



ANALYSE DE L'EFFICACITÉ DES STRATÉGIES COMMUNAUTAIRES DE LUTTE¹ CONTRE LE PALUDISME COMME LEVIER DE PERFORMANCE DES SERVICES DE SANTÉ: CAS DE LA ZONE DE SANTÉ RURALE DE KONGOLO, RDC (2021-2025)

Boniface NTAMBUE MBELE ONA

CT. Institut supérieur pédagogique de Kongolo (ISP/Kongolo)

ntambueonaboniface@gmail.com

&

Bonne-Année AMURI ARUNA

Institut supérieur des Techniques Médicales de Kongolo (ISTM/Kongolo)

Résumé: Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique en République démocratique du Congo, particulièrement dans les zones rurales où les difficultés d'accès, les contraintes socioéconomiques et certains comportements peuvent réduire l'efficacité des interventions. Dans la Zone de santé rurale de Kongolo, l'importance persistante de la maladie justifie l'analyse de la contribution des stratégies communautaires à la prévention, au recours précoce aux soins et à la performance des services de santé. Le présent texte vise à analyser l'efficacité des stratégies communautaires de lutte contre le paludisme et leur contribution à la performance des services de santé dans la Zone de santé rurale de Kongolo entre 2021 et 2025. Pour ce faire, une étude transversale, descriptive et analytique, non expérimentale, à approche mixte à dominante quantitative, a été menée auprès de 502 participants. Les données ont été recueillies par questionnaire, revue documentaire et entretiens semi-directifs. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide des fréquences, pourcentages et tests du khi-deux au seuil de 5 %. Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Mots-clés : paludisme, stratégies communautaires, relais communautaires, moustiquaires imprégnées, participation communautaire

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF COMMUNITY-BASED MALARIA CONTROL STRATEGIES AS A DRIVER OF HEALTH SERVICE PERFORMANCE: THE CASE OF THE KONGOLO RURAL HEALTH ZONE, DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO (2021–2025)

Abstract: Malaria remains a major public health issue in the Democratic Republic of the Congo, particularly in rural areas where access challenges, socioeconomic constraints, and certain behaviors can reduce the effectiveness of interventions. In the Kongolo rural health zone, the persistent burden of the disease warrants an analysis of the contribution of community-based strategies to prevention, early care-seeking, and health service performance. This study aims to analyze the effectiveness of community-based malaria control strategies and their contribution to health service performance in the Kongolo rural health zone between 2021 and 2025. To this end, a non-experimental, cross-sectional, descriptive, and analytical study using a mixed-methods approach predominantly quantitative was conducted with 502 participants. Data were collected via questionnaires, document reviews, and semi-structured

¹ Article scientifique tiré du mémoire de Master 2 en management de santé communautaire Université Jacques Bossuet de Kinshasa – École supérieure Sorbonne / France 2026

interviews. Quantitative data were analyzed using frequencies, percentages, and chi-square tests (at a 5% significance level), while qualitative data underwent thematic analysis.

Keywords: malaria, community-based strategies, community health workers, insecticide-treated mosquito nets; community participation,

Introduction

Le paludisme demeure l'une des principales maladies infectieuses auxquelles sont confrontées les populations de la République démocratique du Congo. Dans les zones rurales, la charge de la maladie est aggravée par les difficultés d'accès aux structures sanitaires, les contraintes économiques, les distances géographiques, les ruptures d'intrants et la persistance de certaines croyances ou pratiques. La lutte contre le paludisme ne peut dès lors reposer uniquement sur l'offre institutionnelle de soins ; elle suppose également l'implication des ménages, des relais communautaires, des leaders locaux et des autres acteurs de proximité. Dans la Zone de santé rurale de Kongolo, les stratégies communautaires comprennent notamment la sensibilisation, les visites à domicile, la mobilisation sociale, l'orientation des malades, la distribution et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide ainsi que les activités d'assainissement. Ces stratégies sont conçues comme un complément aux interventions des services de santé et leur efficacité dépend de la qualité de leur mise en œuvre, de l'engagement communautaire et de la disponibilité des ressources. Les données documentaires de la période 2021–2025 indiquent 21 477 cas en 2021, 50 508 en 2022, 51 590 en 2023, 47 899 en 2024 et 34 498 en 2025. Cette évolution montre une forte augmentation jusqu'en 2023, suivie d'une diminution en 2024 et 2025. Elle constitue un signal épidémiologique intéressant, mais ne permet pas à elle seule d'attribuer cette évolution aux seules stratégies communautaires.

La question centrale est donc la suivante: dans quelle mesure les stratégies communautaires de lutte contre le paludisme contribuent-elles à améliorer la prévention, le recours précoce aux services de santé et, plus largement, la performance des services de santé dans la Zone de santé rurale de Kongolo ? L'objectif général est d'analyser l'efficacité des stratégies communautaires de lutte contre le paludisme comme levier de performance des services de santé à Kongolo sur la période 2021–2025. Les objectifs spécifiques consistent à examiner : (i) l'influence de la sensibilisation sur les connaissances et comportements préventifs ; (ii) l'implication des relais dans la détection et l'orientation des cas ; (iii) la contribution de la distribution des moustiquaires à la réduction de la fréquence du paludisme ; (iv) la participation des leaders à l'adhésion de la population ; et (v) les contraintes organisationnelles, économiques et socioculturelles limitant l'efficacité des interventions.

1. Cadre conceptuel et revue synthétique de la littérature

L'étude s'inscrit dans une conception de la performance qui relie les stratégies communautaires à des résultats intermédiaires puis à des résultats sanitaires. Les stratégies communautaires constituent les variables d'action : sensibilisation, relais communautaires, distribution des moustiquaires, mobilisation des leaders et visites à domicile. Elles agissent sur des mécanismes intermédiaires tels que les connaissances, l'adoption des comportements préventifs, l'utilisation des moustiquaires, le recours précoce aux soins et l'adhésion aux interventions. Le modèle des croyances relatives à la santé

permet d'expliquer comment la perception du risque, de la gravité, des bénéfices et des barrières influence l'adoption des mesures préventives. La théorie du changement permet de comprendre la chaîne entre ressources, activités, produits, changements comportementaux et résultats sanitaires. Enfin, l'approche de la performance des services de santé replace les interventions communautaires dans l'organisation globale du système de santé. La complémentarité de ces approches conduit au schéma : stratégies communautaires → connaissances et mobilisation → comportements préventifs et recours précoce → utilisation appropriée des services → amélioration des résultats de santé. Les travaux antérieurs mobilisés dans le mémoire convergent sur l'importance de la participation communautaire. Les travaux de Winch et collaborateurs en Tanzanie mettent en avant la participation dans la prévention du paludisme. Mukanga et collaborateurs soulignent le rôle de la gestion communautaire des cas dans le diagnostic précoce et l'accès rapide au traitement. Nsagha et collaborateurs ont étudié l'utilisation des moustiquaires imprégnées dans les communautés rurales camerounaises. Ajija et collaborateurs ont mis en évidence l'importance de la participation communautaire et des connaissances sanitaires au Nigeria.

Dans le contexte de la RDC, les travaux cités de Ngongo, Kabamba, Mumbai et Thibangu mettent l'accent sur le rôle des relais, la mobilisation sociale, la fréquentation des services et la coordination entre structures sanitaires et acteurs communautaires. La présente étude apporte une contextualisation à Kongolo en mettant en relation plusieurs composantes des stratégies communautaires avec des indicateurs de prévention, de recours aux soins et de performance.

2. Méthodologie

Il s'agit d'une étude non expérimentale, descriptive et analytique, transversale, à approche mixte à dominante quantitative. L'approche mixte permet d'associer les données mesurables recueillies auprès des participants aux informations qualitatives issues des responsables sanitaires, infirmiers titulaires, autorités locales et leaders communautaires. La population d'étude comprend les ménages, relais communautaires, infirmiers titulaires, responsables sanitaires, autorités locales et leaders communautaires. L'échantillon total retenu est de 502 participants. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire, d'une fiche de collecte documentaire et d'un guide d'entretien semi-directif. Les instruments ont fait l'objet d'une validation de contenu et d'un prétest. Les questionnaires ont été vérifiés, codifiés et contrôlés avant analyse. Les données quantitatives ont été saisies sous Excel puis traitées avec IBM SPSS Statistics. L'analyse descriptive a utilisé les effectifs et pourcentages. L'analyse bivariable a porté sur les associations entre les variables indépendantes, sensibilisation, relais, moustiquaires, leaders et contraintes, et les variables dépendantes, connaissances, comportements préventifs, recours aux soins, fréquence du paludisme et indicateurs de performance. Le test du khi-deux a été retenu au seuil de signification de 5 %. Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique. La décision statistique est fondée sur la comparaison de la p-value au seuil $\alpha=0,05$. Lorsque $p<0,05$, l'hypothèse nulle d'absence d'association est rejetée au profit de l'hypothèse de recherche. Les résultats sont interprétés comme des associations statistiques et non comme des preuves de causalité, compte tenu du caractère transversal du devis.

3. Résultats

4.1. Caractéristiques sociodémographiques

Variable	Modalité	Effectif (n)	%
Âge	15–25 ans	156	31,1
Âge	25–34 ans	185	36,9
Âge	35–44 ans	85	16,9
Âge	45 ans et plus	76	15,1
Sexe	Masculin	177	35,3
Sexe	Féminin	325	64,7
Instruction	Primaire	210	41,8
Instruction	Secondaire	132	26,3
Instruction	Supérieur	41	8,2
Instruction	Aucun	119	23,7

L'échantillon comprend 502 participants. Les femmes représentent 64,7 % des répondants et la tranche d'âge 25–34 ans constitue le groupe le plus représenté (36,9 %). Les résultats corrigés des pourcentages sont calculés sur la base du dénominateur constant de 502 participants.

3.2. Connaissances et sources d'information

Indicateur	Réponse/source	N	%
Connaissance de la transmission par moustique	Oui	402	80,1
Connaissance de la transmission par moustique	Non	100	19,9
Source d'information	Relais communautaire	185	36,9
Source d'information	Infirmiers	106	21,1
Source d'information	Radio	77	15,3
Source d'information	Journaux	50	10,0
Source d'information	École	46	9,2
Source d'information	Caritas développement	38	7,6

Les relais communautaires constituent la première source d'information déclarée (36,9 %). La connaissance de la transmission par le moustique est élevée (80,1 %), mais 19,9 % des répondants ne l'identifient pas correctement.

3.3. Participation communautaire et recours aux soins

Indicateur	Réponse/délai	N	%
Participation aux sensibilisations	Oui	358	71,3
Participation aux sensibilisations	Non	131	26,1
Participation aux sensibilisations	Sans réponse	13	2,6
Consultation des structures	Oui	282	56,2
Consultation des structures	Non	82	16,3
Consultation des structures	Pas du tout	138	27,5
Consultation après symptômes	Moins de 24 h	307	61,2
Consultation après symptômes	24–48 h	145	28,9
Consultation après symptômes	Plus de 48 h	50	9,9
Orientation vers structures	Oui	294	58,6

Orientation vers structures	Non	178	35,5
Orientation vers structures	Pas du tout	30	5,9

La participation aux activités de sensibilisation atteint 71,3 %. La consultation dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes est déclarée par 61,2 % des répondants et l'orientation vers les structures sanitaires par 58,6 %.

3.4. Moustiquaires et environnement

Indicateur	Réponse	N	%
Possession d'une MII	Oui	434	86,5
Possession d'une MII	Non	68	13,5
Utilisation régulière d'une MII	Oui	366	72,9
Utilisation régulière d'une MII	Non	136	27,1
Assainissement	Bien assainis	164	32,7
Assainissement	Plus ou moins assainis	248	49,4
Assainissement	Pas assainis	90	17,9

La possession des moustiquaires imprégnées est élevée (86,5 %), mais leur utilisation régulière est inférieure (72,9 %). Cet écart souligne que l'accès matériel à une intervention ne garantit pas son adoption effective. L'assainissement demeure également perfectible.

3.5. Perception de la fréquence du paludisme

Perception	n	%
Fréquent	326	64,9
Rare	115	22,9
Très rare	45	9,0
Ne sait pas	16	3,2

Près des deux tiers des enquêtés (64,9 %) estiment que le paludisme est fréquent dans leur ménage, ce qui traduit une perception persistante du risque palustre.

3.6. Évolution des cas de paludisme

Année	Cas enregistrés	% du cumul
2021	21 477	10,4
2022	50 508	24,5
2023	51 590	25,0
2024	47 899	23,3
2025	34 498	16,7
Total	205 972	100,0

Le nombre de cas augmente fortement entre 2021 et 2022 et atteint son maximum en 2023. Une diminution est ensuite observée en 2024 puis en 2025. Cette évolution est compatible avec une amélioration récente, mais elle ne permet pas d'établir une relation causale avec les seules stratégies communautaires.

3.7. Appréciation du travail des relais

Appréciation	n	%
Très satisfaisant	161	32,1
Satisfaisant	233	46,4
Peu satisfaisant	68	13,5
Insatisfaisant	24	4,8
Sans réponse	16	3,2
Total	502	100,0

L'appréciation du travail des relais est globalement positive : 78,5 % des répondants le jugent satisfaisant ou très satisfaisant.

3.8. Vérification des hypothèses

Hypothèse	Association étudiée	χ^2	Seuil/p-value rapporté	Décision
H1	Sensibilisation → connaissances/comportements préventifs	15,82	$p < 0,05$	Association significative
H2	Relais → détection/orientation et recours	18,74	$p < 0,05$	Association significative
H3	Moustiquaires → fréquence du paludisme	12,65	$p = 0,001$	Association significative
H4	Leaders communautaires → adhésion	16,67	$p < 0,05$	Association significative
H5	Contraintes → efficacité des stratégies	17,58	$p < 0,05$	Association significative

Au seuil de 5 %, les cinq hypothèses de recherche sont retenues, car les tests rapportés indiquent des associations statistiquement significatives entre les variables étudiées. Les valeurs de χ^2 de H4 et H5, retrouvées dans le brouillon statistique de l'étude, sont respectivement de 16,67 et 17,58. Elles sont intégrées ici de manière cohérente avec les hypothèses correspondantes.

4. Discussion

4.1. Sensibilisation communautaire et comportements préventifs

La participation de 71,3 % des enquêtés aux activités de sensibilisation et la place des relais comme première source d'information montrent l'importance de la communication de proximité. Le test associé à H1 ($\chi^2=15,82$; $p<0,05$) indique une association statistiquement significative entre la sensibilisation et les comportements préventifs selon les variables retenues. La sensibilisation peut ainsi constituer un mécanisme intermédiaire entre l'information et l'adoption des pratiques de prévention. Cette observation est cohérente avec les travaux cités dans le mémoire, notamment ceux de Winch et collaborateurs, Ajija et collaborateurs et Mukanga et collaborateurs. Toutefois, l'écart entre possession et utilisation régulière des moustiquaires montre que l'amélioration des connaissances ne suffit pas. Les barrières perçues, l'inconfort, certaines croyances, la perception du risque et les habitudes saisonnières peuvent empêcher la transformation de l'information en comportement durable.

4.2. Relais communautaires, détection et orientation

Les relais représentent 36,9 % des sources d'information, tandis que 58,6 % des enquêtés déclarent orienter les malades vers les structures sanitaires et 61,2 % rapportent une consultation dans les 24 heures. Les résultats statistiques associés à H2 ($\chi^2=18,74$; $p<0,05$) et à la dimension de détection précoce montrent des associations significatives entre l'action communautaire et les comportements de recours aux soins. Le rôle des relais est particulièrement pertinent dans une zone rurale où les distances et les difficultés d'accès peuvent retarder la prise en charge. Leur proximité avec les ménages facilite la diffusion des messages, l'identification des cas suspects et l'orientation. Cependant, leur performance dépend de la supervision, de la formation, de la disponibilité des outils et de l'intégration au système de santé.

4.3. Moustiquaires imprégnées et fréquence du paludisme

La possession d'une moustiquaire imprégnée atteint 86,5 %, alors que son utilisation régulière est de 72,9 %. Le principal enjeu n'est donc pas uniquement la couverture matérielle, mais aussi l'utilisation correcte et régulière. Le test associé à H3 ($\chi^2=12,65$; $p=0,001$) indique une association statistiquement significative entre les variables retenues pour cette hypothèse. La diminution des cas après le pic de 2023 est intéressante, mais il convient de parler de concordance temporelle plutôt que d'effet causal. D'autres déterminants peuvent intervenir : offre de diagnostic et de traitement, environnement, pluviométrie, mobilité de la population, qualité des données et couverture d'autres interventions.

4.4. Participation des leaders communautaires

Le test associé à H4 donne $\chi^2=16,67$ avec une significativité au seuil de 5 %. Ce résultat indique une association statistiquement significative entre l'implication des leaders communautaires et l'adhésion de la population aux interventions de lutte contre le paludisme. Les chefs coutumiers, responsables religieux et autres leaders peuvent faciliter la mobilisation, l'acceptabilité des campagnes et la réduction de certaines résistances. La légitimité sociale des leaders peut renforcer l'appropriation locale des programmes. L'enjeu est donc de faire du leadership communautaire un partenaire permanent et non un acteur sollicité uniquement pendant les campagnes.

4.5. Contraintes organisationnelles, économiques et socioculturelles

Le test associé à H5 donne $\chi^2=17,58$ avec une significativité au seuil de 5 %. Cette association indique que les contraintes étudiées sont liées à l'efficacité des stratégies communautaires dans la population enquêtée. Les contraintes identifiées concernent notamment les ruptures d'intrants, les difficultés d'approvisionnement en TDR et médicaments, l'insuffisance de supervision, les difficultés logistiques, la pauvreté des ménages, les coûts indirects d'accès aux soins, la motivation des relais et certaines croyances ou perceptions du paludisme. La performance doit ainsi être pensée comme une chaîne : mobilisation → détection/orientation → disponibilité des services → prise en charge → retour d'information. Une rupture à l'un de ces niveaux peut réduire l'effet de l'intervention. Sur le plan socioculturel, l'approche doit privilégier la communication pour le changement social et comportemental, en impliquant les leaders et en adaptant les messages aux réalités locales.

5. Implications pour la performance des services de santé

La performance des services de santé ne doit pas être réduite au seul nombre de cas de paludisme. Dans le cadre de cette étude, elle peut être appréciée à travers plusieurs dimensions : accessibilité, utilisation des services, rapidité du recours, disponibilité des intrants, continuité des activités communautaires, qualité de l'orientation et capacité de coordination entre communauté et structures. Les stratégies communautaires peuvent contribuer à cette performance en diminuant certains délais, en augmentant la demande appropriée de soins, en renforçant la prévention et en facilitant le lien entre ménages et prestataires. Elles ne peuvent toutefois compenser durablement les déficits structurels du système de santé. L'approche la plus pertinente est donc une intégration fonctionnelle de la communauté dans le système de santé. Le modèle conceptuel issu des résultats peut être résumé comme suit : stratégies communautaires → connaissances et mobilisation → comportements préventifs et recours précoce → utilisation appropriée des services → amélioration des résultats de santé. Cette chaîne est modulée par les ressources, l'organisation, les facteurs économiques, les conditions environnementales et les réalités socioculturelles.

8. Limites de l'étude

La première limite concerne le caractère transversal de l'enquête. Les données permettent d'identifier des associations entre variables, mais ne permettent pas d'établir avec certitude une relation de causalité. La deuxième limite réside dans le recours aux déclarations des enquêtés, susceptibles de comporter un biais de mémoire ou de désirabilité sociale. La troisième est liée aux difficultés logistiques d'accès à certaines aires de santé rurales. Enfin, l'étude étant centrée sur Kongolo, la généralisation à d'autres zones de santé doit être prudente. Certaines variables susceptibles d'influencer la fréquence du paludisme, notamment les conditions environnementales, la résistance vectorielle, la mobilité des populations et les variations climatiques, n'ont pas été approfondies. Ces limites invitent à interpréter les résultats avec prudence et à privilégier une lecture en termes d'association.

0. Recommandations

Au niveau de la Zone de santé : renforcer la supervision régulière des relais communautaires ; organiser des recyclages périodiques ; améliorer la disponibilité des TDR, antipaludiques et moustiquaires ; instituer un mécanisme régulier de rétro-information entre relais et structures ; intégrer les indicateurs communautaires dans le suivi de performance de la Zone de santé.

Au niveau communautaire : intensifier les visites à domicile ; développer des messages adaptés aux croyances et pratiques locales ; associer systématiquement les chefs coutumiers, responsables religieux et autres leaders ; renforcer la communication sur l'utilisation correcte et régulière des moustiquaires ; promouvoir l'assainissement des milieux et la réduction des gîtes larvaires.

Au programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) Intensifier les campagnes de sensibilisation communautaire, organiser régulièrement les formations des renforcements des relais communautaires, renforcer les supervisions des activités communautaire et développer les innovations adaptées aux réalités locales

Au niveau provincial et des partenaires : sécuriser la chaîne d'approvisionnement ; soutenir la motivation et la formation des relais ; améliorer l'accessibilité des villages

éloignés ; financer des activités communautaires régulières plutôt que limitées aux campagnes ; renforcer le système d'information sanitaire communautaire.

Pour la recherche : privilégier des études longitudinales, comparatives et, lorsque cela est possible, des évaluations quasi-expérimentales afin de mieux distinguer association et causalité et de mesurer plus précisément la contribution des stratégies communautaires à la performance sanitaire.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'analyser l'efficacité des stratégies communautaires de lutte contre le paludisme comme levier de performance des services de santé dans la Zone de santé rurale de Kongolo entre 2021 et 2025. Les résultats montrent que la sensibilisation, les relais communautaires, les moustiquaires imprégnées et la mobilisation des leaders constituent des composantes importantes du dispositif de lutte. Les cinq hypothèses étudiées présentent des associations statistiquement significatives au seuil de 5 % : H1 $\chi^2=15,82$; H2 $\chi^2=18,74$; H3 $\chi^2=12,65$; H4 $\chi^2=16,67$; H5 $\chi^2=17,58$. Ces résultats soutiennent l'importance de la participation communautaire dans la prévention, le recours précoce aux soins, l'adhésion aux interventions et l'efficacité des stratégies. La possession élevée des moustiquaires contraste toutefois avec une utilisation régulière plus faible, soulignant l'importance du changement comportemental et du suivi. De même, la diminution des cas enregistrés entre 2023 et 2025 constitue un signal favorable, mais ne peut être attribuée exclusivement aux stratégies communautaires. En définitive, à Kongolo, la communauté doit être considérée non comme une simple bénéficiaire des interventions, mais comme un partenaire du système de santé. Le renforcement durable de cette relation, associé à la disponibilité des ressources, à la supervision, à l'accessibilité et à la qualité de l'offre de soins, constitue un levier essentiel d'amélioration de la performance sanitaire.

Les recherches futures pourraient comparer plusieurs zones de santé rurales et urbaines afin d'identifier l'influence du contexte géographique et socioéconomique. Des études longitudinales permettraient de suivre les effets des stratégies dans le temps. Une analyse coût-efficacité permettrait de comparer les interventions selon les ressources mobilisées et les résultats obtenus. Enfin, des recherches spécifiques pourraient approfondir l'influence des facteurs socioculturels, économiques, environnementaux et comportementaux sur l'utilisation des interventions.

Références bibliographiques

- Ajija et al. (2016). Participation communautaire et lutte contre le paludisme au Nigeria.
Référence citée dans le mémoire.
- Bruce-Chwatt, L. J. (1985). *Essential Malariology*. Heinemann.
- Carrel, M., Kim, S., Mwandagaliwa, M. K., et al. (2021). Individual, household and neighborhood risk factors for malaria in the Democratic Republic of the Congo.
Référence citée dans le mémoire.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Malaria*.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling Techniques* (3rd ed.). Wiley.
- Creswell, J. W. (2018). *Research Design* (5th ed.). SAGE.
- Kabamba. (2019). Influence des activités communautaires sur la fréquentation des centres de santé au Katanga. Référence citée dans le mémoire.
- Mukanga et al. (2011). Gestion communautaire des cas de paludisme en Ouganda.
Référence citée dans le mémoire.

- Nsagha et al. (2014). Utilisation des moustiquaires imprégnées dans les communautés rurales au Cameroun. Référence citée dans le mémoire.
- Ngongo. (2017). Rôle des relais communautaires dans la lutte contre le paludisme en République démocratique du Congo. Référence citée dans le mémoire.
- Thibangu. (2021). Contribution de la participation communautaire à la réduction des cas de paludisme en RDC. Référence citée dans le mémoire.
- Winch et al. (2003). Participation communautaire et prévention du paludisme en Tanzanie. Référence citée dans le mémoire.
- Winch et al. (2002). Participation communautaire et prévention du paludisme en Tanzanie. Référence citée dans le mémoire.
- Bureau central de la Zone de santé de Kongolo. (2023). Rapport annuel.
- Ministère de la Santé publique de la République démocratique du Congo. (2023). Documents de référence sur l'organisation sanitaire et la participation communautaire.

