; 17,9 % mettaient en évidence la pauvreté ; 16,3 % optaient pour l'absence des soins ; 9,7 % attribuaient cela à la mauvaise politique des autorités politico-administratives et 7,3 % déclaraient que cela est lié à la sorcellerie.

Tableau n°2. Avis des sujets sur les maladies pouvant être causées par l'insalubrité

Maladies	fréquence	Pourcentage
Malaria	122	28,8
Fièvre typhoïde	103	24,3
Maladies respiratoires	54	12,8
Accidents domestiques	36	8,5
Vermínoses	47	11,2
Autres	61	14,4
Total	423	100

Ce tableau nous amène à noter que 28,8 % de répondants pensent à la malaria comme conséquence de l'insalubrité ; 24,3 % à la fièvre typhoïde ; 12,8%aux maladies respiratoires ; 11,2 % aux verminoses et 8,5 % aux accidents domestiques.

Tableau n°3. Présence des installations sanitaires dans la parcelle.

Réactions des sujets	fréquence	%
Oui	407	96,2
Non	16	3,8
Total	423	100

Tableau n°4. Techniques utilisées pour traiter l'eau de puits

Attitudes	fréquence	%
Bouillir avant de la consommer	73	17,3
Consommer telle qu'elle se présente	103	24,3
Traiter avec certains produits	79	18,7
S'approvisionner ailleurs et consommer	123	29,1
Autres	45	10,6
Total	423	100

Les résultats de ce tableau révèlent que 29,1 % de la population s'approvisionne ailleurs lorsque la qualité de l'eau devient défectueuse ; 24,3 % ne trouvent aucun risque et consomment de l'eau telle qu'elle se présente ; 18,7 % trouvent qu'il est bien de la traiter simplement avec les produits avant de la consommer ; 17,3 % bouillissent de l'eau avant de la consommer.

Tableau n°5. Distribution selon la stagnation des eaux sales

Attitudes	fréquence	%
Débarrasser vers la rue	99	23,4
Evacuer vers les canalisations appropriées	53	12,5
Ne rien faire	113	26,7
Jeter dans les caniveaux	158	37,4
Total	423	100

37,4 % des enquêtés jettent ses eaux dans les canalisations inhabituelles; 26,7 % trouvent qu'ils ne peuvent rien faire ; 23, 4 % préfèrent les

débarrasser dans la rue ; 12,5 % évacuent ces eaux dans les canalisations bien définies.

Tableau n°6. Distribution selon les moyens d'évacuation des ordures ménagères

Moyen d'évacuation	fréquence	Pourcentage
Compost/Fumier	7	1,7
Enfouissement	99	23,4
Incinération	126	29,8
Transporteurs ambulants	145	34,2
Autres	46	10,9
Total	423	100

34,2% de population faisaient recours aux transporteurs ambulants pour évacuer les ordures ménagères, 29,8 % pratiquaient l'incinération; 23,4 % font recours à l'enfouissement ; 10,9 % pratiquaient d'autres moyens et près de 2 % pratiquaient le compost/fumier envie de les éliminer.

Conclusion

En conclusion de tout ce qui vient d'être développé, nous estimons que les habitants de la commune de Luiza sont exposés aux risques sanitaires des différents types : risques d'infections, risques physiques et chimiques attribuables à l'insalubrité de l'habitat. Mais selon les normes, chaque habitat doit satisfaire à des conditions minimales en matière d'hygiène, de sécurité et de confort. Il devra cependant garantir le bien-être physique, psychologique et social des occupants.

Ainsi, nous suggérons :

Aux autorités politico-administratives

- de mettre en place une politique ayant pour but de créer un programme visant le développement des investissements sociaux en commençant en première intention par le secteur de l'habitat, afin de promouvoir la santé et d'assurer l'épanouissement de la population rurale;
- de doter à la population le service d'entretien et de l'équiper en matériels nécessaires, d'organiser les sites de collection des déchets avec les incinérateurs et des camions de transport des déchets et de veiller à ce que l'évacuation des déchets soit régulière ; motiver le

personnel d'entretien ; instaurer ainsi des lois et sanctionner toute personne qui irait à l'encontre de la loi.

Aux habitants de la commune

- D'observer les règlements établis par les autorités politiques et sanitaires en matière d'insalubrité;
- D'assainir suffisamment la commune rurale de Luiza;
- D'éliminer les insectes et les animaux nuisibles par le maintien de la propreté au sein du logement et son alentour;
- D'organiser les journées dites de « salongo » dans cette commune.

Au personnel de santé :

- De multiplier les séances de sensibilisation dans la communauté tout en mettant accent sur les risques sanitaires liés à l'insalubrité et donc à assurer l'éducation sanitaire et promouvoir la communication pour le changement de comportement.

Bibliographie

Banza LubabaNkulu C. (2014). Environnement et santé publique. Unité de toxicologie et Environnement, ESP-UNILU-RDC.

Banza LubabaNkulu C. (2007). Hygiène et assainissement du milieu. Notes de cours, DEA en santé publique UNILU-RDC.

Banza LubabaNkulu C. (2014). *Hygiène et assainissement du milieu biocontaminant*. Unité de toxicologie et environnement, Notes de cours ESP-UNILU-RDC.

Bukasa N'kashama A. (2009). Analyse des mesures préventives de l'anémie palustre chez les enfants de 0-5 ans dans une zone de convergence. Cas de l'usage de moustiquaire imprégnée dans la zone de santé Kipushi. Mémoire du DEA en santé publique, ESP-Faculté de médecine, UNILU-RDC.

Burinet, (2001). *Promotion de la santé et environnement humain*. Paris : Centre régional d'éditeurs techniques.

Cissé, G. (1997). Impact sanitaire de l'utilisation d'eaux polluées en agriculture urbaine : Cas du maraîchage à Ouagadougou (Burkina Faso). Ecole polytechnique Fédérale de Lousanne, Switzziland, Lausanne.

Ibrahima Sy et al, (2011). *Vulnérabilité sanitaire et environnementale dans les quartiers défavorisés de Nouakchote (Mauritanie) : analyse des conditions d'émergence et de développement de maladies en milieu urbain sahelien*, vertigo-la revue électronique en sciences de l'environnement [en ligne], <http://vertigo.revues.org/11174>; mis en ligne le 18 septembre 2011, DOI :

10.4000/vertigo.11174, volume 11 Numéro 2/Septembre 2011. (Page consultée le 07 mars 2014)

Vernier, J. (2001). *L'environnement*. Paris : Presses Universitaires de France.

Kabyala Ilunga (2004). Hygiène et Assainissement. Notes de cours de G3 SBM, Faculté de médecine UNILU-RDC.

Kiabu Ngoie H., (2005). L'insalubrité sur les cités universitaires, un danger pour la santé des étudiants. Mémoire de Licence ESP-UNILU-RDC.

Kjellström T. et al (2003). *Environnement et santé publique, Fondement et pratique*. Québec : Ed. TEC et Doc.

Mouchet, J., (1991). Les maladies liées à l'eau dans la région Afrotropicale. *Colloque pluridisciplinaire Géographie-Médecine sur l'eau et la santé en Afrique tropicale*. Limoges octobre. PULIM.

Mujinga Yav F. (2002). L'assainissement du milieu et réduction d'ascaridiose. Cas de la commune Kenya, TFC ISTM/Lubumbashi en RDC.

Obrist, B. (2006). Risque et vulnérabilité dans la recherche en santé publique. *Revue en sciences de l'environnement*, hors-séries3.

OMS (2002). *Introduction à l'épidémiologie de base et aux principes statistiques pour la lutte contre les maladies tropicales Guide du Stagiaire*. Genève.

Santé Canada (1997). *L'environnement et la santé, partenaires pour la vie*. Ottawa.

Sy, Z.A. et Wade, S. (2007). Assainissement, salubrité et santé infanto-juvénile en milieu urbain : Analyse de l'impact de l'assainissement sur le développement de la pathologie urbaine. *Colloque santé et environnement : risques et enjeux*. Université Senghor, Alexandrie, Egypte 17-18 Février.

Tessier S. (1991). Les maladies de l'enfant liées à l'eau en milieu urbain. *Colloque pluridisciplinaire Géographie-Médecine sur l'eau et la santé en Afrique tropicale*. Limoges, Octobre, PULIM.

Tomlinson Mary (2005). *From principle to Practice: Implementors'views on the New Housing Subsidy Scheme*, Johannesburg, centre of police Studies, (Research Report n°44, social police Series).

Vandette J. (2001). *Risques et impact sur la santé en milieu tropical. Helminthologie médicale* n° 61.

Wemboniyama S., Mpakas, Tshilolo L., (2007), *Médecine et santé en RDC : de l'indépendance à la 3^e République*.

Wyss, K., N.D. Yemadji et M. Tanner, (2001). Gestion par leurs occupants d'environnements urbains défavorisés au Sahel. *Centre Suisse de Recherches Scientifiques* (CSRS) n°10 Abidjan.

Yao Hervé Kingbêwé (2012). *Insalubrité dans la ville de Cotonou*, le quartier Zongo souffre le martyr.