



## Hébergement des malades dans les centres de santé de référence de Kalo, un paradoxe pour les populations de cette commune rurale et de ses environs

<sup>1</sup>Matata Bwabuyi, <sup>1</sup>Mayindombe Tilimbuni, <sup>2</sup>Mitshondo Punga Colette, <sup>2</sup>Mbanha Mwach Sacré, <sup>2</sup>Kumulumbondji Ngwahongo Richard, <sup>3</sup>Ngangolo Kumambange, <sup>4</sup>Imfumunki Biko

<sup>1</sup>Institut Supérieur pédagogique de Kilom / RD Congo

<sup>2</sup>Institut Supérieur de Développement Rural de Mbeo. B.P. 8251 KIN 1 (RDC)

<sup>3</sup>Institut Supérieur d'Etudes Agronomiques de Mangai / RD Congo

<sup>4</sup>Institut Supérieur de Développement Rural de Kikwit / (RDC).

**Abstract :** Living in good health is a universal aspiration, and this concern is legitimate, even legal, for individuals and communities alike. Over time, health has proven to be a powerful lever for development.

However, patients attending the Referral Health Centers in Kalo face issues regarding their care, particularly concerning their accommodation.

To conduct this study, we employed a survey method that combined interview techniques, direct and indirect observation, as well as a questionnaire. Data were collected from the population of the rural commune of Kalo and its surroundings, involving a sample of 200 participants representing this community.

The analysis of the collected data revealed that the accommodation conditions for patients in the Referral Health Centers in Kalo contribute to the persistence of morbidity among the patients who attend these facilities.

**Keywords:** Accommodation, patients, Referral Health Centers.

**Résumé :** Vivre en bonne santé est une aspiration universelle, et cette préoccupation est légitime, voire légale, tant pour les individus que pour les communautés. Au fil du temps, la santé s'est révélée être un puissant levier de développement.

Cependant, les patients fréquentant les Centres de Santé de Référence de Kalo rencontrent des problèmes concernant leur prise en charge, notamment en ce qui concerne leur hébergement.

Pour mener à bien cette étude, nous avons utilisé une méthode d'enquête combinant des techniques d'interview, d'observation directe et indirecte, ainsi qu'un questionnaire. Les données ont été collectées auprès de la population de la commune rurale de Kalo et de ses environs, à travers un échantillon de 200 participants représentant cette communauté.

L'analyse des données récoltées a révélé que les conditions d'hébergement des malades dans les Centres de Santé de Référence de Kalo contribuent à la persistance de l'état de morbidité chez les patients qui y sont accueillis.

**Mots-clés :** Hébergement, malades, Centres de Santé de Référence.

**Digital Object Identifier (DOI):** <https://doi.org/10.5281/zenodo.13832381>

## 1. Introduction

L'expression latine « mens sana in corpore sano », qui se traduit par « un esprit sain dans un corps sain », nous invite à rechercher un équilibre entre la santé mentale et la santé physique, condition essentielle pour se déclarer en bonne santé. Selon LANOIX (1987), cette notion de santé doit également inclure une dimension sociale. En effet, un organisme affaibli ne peut pas fonctionner correctement, et une population malade se trouve dans l'incapacité de travailler ou de produire, ce qui la condamne à vivre dans une situation de misère chronique, comme l'indique NILAMPANGA (2018).

Cette réalité a conduit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à rassembler ses experts lors de la conférence d'Alma Ata en 1978, afin d'élaborer des stratégies garantissant la santé de tous. Le Ministère de l'Agriculture (2012) a également pris en compte cette préoccupation à travers les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La prise en charge d'un patient nécessite une attention particulière à divers facteurs, notamment son logement. Un environnement calme et reposant prépare psychologiquement le patient à envisager la qualité des soins qu'il recevra, influençant ainsi sa guérison. De plus, l'hospitalisation, ou hébergement, joue un rôle crucial, car la chirurgie ambulatoire ne permet pas toujours un suivi adéquat du patient.

Toute personne intéressée par le développement doit se soucier de la santé des individus dans leur communauté. Cela va au-delà de la simple vulgarisation des soins préventifs et promotionnels, en englobant également l'administration des soins curatifs et la prise en charge des malades, y compris leurs conditions de logement. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude, qui se concentre sur les conditions d'hébergement des malades dans les Centres de Santé de Référence de Kalo, une commune rurale du Secteur Sedzo.

L'objectif principal de cette recherche est d'analyser les conditions d'hébergement des malades dans les Centres de Santé de Référence de Kalo afin d'évaluer leur impact sur la persistance de l'état de morbidité des patients. L'étude vise à évaluer les conditions matérielles d'hébergement dans ces centres de santé, analyser l'impact psychologique de l'hébergement, investiguer comment les conditions socio-économiques des patients affectent leur accès à des soins de santé appropriés et leur hébergement, ainsi qu'analyser les pratiques de soins dans ces centres de santé et leur relation avec les conditions d'hébergement.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Milieu d'étude

Les institutions qui constituent l'objet de notre étude se trouvent dans la commune rurale de Kalo. Cette dernière est une entité régie par l'arrêté n°1834/2018 du 04 Août 2018 de son Excellence Monsieur le Gouverneur de la province du Kwilu, portant création de la commune rurale dans la province.

Implantée officiellement le 13 Septembre 2018 par l'Administrateur de Territoire d'Idiofa, cette commune regorge plusieurs institutions : scolaires et universitaires et universitaires, médicales, commerciales, récréatives, etc.

Elle se trouve dans le groupement Tshitshiri, secteur Sedzo dans le Territoire d'Idiofa.

Le recensement général de 2023 organisé par le bureau communal donne un effectif de 43.008 habitants alors que celui de 2021 avait dénombré 41.967 habitants ; ceci, non seulement traduit une croissance démographique dans cette commune mais aussi fait penser à la prise en charge de cette population supplémentaire.

Le peuple lori est originaire de Kalo mais la mobilité actuelle y a introduit les pende, Mbun, Yaka, Yansi, Mbala, Tetela, Luba, Wongo, etc.

Pour besoin de communication, la population se sert de Kikongo ; les écoles utilisent, en plus, le français et l'anglais. La police et d'autres services publics font accompagner le Kikongo du lingala.

## 2.2. Population et échantillon

La population en étude est constituée de tous les habitants de la commune rurale de Kalo et ceux des villages environnants.

Ne pouvant contacter tout ce monde suite à la limite des moyens temporels et matériels à notre possession, nous nous sommes contentés d'un échantillon tiré occasionnellement, constitué de 200 personnes d'âges, de sexes, d'état civil et de catégories socio-professionnelles confondues en raison de leur proximité et surtout leur disponibilité.

En clair, 115 personnes ont été interrogées sur place à Kalo et 85 dans les villages environnants soit :

- 20 personnes du village Maboko situé à l'Est ;
- 25 personnes des villages Ndung, Itere Mpok et la ferme Israël, situés au Sud-Est ;
- 20 personnes des villages Mana-mana et Itere Ofungo situés au Nord.

Kalo a été privilégié avec 115 personnes pour la simple raison qu'il est le milieu où sont implantés les deux Centres de Santé de Référence, objet de notre étude.

### 2.2.1. Caractéristiques de l'échantillon

Le choix de nos enquêtés a obéi à certaines caractéristiques sociodémographiques de la population mère ci-dessous définies :

**Tableau 1. Présentation des enquêtés suivant les sexes**

N°	Sexe	Nombre	Pourcentage
01	Masculin	125	62,5
02	Féminin	75	37,5
Total		200	100

Le tableau révèle que dans la composition de l'échantillon, une importance particulière a été accordée aux hommes représentés par 125 personnes soit 62,52% contre 75 femmes soit 37,5%, par le simple fait que ce sont eux qui sont responsables de famille et c'est à eux que revient la dernière décision sur le sort du ménage.

Le tableau qui suit concerne la représentation des enquêtés selon les classes d'âges.

**Tableau 2. Présentation des enquêtés selon les classes d'âges**

Classes d'âges	Nombre	Pourcentage
20-30	40	20
31-41	58	29
42-52	60	30
53-63	32	16
64-plus	10	5
Total	200	100,00

Il ressort de ce tableau que sur les 200 sujets qui ont constitué l'échantillon, une attention a été accordée aux classes dont les âges sont compris entre 42-52 ans et 31-41 ans respectivement représentées chacune par personnes soit 30% et 58 personnes soit 29%. Ce sont des classes qui renferment des personnes actives, responsables et qui se disponibilisent à prendre en charge d'autres membres de la famille pour leur vie.

Elles sont suivies de la classe d'âges compris entre 20-30 ans représenté par 40 personnes soit 20%. Les classes d'âges compris entre 53-63 ans et 64 plus représentées respectivement par 32 personnes soit 16% et 10 personnes soit 5% clôturent la liste. Ce sont des personnes qui ont l'expérience de la vie bien que vulnérables, de ce fait, elles font la volonté des éléments actifs qui les prennent en charge.

Le tableau qui suit concerne la présentation des enquêtés, suivant leur niveau d'instruction.

**Tableau 3. Présentation des enquêtés suivant leur niveau d'instruction**

N°	Niveau de formation	Nombre	Pourcentage
01	Sans formation spéciale	25	12,5
02	Niveau primaire	30	15
03	Niveau secondaire	80	40
04	Niveau universitaire	65	32,5
Total		200	100,00

Le tableau révèle que sur les 200 sujets qui ont constitué l'échantillon, ceux du niveau secondaire ont été priorités c'est-à-dire 80 personnes soit 40% du fait qu'ils sont nombreux dans le milieu, suivis de ceux qui ont le niveau universitaire représenté, par 65 personnes soit 32,52% ; ceux ayant le niveau primaire et ceux n'ayant aucune formation spéciale respectivement représentés par 30 sujets soit 15% et 25 personnes soit 12,5% ferment la marque. Souvent, ce sont des personnes indécises qui laissent pour passables les conditions auxquelles elles sont soumises.

Le tableau suivant représente les enquêtés suivant leurs états civils

**Tableau 4. Présentation des enquêtés suivant leurs états civils**

N°	Etat civil	Nombre	Pourcentage
01	Marié	130	65
02	Célibataire	20	10
03	Veuf	24	12
04	Divorcé	26	13
Total		200	100,00

La lecture de ce tableau révèle que sur les 200 sujets sur lesquels l'enquête a été effectuée, 130 soit 65% sont les mariés, cette catégorie a été priorisée du fait que les mariées ont dans leurs responsabilités, la prise en charge des membres de la famille, entre autre leurs soins de santé. Elle est suivie des divorcés représentés par 26 sujets soit 13%, des veufs représentés par 24 personnes soit 12% et enfin les célibataires représentés par 20 personnes soit 10%.

### 2.3. Collecte des données

Les données relatives à notre étude ont été récoltées grâce à la méthode d'enquête ; celle-ci se justifie par notre présence sur terrain afin de vivre la réalité telle qu'elle se passe. Cette méthode s'est concrétisée grâce aux techniques ci-après :

- L'observation directe : de nos yeux, nous avons vu comment sont logés les malades dans ces deux centres c'est-à-dire l'état des lits et des chambres tout comme l'environnement même de ces deux structures ;
- L'observation indirecte : les travaux de fin d'études, des rapports de service, des livres, l'internet... ont servi de supports importants de nos recherches.
- L'interview : par des interrogations orales, nous avons obtenu, pas seulement, certaines précisions sur les points qui ont échappé aux autres techniques mais aussi les avis et considérations sur la façon dont sont interrogés les malades dans ces deux structures ;
- Le questionnaire : il nous a fourni les points de vue des enquêtés en ce qui concerne le logement des malades dans ces structures de santé.

## 3. RESULTATS

Ces résultats présentés de façon brute, se regroupent autour de trois piliers à partir desquels a tourné notre questionnaire.

### 3.1. Situation des institutions sanitaires de Kalo

Question 1 : quelles sont les institutions sanitaires y a-t-il à Kalo ?

Les réponses de nos enquêtés se résument dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 5. Les institutions de santé de Kalo et leurs statuts**

N°	Indentification	Statut	Nombre	Pourcentage
01	Centres de santé urgence médicale	Privé	200/200	100
02	Centre de santé de référence Kalo	Public	200/200	100
03	Centre de santé d'application ISTM/KALO	Privé	200/200	100
04	Centre de santé de Kalo 2	Public	200/200	100
05	Centre de santé de référence de Kalo 2	Privé	200/200	100
06	Centre de santé la Grâce	privé	200/200	100
07	Centre de santé de la Trinité	Privé	200/200	100

La lecture de ce tableau dit que tous les 200 enquêtés soit 100% ont cité le centre de santé urgence médicale, le centre de santé de référence Kalo 1, le centre de santé de référence d'application de l'ISTM/Kalo, le centre de santé de Kalo 2, le centre de santé la Grâce, et enfin le centre de santé la Trinité sur les 7 institutions de santé que compte Kalo, 2 seulement sont publiques contre 5 qui sont sous gestion privée de personnes (morale et physique).

Question 2 : Lesquelles de ces institutions organisent le logement pour les malades ?  
Tous les 200 enquêtés soit 100% ont porté de toutes les institutions sanitaires de Kalo.

Question 3. Combien de centres de santé de référence y –a –t-il à Kalo ?  
Tous les 200 enquêtés soit 100% ont parlé de deux citant le centre de santé de référence Kalo 1, et le centre de santé de référence de Kalo 2.

Question 4 : Les Centres de Santé de référence de Kalo sont-ils clôturées ?  
Tous les 200 enquêtés soit 100% ont répondu négativement

Question 5 : Y a-t-il un horaire de visite aux malades internés prévu par ces structures ?  
Tous les 200 enquêtés soit 100% ont répondu négativement

### 3.2. Hébergement des malades

Question 6 : Pourquoi acceptez-vous d'être interné à l'hôpital ?  
Le tableau ci-dessous reprend les réponses des enquêtés.

**Tableau 6. Raisons pour l'hébergement des malades**

N°	Réponses des enquêtés	Nombre	Pourcentage
01	Quand le malade n'a personne à kalo pour sa prise en charge	180/200	90
02	Quand les soins existent les surveillances de l'agent médical	180/200	90
03	Quand les effets secondaires des produits ne permettent pas des navettes	100/200	50
04	Parfois, la maladie elle-même exige l'internant	180/200	90
05	Sur préférence personnelle du malade d'y rester	100/200	50
06	Sur décision personnelle du responsable, d'après ses calculs	90/200	45

Il ressort de la lecture de ce tableau que sur 200 enquêtés, 180 soit 90% justifie la présence d'un candidat logés à l'hôpital par manque de personne à Kalo pour sa prise en charge ; soit encore quand les soins exigent la surveillance (régulière de l'agent médical) ou encore quand la maladie ne permet pas à la personne malade de faire des navettes, 100 personnes soit 50% attribuent cette position par la crainte effets secondaires des produits, tantôt sur préférence personnelle des médecins, d'après les calculs centrés sur les profits à tort.

Question 7 : Qu'exige-t-on au malade pour son logement ?

Tous les 200 enquêtés soit 100% ont dit que les frais de logement sont incorporés aux frais des soins.

Question 8 : Que remet-on au malade pour son logement ?

Les réponses des enquêtés sont reprises dans le tableau suivant :

**Tableau 7. Les matériels pour le logement des malades**

N°	Réponses	Nombre	%
01	Lit, natte, mousse, moustiquaire	50/200	25
02	Lit et natte	150/200	75
03	Une natte ou paillasse seulement	100/200	50
04	Un espace dans une chambre sans lit ni natte encore moins la mousse	25/200	12,5

Le tableau signale que sur 200 enquêtés, 150 soit 75% reconnaissent la remise des lits et nattes ; 100 personnes soit 50% reconnaissent la remise d'une natte ou paillasse seulement. Cependant, 50 personnes soit 25% confirment la remise de lit, natte, mousse, et moustiquaire, et enfin 25 personnes soit 12,5% ont dit qu'il y a des fois où l'on présente au malade espace dans une chambre, à lui de se débrouiller.

Question 9 : Comment se présentent les chambres où logent les malades ?

Les réactions des enquêtés sont reprises dans le tableau suit :

**Tableau 9. Etat des chambres où logent les malades**

N°	Réponses	Nombre	%
01	Spacieuse et aérée	150/200	75
02	Quelques chambres sont éclairées la nuit	120/200	60
03	Beaucoup de chambres sont sans plafond	100/200	50
04	Occasionnellement, elles sont nettoyées	100/200	50
05	Les murs protègent bien contre les intempéries	200/200	100
06	Les grandes chambres reçoivent les hommes et les femmes, voire les enfants	180/200	90

La lecture de ce tableau révèle que sur les 200 enquêtés contactés au sujet de l'état des chambres, 100% ont apprécié l'état des constructions que les murs protègent bien les malades contre les pluies, le froid, la chaleur..., 180 sujets soit 90% ont parlé d'une proximité où les hommes, les femmes et les enfants se retrouvent dans une même pièce, 150 voix soit 75% ont estimé que les chambres étaient spacieuses et aérées la nuit, et enfin 100 voix soit 50 % ont dit que beaucoup de chambres n'ont pas de plafonds, et qu'elles sont occasionnellement nettoyées.

Question 10 : Quel est l'état des lits dans lesquels dorment les malades ?

Le tableau ci-dessous reprend les réponses des enquêtés.

**Tableau 10. Etat de lieux des lits des centres de santé de référence de Kalo**

N°	Réponses	Nombres	pourcentage
01	Lit sans accessoires (mousse, moustiquaires)	150/200	75
02	Lits avec accessoires mais sale	180/200	90
03	Mousse sale, non emballée porteuse de punaises	200/200	100
04	Mousse exaltant une odeur piquante	200/200	100

Ce tableau révèle que sur 200 enquêtés, tous soit 100% ont déclaré que les mousses mises à la disposition des malades dans ces structures ne sont ni emballées ni nettoyées, elles sont porteuses de punaises et émettent une odeur piquante.

180 personnes soit 90 précisent que ces lits ont les accessoires qui accompagnent mais ceux-ci sont sales enfin 150 déclarent soit 75% parlent des lits sans accessoires.

### 3.3. Environnement de centres de santé de référence de Kalo

Question 11. Où sont gardés les déchets de cuisine et autres produits par les malades et leurs gardiens ainsi que les agents médicaux ? Les réponses des enquêtés sont résumées dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 11. Gestion des déchets dans les CSR/Kalo**

N°	Réponses	Nombre	%
01	Derrière le hangar qui sert de cuisine	180/200	90
02	Jetés pêle-mêle	150/200	75
03	Derrière les pavillons qui abritent les malades	150/200	75
04	Dans les trous à ordures (CSK1 seulement)	200/200	100

L'exploitation de ce tableau révèle que tous les enquêtés soit 100% ont confirmé que seul le centre de santé de Kalo 1 dispose des trous à ordures, 180 déclarations soit 90% parlent du derrière de cuisine transformé en poubelles ; 150 soit 75% disent que ces déchets sont jetés pêle-mêle dans la cour et derrière les pavillons qui abritent les patients.

Question 12. Y organise-t-on des travaux d'assainissement en termes de salongo spécial ? Les réactions des enquêtés se résument dans le tableau qui suit :

**Tableau 12. Organisation d'assainissement de CSR/Kalo**

N°	Réponses	Nombre	Pourcentage
01	Irrégulièrement	150/200	75
02	Non	120/200	60
03	Circonstanciellement	150/200	75
04	Quand il y a projet financé dans le cadre d'assainissement	90/200	45

De la lecture de ce tableau, il ressort que 150 voix soit 75% précisent que dans ces centres de santé, les travaux d'assainissement sont liés à certaines circonstances, d'où leur irrégularité. Cependant, 120 personnes soit 60% ne reconnaissent pas l'organisation de ces travaux dans les institutions et enfin 90 personnes soit 45% signalent qu'on parle assainissement lorsqu'il y a financement pour ce genre d'activité.

### 3.4. Etat des lieux des centres de santé de référence de Kalo

Question 13 : A quoi est dû cet état d'hébergement des malades dans les centres de santé de référence de Kalo ?

Les réponses des enquêtés sont reprises dans le tableau qui suit :

**Tableau 13 : Raison de cet état d'hébergement des malades**

N°	Réponses	Nombre	Pourcentage
01	Limite des moyens matériels et financiers	180/200	90
02	Démotivation chez les agents médicaux et paramédicaux	190/200	95
03	Inconscience chez certains agents	150/200	75
04	Simplement un désintéressement	150/200	75
05	Manque de suivi et impunité	190/200	95

Il ressort de la lecture de ce tableau que 190 sujets soit 95% ont attribué la situation d'hébergement des malades dans les centres de santé au manque de suivi et impunité, 180 enquêtés soit 90% pensent que les centres de santé sont limités par les moyens matériels et financiers,

150 personnes soit 75% ont attribué cela au simple désintéressement dans ce domaine et à l'inconscience aussi bien du personnel que de la population elle-même.

### 3. DISCUSSION

Les Centres de Santé de Référence Kalo 1 et Kalo 2 sont parmi les structures les plus fréquentées, et l'hébergement des patients y est crucial. D'une part, cela permet au personnel de suivre les soins prodigués et, d'autre part, cela génère des économies pour l'établissement.

Le Centre de Santé de Kalo 2, géré par BDOM/Idiofa, bénéficie d'un environnement naturel, mais l'absence de clôture transforme son espace en un lieu propice à la divagation des animaux, entraînant des nuisances sanitaires. Les conséquences de cette insalubrité sont graves : maladies infectieuses, diarrhées, paludisme, et d'autres problèmes de santé liés à un environnement dégradé. Chaque année, des millions de personnes, notamment des enfants, meurent de maladies évitables dues à de mauvaises conditions d'hygiène.

Malgré l'intégration de l'assainissement dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement, peu d'attention est encore accordée à ce sujet dans de nombreux pays en développement. Les conditions de vie dans ces centres sont déplorables, avec des lits souvent insuffisants ou infestés de punaises.

L'environnement bâti joue un rôle essentiel dans la santé des patients, affectant leur bien-être par divers facteurs comme la qualité de l'air, le bruit, et l'éclairage. Selon l'OMS, des milliers de décès prématurés en Europe sont attribuables à des logements inadéquats. Cela souligne l'importance de sensibiliser le public au lien entre habitat et santé.

Enfin, la gestion des déchets dans ces centres est préoccupante, avec une accumulation de débris attirant des nuisibles. Les ménages perçoivent souvent l'amélioration de l'assainissement comme une commodité personnelle, négligeant ainsi sa dimension publique.

Halidou (2006) propose une approche innovante pour la gestion des déchets, soulignant la nécessité d'une planification durable. Il distingue trois filières de gestion, illustrant l'importance d'un système organisé pour améliorer l'assainissement et la santé publique.

### CONCLUSION

L'étude des Centres de Santé de Référence à Kalo met en évidence un paradoxe significatif entre les attentes des populations et la réalité des soins offerts. Malgré l'existence d'infrastructures dédiées, de nombreux défis persistent, notamment en matière d'hébergement et de qualité des soins. Pour réaliser cette recherche, nous avons utilisé une méthode d'enquête appuyée par des techniques de questionnaire et d'analyse documentaire.

Il est impératif d'adopter une approche holistique pour remédier à ces lacunes. Cela inclut l'amélioration des infrastructures, le renforcement des compétences du personnel médical, et la mise en place de mécanismes permettant de mieux répondre aux besoins des patients.

En engageant un dialogue constructif avec les communautés et en intégrant leurs préoccupations dans la planification des services de santé, il sera possible de transformer ces centres en véritables lieux de soins, adaptés aux réalités rurales. Ainsi, cette recherche ne se limite pas à un constat, mais ouvre la voie à des solutions concrètes pour garantir un accès équitable et de qualité aux soins de santé pour tous les habitants de Kalo et de ses environs.

### Références

- Anonyme (2006). *Comprendre la sociologie*, collection Marabout, N° 276, Bruxelles.
- Chambre régionale des comptes (2010). *Rapport d'observation définitives sur la gestion du centre hospitalier universitaire de Caen (Calvados), 2005-2008*.
- Halidou K. (2006). *Vers un assainissement urbain durable en Afrique subsaharienne : Approche innovante de planification de la gestion des boues de vidange*, thèse de Docteur es sciences N° 3530, École polytechnique fédérale de Lausanne.



Lanoix, J. et al. (1987). *Manuel du technicien sanitaire*. Ed. OMS.

Mbanha, M. (2020). *Notes du cours de l'environnement et santé*, L2 EDD, ISDR-Mbeo.

Ministère du Plan (2001). *Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR P)*, Kinshasa.

Nzilampamba, V. (2022). *Impasse de certains projets socioéconomiques en milieu rural. Cas du projet de modernisation du marché central de Kalo dans la Commune rurale, Secteur Sedzo*, Mémoire inédit, ISDR-Mbeo.

OMS, Bureau régional de l'Afrique. *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008 – 2013*, Rép. Dém. Congo.