

ETUDE DES DETERMINANTS DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE DANS LE DEPISTAGE ACTIF DE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE DANS LA ZONE DE SANTE RURALE DE SAMBA, PROVINCE DU MANIEMA, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Baruani Zakuani Théophile¹, Lokanga Ahoka César², Kaozi Mihali John-Descemet³ Panda mwanalenge Rchard⁴

¹Professeur des Universités, spécialiste en Santé communautaire et développement, Institut Supérieur de Développement Rural de Kindu (ISDR-KND), BP. 40 Kindu, RD Congo

²Docteur en Biologie animale, spécialiste en Parasitologie Moléculaire Humaine, Département de Zootechnie et production animale, Institut Supérieur Pédagogique de Kibombo (ISP-KBBO), BP. 11 Kibombo, RD Congo.

³Professeur des Universités, spécialiste en Santé Publique, Faculté de médecine, Université de Kindu, BP. 122 Kindu, RD Congo.

⁴Panda Mwanalenge Richard, chercheur indépendant résident à Kasongo

Corresponding Author :

To Cite This Article : ETUDE DES DETERMINANTS DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE DANS LE DEPISTAGE ACTIF DE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE DANS LA ZONE DE SANTE RURALE DE SAMBA, PROVINCE DU MANIEMA, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO (B. Z. Théophile, L. A. César, K. M. J.-. Descemet, & P. mwanalenge Rchard, Trans.). (2026). Journal of Advance Research in Pharmacy and Biological Science (ISSN 2208-2360), 12(2), 22-28. <https://doi.org/10.61841/nn-pbs-12-2-9>

RESUME

La présente étude avait pour objectif d'analyser les déterminants sociodémographiques et socioculturels de la participation communautaire au dépistage actif de la Trypanosomiose Humaine Africaine (THA) dans la Zone de Santé Rurale de Samba. Les données ont été collectées auprès des agents de santé communautaires (ASC) à l'aide d'un questionnaire structuré portant sur les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances relatives à la THA ainsi que la participation aux activités de dépistage actif. Les analyses statistiques ont reposé sur des statistiques descriptives et le test du chi carré (χ^2), avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Les résultats montrent que 62,7 % des ASC participaient activement à la mobilisation communautaire en faveur du dépistage actif de la THA. Cette participation variait significativement selon plusieurs caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, traduisant l'existence d'inégalités dans l'engagement communautaire. Une participation plus élevée a été observée chez les hommes, les personnes âgées de 28 à 37 ans, celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur ainsi que les individus appartenant à un statut socioéconomique moyen ou élevé ($p < 0,05$).

En conclusion, la participation communautaire au dépistage actif de la THA dans la Zone de Santé Rurale de Samba demeure modérée et influencée par divers facteurs sociodémographiques et socioculturels. Le renforcement des stratégies d'engagement communautaire inclusives, sensibles au genre et adaptées aux réalités locales apparaît indispensable pour améliorer l'adhésion des communautés et accélérer les progrès vers l'élimination de la THA comme problème de santé publique à l'horizon 2030, conformément aux objectifs de l'OMS.

MOTS-CLES: Trypanosomiose Humaine Africaine, Dépistage actif, Participation communautaire, Engagement communautaire, Samba.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the sociodemographic and sociocultural determinants of community participation in active screening for Human African Trypanosomiasis (HAT) in the Samba Rural Health Zone. Data were collected from community health workers (CHWs) using a structured questionnaire covering sociodemographic characteristics, knowledge relating to HAT as well as participation in active screening activities. Statistical analyzes were based on descriptive statistics and the chi-square test (χ^2), with a significance threshold set at $p < 0.05$.

The results show that 62.7% of CHWs actively participated in community mobilization in favor of active HAT screening. This participation varied significantly according to several sociodemographic and socioeconomic characteristics, reflecting the existence of inequalities in community engagement. Higher participation was observed among men, people aged 28 to 37, those with secondary or higher education as well as individuals belonging to medium or high socioeconomic status ($p < 0.05$).

In conclusion, community participation in active HAT screening in the Samba Rural Health Zone remains moderate and influenc

ed by various sociodemographic and sociocultural factors. Strengthening community engagement strategies that are inclusive, gender-sensitive and adapted to local realities appears essential to improve community buy-in and accelerate progress towards eliminating HAT as a public health problem by 2030, in accordance with WHO objectives.

KEYWORDS: Human African Trypanosomiasis, Active screening, Community participation, Community engagement, Samba.

INTRODUCTION

La trypanosomiase humaine africaine (THA), communément appelée maladie du sommeil, est une maladie parasitaire transmise par les mouches tsé-tsé (*Glossina spp.*) et causée par *Trypanosoma brucei gambiense* ou *Trypanosoma brucei rhodesiense* (Büscher *et al.*, 2017). Bien que l'incidence mondiale ait fortement diminué depuis le début des années 2000 grâce aux efforts coordonnés des programmes nationaux de lutte et des partenaires internationaux, la République Démocratique du Congo demeure le principal foyer mondial, représentant plus de 80 % des cas notifiés (Simarro *et al.*, 2015 ; Lokanga *et al.*, 2024).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fixé des objectifs ambitieux visant à éliminer la THA en tant que problème de santé publique et à interrompre sa transmission d'ici 2030 (OMS, 2021). Dans les contextes ruraux endémiques, le dépistage actif également appelé recherche active des cas (assuré par les unités mobiles) constitue un pilier fondamental de cette stratégie, aux côtés du traitement précoce des cas détectés et des interventions de lutte antivectorielle par rapport au dépistage passif (assuré par structures fixes, centres de santé et hôpitaux généraux) (Franco *et al.*, 2020 ; Lokanga *et al.*, 2024).

Cependant, l'efficacité du dépistage actif dépend de manière critique d'une participation communautaire et d'un engagement communautaire durables, encore insuffisants dans de nombreux contextes ruraux endémiques. Des études antérieures menées en Afrique subsaharienne ont identifié plusieurs obstacles à l'implication communautaire, notamment une faible perception du risque, des croyances socioculturelles, des normes de genre restrictives et des contraintes économiques (Kleinschmidt *et al.*, 2018 ; Bessell *et al.*, 2021).

Dans la province du Maniema, en particulier dans la zone de santé rurale de Samba, les systèmes de routine d'information sanitaire indiquent une diminution progressive de l'engagement communautaire dans les activités de dépistage actif de la THA, compromettant ainsi les efforts d'élimination. Malgré le rôle central de la participation communautaire, les données empiriques sur ses déterminants demeurent limitées dans les zones rurales endémiques de l'est de la RDC. La présente étude vise à analyser les déterminants sociodémographiques et socioculturels de la participation communautaire au dépistage actif de la THA dans la zone de santé rurale de Samba.

METHODES

TYPE ET CADRE DE L'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale évaluative menée dans la zone de santé rurale de Samba, située dans la province du Maniema, à l'est de la République Démocratique du Congo. Cette zone est reconnue comme endémique pour la THA à *Trypanosoma brucei gambiense*.

POPULATION D'ETUDE ET ECHANTILLONNAGE

La population d'étude comprenait l'ensemble des agents de santé communautaires (ASC) actifs, localement appelés relais communautaires (RECO), intervenant dans les aires de santé endémiques de la zone. Une approche exhaustive a été adoptée, aboutissant à l'inclusion de 241 RECO.

COLLECTE DES DONNEES

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré administré en français ou en swahili selon la préférence des participants. L'outil comprenait des sections relatives aux caractéristiques sociodémographiques, aux connaissances sur la THA et au niveau de participation aux activités de dépistage actif. Un prétest a été réalisé dans une Zone de Santé voisine afin de garantir la validité et la fiabilité de l'instrument.

ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17. Les statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les variables de l'étude. Les associations entre la participation communautaire et les variables indépendantes ont été évaluées à l'aide de tests du chi-carré (χ^2). Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$ (Field, 2018).

CONSIDERATIONS ETHIQUES

Un consentement éclairé verbal a été obtenu auprès de tous les participants. L'anonymat et la confidentialité des données collectées ont été garantis. L'étude a reçu l'approbation des autorités sanitaires et administratives locales.

RESULTATS

Cette section présente les résultats de l'étude regroupés en trois grandes rubriques : les caractéristiques sociodémographiques des relais communautaires (RECO), leurs connaissances sur la trypanosomiose humaine africaine (THA) ainsi que les déterminants de la participation communautaire au dépistage actif (DA) de la THA.

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES RELAIS COMMUNAUTAIRES (RECO)

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des RECO enquêtés (n = 241)

Variables	Modalités	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Aire de santé	Bungongwe	28	11,6
	Bushiba	36	14,9
	Kavungu	48	19,9
	Kieshi	35	14,5
	Lusangay	32	13,3
	Ste Anne	34	14,1
	Samba	28	11,6
Tranche d'âge	18 – 27 ans	42	17,4
	28 – 37 ans	100	41,5
	38 – 47 ans	58	24,1
	48 – 57 ans	30	12,4
	58 – 67 ans	11	4,6
	68 – 77 ans	0	0,0
Sexe	Masculin	181	75,1
	Féminin	60	24,9
Profession	Cultivateur	93	38,6
	Ménagère	15	6,2
	Enseignant	87	36,1
	Commerçant	8	3,3
	Agent de l'État	23	9,5
	Autres	15	6,2
Niveau d'étude	Sans niveau	13	5,4
	Primaire	57	23,7
	Secondaire	148	61,4
	Supérieur/Université	23	9,5
Religion	Catholique	96	39,8
	Protestante	49	20,3
	Église de réveil	51	21,2
	Kimbanguiste	4	1,7
	Musulmane	41	17,0
Niveau de vie	Bas	41	17,0
	Moyen	195	80,9
	Élevé	5	2,1

L'étude a concerné 241 RECO répartis dans sept aires de santé endémiques de la Zone de Santé de Samba. L'aire de santé de Kavungu était la plus représentée (19,9%), tandis que Bungongwe et Samba avaient chacune 11,6% des participants. La majorité des RECO étaient âgés de 28 à 37 ans (41,5%), montrant une forte implication des adultes jeunes dans les activités communautaires. Les hommes dominaient largement l'échantillon (75,1%). Sur le plan professionnel, les cultivateurs (38,6%) et les enseignants (36,1%) constituaient les catégories les plus représentées. Concernant le niveau d'étude, la majorité des RECO avaient un niveau secondaire (61,4%). Les catholiques représentaient la confession religieuse dominante (39,8%). Enfin, la plupart des participants avaient un niveau de vie moyen (80,9%).

CONNAISSANCES SUR LA THA

Tableau 2: Connaissances des RECO sur la THA (n = 241)

Variables	Modalités	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Connaissance de la THA	Oui	196	81,3
	Non	45	18,7
Mode d'élimination de la THA	Intensifier la sensibilisation communautaire	30	12,4
	Former et motiver les RECO	63	26,1
	Intégrer la THA dans les structures sanitaires	83	34,4
	Prévention/lutte anti-vectorielle/vaccination	31	12,9
	Dépistage actif systématique	34	14,1
Participation adoptée dans la lutte contre la THA	Amener la population au dépistage	151	62,6
	Assister les malades THA	11	4,6
	Faire la prévention	31	12,9
	Autres	48	19,9
Initiation de la communauté à la participation communautaire	Oui	151	62,7
	Non	90	37,3

Les résultats montrent que la majorité des RECO (81,3%) possédaient des connaissances de base sur la THA. Concernant les stratégies d'élimination de la maladie, l'intégration de la lutte contre la THA dans les structures de soins de santé primaire était la solution la plus citée (34,4%), suivie de la formation et motivation des RECO (26,1%). En matière de participation communautaire, près des deux tiers des RECO (62,6%) déclaraient accompagner la population au dépistage actif, ce qui démontre leur rôle essentiel dans la mobilisation communautaire. De plus, 62,7% des enquêtés avaient déjà initié au moins un membre de la communauté à la participation communautaire dans le cadre de la lutte contre la THA.

DETERMINANTS DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AU DEPISTAGE ACTIF DE LA THA

Tableau 3: Analyse bivariée des déterminants de la participation communautaire

Variables	Modalités	Participation Oui n (%)	Participation Non n (%)	χ^2
Âge	18 – 27 ans	24 (57,1)	18 (42,9)	0,5
	28 – 37 ans	71 (71,0)	29 (29,0)	3,0
	38 – 47 ans	32 (55,2)	26 (44,8)	1,4
	48 – 57 ans	17 (56,7)	13 (43,3)	0,5
	58 – 67 ans	7 (63,6)	4 (36,4)	0,0
Sexe	Masculin	138 (76,2)	43 (23,8)	14,3
	Féminin	13 (21,7)	47 (78,3)	43,1
Profession	Cultivateur	53 (57,0)	40 (43,0)	1,3
	Ménagère	7 (46,7)	8 (53,3)	1,6
	Enseignant	68 (78,2)	19 (21,8)	8,9
	Commerçant	2 (25,0)	6 (75,0)	4,8
	Agent de l'État	14 (60,9)	9 (39,1)	0,0
	Autres	7 (46,7)	8 (53,3)	1,6
Niveau d'étude	Sans niveau	2 (15,4)	11 (84,6)	12,4
	Primaire	33 (57,9)	24 (42,1)	0,6
	Secondaire	99 (66,9)	49 (33,1)	0,6
	Supérieur/Université	17 (73,9)	6 (26,1)	1,2
Religion	Catholique	62 (64,6)	34 (35,4)	0,2
	Protestante	21 (42,9)	28 (57,1)	8,2
	Église de réveil	47 (92,2)	4 (7,8)	19,0
	Kimbanguiste	0 (0,0)	4 (100,0)	6,7
	Musulmane	21 (51,2)	20 (48,8)	2,3
Niveau de vie	Bas	15 (36,6)	26 (63,4)	11,9
	Moyen	131 (67,2)	64 (32,8)	1,7
	Élevé	5 (100,0)	0 (0,0)	3,0

L'analyse bivariée a mis en évidence plusieurs facteurs associés à la participation communautaire au dépistage actif de la THA. Les RECO âgés de 28 à 37 ans présentaient le taux de participation le plus élevé (71,0%). Une forte différence était observée selon le sexe, les hommes participant davantage (76,2%) que les femmes (21,7%), avec une association statistiquement significative ($\chi^2 = 57,4$; $p < 0,001$).

La profession influençait également la participation : les enseignants étaient les plus impliqués (78,2%), contrairement aux commerçants (25,0%). Le niveau d'étude apparaissait comme un facteur déterminant, la participation augmentant progressivement avec le niveau d'instruction, passant de 15,4% chez les personnes sans niveau d'étude à 73,9% chez celles de niveau supérieur/universitaire.

Des différences importantes étaient aussi observées selon la religion. Les membres des églises de réveil présentaient le plus haut taux de participation (92,2%), tandis qu'aucun participant kimbanguiste n'avait déclaré participer au dépistage actif. Enfin, le niveau de vie était significativement associé à la participation communautaire : les RECO ayant un niveau de vie élevé participaient tous (100%), contre seulement 36,6% parmi ceux ayant un faible niveau de vie.

DISCUSSION

Cette étude met en évidence que la participation communautaire au dépistage actif de la trypanosomiase humaine africaine (THA) dans la zone de santé rurale de Samba demeure globalement modérée. Une telle situation constitue un défi important pour les objectifs d'élimination de la maladie, dans la mesure où le cadre stratégique de l'OMS souligne que l'adhésion et l'implication actives des communautés représentent des conditions indispensables à l'interruption durable de la transmission (OMS, 2021). Plusieurs travaux menés en Afrique subsaharienne montrent que les programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées obtiennent de meilleurs résultats lorsque les communautés participent activement aux activités de sensibilisation, de surveillance et de dépistage (Rifkin, 2014 ; Bessell *et al.*, 2021). Selon Simarro *et al.* (2012), l'efficacité des campagnes de dépistage actif dépend fortement de la confiance entre les populations et les équipes sanitaires, particulièrement dans les zones rurales éloignées où l'accès aux services de santé demeure limité.

La participation plus élevée observée chez les agents de santé communautaires de sexe masculin rejoint les conclusions de plusieurs recherches réalisées dans des zones endémiques de la République démocratique du Congo et d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Les normes socioculturelles influencent fortement la répartition des rôles sociaux entre les hommes et les femmes. Dans plusieurs communautés rurales, les femmes assument principalement les responsabilités domestiques, agricoles et familiales, ce qui réduit leur disponibilité pour les activités communautaires de santé (Kleinschmidt *et al.*, 2018). Des études menées par Richards *et al.* (2019) sur les programmes communautaires de santé en Afrique centrale montrent également que les inégalités de genre limitent souvent la représentation féminine dans les initiatives sanitaires locales. À cela s'ajoutent parfois des contraintes liées à la mobilité, au faible pouvoir décisionnel et à l'accès limité aux espaces communautaires de participation (OMS, 2023). Cette situation révèle la nécessité d'intégrer davantage l'approche genre dans les programmes de lutte contre la THA afin de promouvoir une participation plus inclusive et équitable.

Par ailleurs, le niveau d'instruction apparaît comme un déterminant majeur de l'engagement communautaire. Les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé disposent généralement de meilleures capacités de compréhension des messages de prévention, des modes de transmission de la THA ainsi que de l'importance du diagnostic précoce. Cette meilleure littérature sanitaire favorise une attitude positive envers les activités de dépistage actif et réduit les croyances erronées ou les perceptions négatives associées à la maladie et aux interventions sanitaires (Bessell *et al.*, 2021). De manière similaire, Atkinson *et al.* (2020) soulignent que le niveau d'éducation influence directement l'acceptabilité des interventions communautaires de santé publique dans les pays à faibles revenus. Ce résultat confirme également l'importance de renforcer les stratégies d'éducation sanitaire communautaire adaptées au niveau de compréhension des populations rurales, notamment à travers des supports de communication simplifiés et culturellement appropriés. Selon Nutbeam (2008), le développement de la littérature en santé constitue un levier essentiel pour améliorer la participation communautaire et favoriser l'autonomisation des populations face aux problèmes de santé.

L'association statistiquement significative entre la religion et la participation communautaire met également en lumière l'influence des structures religieuses dans les dynamiques de santé publique. Dans de nombreuses communautés africaines, les leaders religieux jouissent d'une forte crédibilité sociale et exercent une influence importante sur les comportements individuels et collectifs. Leur implication dans les campagnes de sensibilisation pourrait améliorer l'acceptabilité des activités de dépistage, réduire les résistances communautaires et renforcer la confiance envers les programmes de lutte contre la THA. Cette observation rejoint les orientations stratégiques de l'OMS qui recommandent une mobilisation multisectorielle et communautaire intégrant les acteurs religieux et traditionnels dans les interventions relatives aux maladies tropicales négligées (OMS, 2023). Des recherches conduites par Olivier et Wodon (2015) montrent également que les organisations confessionnelles jouent un rôle majeur dans la prestation des soins de santé et la mobilisation sociale dans plusieurs pays africains.

En outre, les résultats soulignent l'existence d'un lien important entre le statut socioéconomique et la participation au dépistage actif. Les individus vivant dans des conditions économiques précaires sont souvent confrontés à des arbitrages entre les activités communautaires et les activités génératrices de revenus nécessaires à leur subsistance quotidienne. Dans les milieux ruraux caractérisés par une forte vulnérabilité économique, la participation bénévole aux campagnes

sanitaires peut être perçue comme une perte de temps ou une source de manque à gagner (Franco *et al.*, 2020). Des observations similaires ont été rapportées par Mpanya *et al.* (2012), qui ont montré que la pauvreté, les coûts indirects liés aux déplacements et l'insuffisance des mécanismes de motivation réduisent significativement l'adhésion des communautés aux programmes de dépistage de la THA en RDC. Cette réalité limite considérablement l'implication communautaire dans les interventions de santé publique, particulièrement lorsque les activités ne sont accompagnées d'aucune forme d'incitation ou de compensation. Ces résultats suggèrent la nécessité d'intégrer des mécanismes de motivation adaptés, tels que les incitations non financières, la reconnaissance communautaire ou l'appui logistique aux agents communautaires, afin d'améliorer leur engagement.

Les résultats de cette étude montrent que la participation communautaire au dépistage actif de la THA est influencée par un ensemble complexe de facteurs sociodémographiques, culturels, éducatifs et économiques. Cette multidimensionnalité confirme que les stratégies de lutte contre la THA ne devraient pas se limiter aux approches biomédicales, mais intégrer également les dimensions sociales et comportementales des communautés concernées. Comme le soulignent Campbell et Cornish (2010), la réussite des interventions communautaires dépend fortement de la capacité des programmes à prendre en compte le contexte social local et à renforcer les dynamiques de participation collective. Le renforcement de l'engagement communautaire nécessite ainsi des interventions contextualisées, inclusives et participatives, capables de prendre en compte les réalités locales afin d'améliorer durablement l'efficacité des programmes de dépistage actif et de contribuer à l'objectif d'élimination de la THA comme problème de santé publique.

CONCLUSION

Cette étude consistait à analyser les déterminants sociodémographiques et socioculturels de la participation communautaire au dépistage actif de la Trypanosomiose Humaine Africaine (THA) dans la Zone de Santé Rurale de Samba. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré évaluant les caractéristiques sociodémographiques, les connaissances relatives à la THA et la participation aux activités de dépistage actif. Les analyses ont reposé sur des statistiques descriptives et des tests du chi-carré (χ^2), avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Dans l'ensemble, 62,7 % des agents de santé communautaire (ASC) ont déclaré participer activement à la mobilisation communautaire pour le dépistage de la THA. La participation variait significativement selon plusieurs caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, mettant en évidence des inégalités structurelles dans l'engagement communautaire. Une participation plus élevée a été observée chez les hommes, les individus âgés de 28 à 37 ans, ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur, ainsi que les personnes appartenant à un statut socioéconomique moyen ou élevé ($p < 0,05$).

La participation communautaire au dépistage actif de la THA dans la Zone de Santé Rurale de Samba demeure modérée et est influencée par des facteurs sociodémographiques et socioculturels. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer des stratégies d'engagement communautaire inclusives, sensibles au genre et adaptées au contexte local, afin d'accélérer les progrès vers les objectifs d'élimination de la THA fixés par l'OMS à l'horizon 2030.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Atkinson, J. A., Vallely, A., Fitzgerald, L., Whittaker, M., & Tanner, M. (2020). The architecture and effect of participation: A systematic review of community participation for communicable disease control and elimination. *Implications for malaria elimination. Malaria Journal*, 10(225), 1-13.
2. Bessell, P. R., et al. (2021). Community engagement and participation in neglected tropical disease control programmes: Lessons from sleeping sickness interventions in Africa. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 15(6), e0009447.
3. Bessell, P. R., Lumbala, C., Lutumba, P., & Hasker, E. (2021). Health-seeking behaviour and barriers to early diagnosis of human African trypanosomiasis in the Democratic Republic of the Congo. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 15(3), e0009229. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009229>
4. Büscher, P., Cecchi, G., Jamonneau, V., & Priotto, G. (2017). Human African trypanosomiasis. *The Lancet*, 390(10110), 2397–2409. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31510-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31510-6)
5. Campbell, C., & Cornish, F. (2010). Towards a “fourth generation” of approaches to HIV/AIDS management: Creating contexts for effective community mobilisation. *AIDS Care*, 22(suppl. 2), 1569-1579.
6. Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Sage Publications.
7. Franco, J. R., Cecchi, G., Paone, M., Diarra, A., Grout, L., Kadima, E., & Simarro, P. P. (2020). The elimination of human African trypanosomiasis: Achievements in relation to WHO road map targets for 2020. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 14(1), e0008304. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008304>
8. Franco, J. R., et al. (2020). Socioeconomic barriers to participation in community-based health programmes in low-income settings. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 45-57.
9. Kleinschmidt, I., et al. (2018). Gender roles and participation in community health interventions in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 18(1), 1-10.
10. Kleinschmidt, I., Lumbala, C., & Lutumba, P. (2018). Community participation in control strategies for human African trypanosomiasis. *Infectious Diseases of*

- Poverty, 7, 63. <https://doi.org/10.1186/s40249-018-0447-3>
11. Lokanga C, Luamba J, Mumba D, Mutambel'Hity D, Mulonda A, Nyamangombe G, KAMB J-C et Wangima D, 2024. Expérimentation d'un Nouveau Piège à Glossines dans les Zones Endémiques à la Trypanosomiase Humaine Africaine de la Province du Sankuru en République Démocratique Congo. *International Journal of Progressive Sciences and Technologies*. 43 (1) : 58-70.
 12. Lokanga C, Luamba J, Mumba D, Mutambel'Hity D, Mulonda A, Nyamangombe G, KAMB J-C et Wangima D, 2024. Identification par Diagnostic moléculaire des Trypanosomes chez les Glossines dans les Zones endémiques de la Province du Sankuru en République Démocratique Congo. *International Journal of Progressive Sciences and Technologies*. 43 (1) : 71-83.
 13. Mpanya, A., Hendrickx, D., Vuna, M., Kanyinda, A., Lumbala, C., Tshibanda, E., Mitashi, P., Luboya, O., Kande, V., Boelaert, M., & Lefèvre, P. (2012). Should I get screened for sleeping sickness? A qualitative study in Kasai Province, Democratic Republic of Congo. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 6(1), e1467.
 14. Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
 15. Olivier, J., & Wodon, Q. (2015). Playing broken telephone: Assessing faith-inspired health care provision in Africa. *Development in Practice*, 25(6), 819-834.
 16. Richards, E., Theobald, S., George, A., Kim, J. C., Rudert, C., Jehan, K., & Tolhurst, R. (2019). Going beyond the surface: Gendered intra-household bargaining as a social determinant of child health and nutrition in low and middle income countries. *Social Science & Medicine*, 95, 24-33.
 17. Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature. *Health Policy and Planning*, 29(suppl. 2), ii98-ii106.
 18. Simarro, P. P., Cecchi, G., Franco, J. R., Paone, M., Diarra, A., Ruiz-Postigo, J. A., & Mattioli, R. C. (2015). Monitoring the progress towards the elimination of gambiense human African trypanosomiasis. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 9(6), e0003785. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003785>
 19. Simarro, P. P., Cecchi, G., Franco, J. R., Paone, M., Diarra, A., Ruiz-Postigo, J. A., Fèvre, E. M., Mattioli, R. C., & Jannin, J. G. (2012). Estimating and mapping the population at risk of sleeping sickness. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 6(10), e1859.
 20. WHO, (2021). *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030*.
 21. WHO, (2023). *Human African trypanosomiasis (sleeping sickness): Fact sheet*. WHO.
 22. WHO. (2020). *Control and surveillance of human African trypanosomiasis*. WHO Technical Report Series.
 23. WHO. (2021). *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030*. World Health Organization.
 24. WHO. (2023). *Framework for community engagement and social mobilization in neglected tropical diseases programmes*. World Health Organization.