

Accompagnement médico-social des personnes âgées dans la ville de Gemena: De Janvier à Juin 2020

[Medico-social support for the elderly in the city of Gemena: From January to June 2020]

*David Dole Dawili, Philémon Dole Kongbo, Jean Paul Mbonda Beando, Fidèle Kangala, Djeeff Mokoto Nyabwa,
Daniel Matili Widobana, and Marie Claire Omanyondo*

Institut Supérieur des Techniques Médicales de Gemena, RD Congo

Copyright © 2022 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: This study focuses on medico-social support for the elderly in the town of Gemena, particularly in the SUKIA district. It all started with a bitter observation and a sad reality about the abandonment of old people in our circles. In the streets of Gemena, it is not uncommon to find elderly people either begging or carrying heavy loads on their heads to go and sell. So, they had to give themselves a deserved rest. The objective that we have set for ourselves is to identify the socio-economic and health conditions in which the elderly in our community live. But also, identify the obstacles to their support. We used a descriptive, transversal estimate in the quantitative approach. The sampling type was of the probability cluster type, with a sample size of 200 people.

The question we asked ourselves was how to provide medico-social support for the elderly in the town of Gemena. We started from the hypothesis according to which medico-social support for the elderly is almost non-existent in the city of Gemena because of: poverty; the abandonment of children and the lack of support from the Congolese state. At the end of our study, we came to the conclusion that medico-social support for the elderly is provided largely through the support of children, while support from the Congolese state is nil.

KEYWORDS: Support, medico-social, elderly person.

RESUME: Cette étude porte sur l'accompagnement médico-social des personnes âgées dans ville de Gemena, particulièrement dans le quartier SUKIA. Tout est parti d'un constat amer et une triste réalité sur l'abandon des vieillards dans nos milieux. Dans les rues de Gemena, il n'est pas rare de trouver des personnes âgées soit entrain de mendier, soit transportant des lourdes charges sur la tête pour aller vendre. Alors ils devaient s'offrir un repos mérité. L'objectif que nous nous sommes fixé est de cerner les conditions socio-économiques et sanitaires dans lesquelles vivent les personnes de 3^e âge dans notre milieu. Mais aussi, identifier les obstacles à leur accompagnement. Nous avons utilisé un devis descriptif, transversal dans l'approche quantitative. Le type d'échantillonnage était du type probabiliste en grappe, avec une taille d'échantillon constituée de 200 personnes.

Le questionnement que nous nous sommes fait est celui de savoir comment se fait l'accompagnement médico-social des personnes âgées dans la ville de Gemena. Nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle l'accompagnement médico-social des personnes âgées est quasi inexistant dans la ville de Gemena à cause: de la pauvreté; de l'abandon des enfants et le non appui de l'Etat congolais. Au terme de notre étude, nous sommes arrivés à la conclusion que l'accompagnement médico-social des personnes âgées est assuré en grande partie grâce à l'appui des enfants, alors que l'appui de l'Etat Congolais est nul.

MOTS-CLEFS: Accompagnement, médico-social, personne âgée.

1 INTRODUCTION

Le troisième âge une période cruciale de la vie d'une personne. Elle est marquée par un double sentiment, de satisfaction mais aussi d'incertitude. Satisfaction d'avoir atteint cet âge, avec toutes les connaissances et expériences acquises. Incertitude, par crainte de lendemain, la crainte de la retraite, de la perte de la force physique, de rôle social...

Si d'aucuns considèrent cette période comme un âge de sagesse et d'expérience, les autres ont une opinion contraire. Notre société, souvent marquée par la superstition, a tendance à négliger cette catégorie de personnes.

La vie entraîne une succession de pertes: perte de la jeunesse, décès d'un parent, etc. avec l'âge, ces pertes sont plus nombreuses: perte du travail (retraite), perte du rôle familial, perte d'autonomie, perte de l'image soi, perte d'idéaux non réalisés, etc. La personne âgée, confrontée à ces difficultés, peut arriver à les remplacer ces pertes par des nouveaux centres d'intérêts. Lorsqu'elle n'arrive pas, elle risque de s'isoler progressivement et se replier sur elle-même.

Les effets importants du vieillissement se font sentir lors du troisième âge et s'accroissent brusquement après 75 ans. Toutefois, cela dépend du vécu de la personne et de son état de santé.

La connaissance du vieillissement biologique permet à l'animateur de mieux prendre en compte les fragilités de chacun et d'anticiper les besoins de la personne. Néanmoins, dans le cadre professionnel, la personne âgée ne doit être abordée sous l'angle du déclin de ses capacités, mais plutôt selon ses capacités restantes.

2 METHODOLOGIE

2.1 TYPE ET PERIODE D'ETUDE

C'est une étude descriptive et transversale, dans l'approche quantitative. elle couvre une période allant de janvier à juin 2020.

2.2 POPULATION CIBLE D'ETUDE

La population de notre étude est constituée des personnes dont l'âge varie entre 60 ans et 90 ans, de tous sexes confondus, vivant dans la ville de Gemena.

2.3 ECHANTILLONNAGE

2.3.1 TYPE D'ECHANTILLON

Nous avons fait recours à l'échantillon probabiliste en grappe.

2.3.2 TAILLE D'ECHANTILLON

La taille de notre échantillon est constituée de 200 personnes.

2.3.3 TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE

L'échantillonnage s'est déroulé à plusieurs étapes. Primo: Par un jeu de petits papiers numérotés de 1 à 13, nous avons tiré le quartier SEKPILI, champ de notre étude. Secundo: Nous avons tiré au sort successivement 20 avenues sur les 33 que compte le quartier. Dans chaque avenue, nous avons visité une concession sur deux. Tertio: à l'intérieur de chaque concession, nous avons interrogé toutes les personnes résidentes, âgées d'au moins 60 ans.

2.3.4 CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Pour participer à cette étude, toute personne doit remplir les critères suivants:

- Etre âgée d'au moins 60 ans;
- Etre présent pendant le déroulement de l'enquête;
- Accepter de participer à l'étude.

2.3.5 CONSIDERATION D'ORDRE ETHIQUE

Sur le plan éthique, nous avons pris toutes les dispositions pour ne pas léser les enquêtés, essentiellement concernant leur vie privée et la confidentialité, le respect des droits des sujets à accepter ou refuser de répondre à nos questions, l'anonymat était garanti.

2.4 METHODE ET TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES

2.4.1 METHODE

Pour réaliser l'étude, nous avons choisi la méthode d'enquête qui nous a permis de nous rapprocher de sujet de l'étude en vue de recueillir les informations relatives à leur accompagnement médico-social.

2.4.2 TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES

Pour récolter les données, nous avons utilisé la technique d'interview à l'aide d'un guide d'entretien.

2.4.3 INSTRUMENT DES MESURES

Le questionnaire d'enquête a servi à la collecte et l'enregistrement des données comme instrument. Au départ le questionnaire était élaboré en français. Compte tenu du fait que la majorité de personnes de troisième âge n'ont pas appris à lire, nous avons fait appel aux linguistes pour le traduire en langue locale.

2.4.4 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Après avoir été sur terrain, les données ont été directement saisies sur le logiciel SPSS, version 20.0. Après le processus d'encodage, les analyses descriptives ont été effectuées: Proportion et fréquence traduites en pourcentage en vue de caractériser l'échantillon et de décrire le phénomène étudié.

Ensuite, le test de khi-carré (χ^2) de Pearson a été utilisé pour explorer les liens entre les variables. Les résultats ont été estimés significatifs au seuil de 5%, ($P \leq 0,05$) avec une puissance statistique du test estimé à 10% ($\beta = 0,1$).

3 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

3.1 PRESENTATION DES RESULTATS

3.1.1 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Tableau 1. Répartition des enquêtés selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	%
64-68 ans	56	28
69-73 ans	50	25
74-78 ans	35	17.5
79-83 ans	21	10.5
84-88 ans	13	6.5
89-93 ans	16	08
94 et plus	09	4.5
Total	200	100

Dans ce tableau, nous avons réparti les enquêtés selon leur tranche d'âge. Il en ressort que la tranche d'âge de 64-68 ans est la plus représentée suivie de celle de 69-73 ans.

Tableau 2. Répartition des enquêtés selon le sexe

Sexe	Fréquence	%
Masculin	90	45
Féminin	110	55
Total	200	100

Ce tableau révèle que les sujets féminins sont plus représentés par rapport aux sujets masculins. La proportion est de 110 femmes soit 55 % contre 90 soit 45 % des hommes.

Tableau 3. Répartition des enquêtés selon l'état civil

Etat civil	Fréquence	%
Célibataires	00	00
Mariés	102	51
Divorcés	17	8.5
Veufs (ves)	81	40.5
Total	200	100

En ce qui concerne l'état civil des enquêtés, nous remarquons que la plupart sont mariés avec une représentation de 102 soit 51 %. Les veuf et veuves représentent 40.5 % soit 81 personnes. Viennent ensuite les divorcés, 17 soit 8.5 %. Il n'y a pas de célibataires.

Tableau 4. Répartition des enquêtés selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Fréquence	%
Sans niveau	59	29.5
Primaire	80	40
Secondaire	46	23
Supérieur	15	7.5
Total	200	100

La plupart de nos enquêtés sont du niveau secondaire, 80 soit 40 %, ceux qui sont sans niveau sont 59 soit 29,5 %. Le niveau secondaire représente 23 % soit 46 personnes. Juste une minorité, 15 soit 7,5 % des enquêtés ont pu accéder aux études supérieures.

Tableau 5. Répartition des enquêtés selon la profession

Profession	Fréquence	%
Cultivateurs	64	32
Commerçants	41	20.5
Agents de l'Etat	60	30
Travailleurs (secteur privé)	35	17.5
Total	200	100

64 soit 32 % ont dit avoir exercé la profession de cultivateurs dans leur vie; 60 enquêtés soit 30 % étaient des agents de l'Etat; les commerçants étaient 41 soit 20,5 %; les travailleurs de secteur privé sont dans proportion de 35 soit 17,5 %.

Tableau 6. Répartition des enquêtés selon la durée d'exercice de profession

Durée	Fréquence	%
5-10 ans	10	5
11-15 ans	09	4.5
16-20 ans	07	3.5
21-25 ans	12	6
26 et plus	102	81
Total	200	100

Dans ce tableau on voit que 102 enquêtés soit 81 % ont passé plus de 26 ans de profession contre 07 soit 3,5 % qui ont passé entre 16-20 ans dans leur profession respective.

Tableau 7. Répartition des enquêtés selon qu'on est en fonction ou en retraite si on avait été fonctionnaire ou travailleur

Position professionnelle	Fréquence	%
En fonction	51	53.7
Retraités	44	46.3
Total	95	100

De tous les enquêtés, 51 soit 53,7 % sont encore en fonction contre 44 soit 46,3 % qui ont été retraités.

Tableau 8. Répartition des enquêtés selon qu'ils avaient été indemnisés

Indemnisés	Fréquence	%
Oui	25	56,8
Non	19	43,2
Total	44	100

Parmi les retraités, 25 soit 56,8 % ont affirmé avoir été indemnisés, contre 19 soit qui ont dit non.

3.1.2 QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

3.1.2.1 DONNEES EN RAPPORT AVEC L'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL

Tableau 9. Répartition des enquêtés selon qu'ils sont dérangés par une maladie

Dérangés par une maladie	Fréquence	%
Oui	200	100
Non	00	00
Total	200	100

La totalité de nos enquêtés disent être dérangés par une ou plusieurs maladies liées à l'âge.

Tableau 10. Répartition des enquêtés selon le type de maladie

Maladie	Fréquence	%
HTA	69	34.5
Diabète	10	5
Hémorroïde	24	12
Cécité	12	6
RAA	46	23
Autres	39	19.5
Total	200	100

Sur la liste des maladies qui dérangent les personnes âgées, l'HTA vient en tête avec 69 soit 34,5 %, suivi de RAA 46 soit 23 %; hémorroïde 24 soit 12 %; cécité 12 soit 6 %; diabète 10 soit 5 %; et les autres maladies passagères 39 soit 19,5 %.

Tableau 11. Répartition des enquêtés selon qu'ils sont pris en charge par une structure sanitaire

Pris en charge	Fréquence	%
Oui	155	77.5
Non	45	22.5
Total	200	100

Sur 200 enquêtés, 155 soit 77,5 % disent avoir accès à une structure de santé pour les soins en cas de crise alors 45 soit 22,5 %, n'ont pas accès aux soins.

Tableau 12. Répartition des enquêtés selon la modalité de prise en charge des frais médicaux

Modalité	Fréquence	%
Par sois- même	48	31
Par ses enfants	100	64,5
Par une tierce personne	05	3,2
Par l'Etat	02	1.3
Total	155	100

Les principaux enseignements qui se dégagent de ce tableau sont que la plupart des parents sont soutenus par leurs enfants pour faire face aux frais de soins. Ainsi 100 parents soit 64,5 % ont affirmé bénéficier du soutien des enfants pour payer les frais de soins; suivis 50 soit 32,3 % qui disent subvenir eux-mêmes à leurs soins; 05 autres soit 3,2 % sont soutenus par des tierces personnes. L'appui de l'Etat congolais est très minime.

Tableau 13. Répartition des enquêtés selon les raisons de non accès à une structure sanitaire

Raison	Fréquence	%
Manque de moyens	35	77.8
Coût élevé des soins	09	20
Inefficacité des soins	01	2,2
Distance avec la structure	00	00
Total	45	100

Parmi les raisons justifiant le non accès de certains enquêtés aux soins se trouve en tête, le manque de moyen avec 35 cas soit 77,8 %; les coûts des soins 9 soit 20 %.

Tableau 14. Répartition des enquêtés selon les moyens utilisés pour se soigner

Moyen	Fréquence	%
Automédication	07	15.5
Ancienne ordonnance	07	15.5
Produits indigènes	31	69
Total	45	100

Pour se soigner, 31 enquêtés soit 69 % utilisent les produits indigènes; 7 soit 15,5 % à l'automédication; 7 autres recourent aux anciennes ordonnance.

3.1.2.2 DONNEES EN RAPPORT AVEC L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Tableau 15. Répartition des enquêtés selon qu'ils ont eu des enfants

Ont eu des enfants	Fréquence	%
Oui	172	86
Non	28	14
Total	200	100

De toute la population d'étude, 172 soit 86 % ont dit avoir eu des enfants contre 28 soit 14 % qui n'en ont pas eu.

Tableau 16. Répartition des enquêtés selon qu'ils bénéficient de l'assistance de leurs enfants

Assistance des enfants	Fréquence	%
Assistés	135	78.5
Non assistés	37	21.5
Total	172	100

Pour les parents qui ont eu des enfants, 135 soit 78,5 % acceptent bénéficier de l'assistance de leurs enfants contre 37 soit 21,5 %

Tableau 17. Répartition des enquêtés selon le lieu d'hébergement

Hébergement	Fréquence	%
Sans domicile fixe	19	9.5
Appartement individuel	115	57.5
Appartement familial	66	33
Home gériatrique	00	00
Unités spécialisées	00	00
Total	200	100

En ce qui concerne le milieu d'habitation, 115 enquêtés soit 57,5 % vivent dans un appartement individuel; 66 soit 33 % dans l'appartement familial. Ceux qui sont sans domicile fixe sont 19 soit 9,5 %. Il n'y a aucun home de vieillard ni des unités spécialisées pour personnes...

Tableau 18. Répartition des enquêtés selon qu'ils bénéficient des actions sociales ou caritatives

Actions sociales	Fréquence	%
Oui	02	01
Non	188	94
Quelquefois	10	05
Total	200	100

La majorité de nos enquêtés ne bénéficient des actions sociales ou caritatives comme le démontre ce tableau. Quelques-uns, de manière sporadique, reçoivent de l'aide soit des politiciens, soit des organisations religieuses.

Tableau 19. Répartition des enquêtés selon la modalité de satisfaction de besoins fondamentaux

Satisfaction de besoins	Fréquence	%
Par la mendicité	14	07
Par le petit commerce	16	08
Appuis des enfants	135	67.5
Autres	35	17.5
Total	200	200

On note dans ce tableau que ce sont encore des enfants qui aident leurs parents à satisfaire les besoins fondamentaux. 135 parents soit 67, 5 % reçoivent de l'aide de leurs enfants pour survivre; 16 soit 8 % vivent de petit commerce; alors que 14 soit 7 %, de la mendicité.

Tableau 20. Répartition des enquêtés selon qu'ils sont accompagnés ou non en cas de dépendance

Dépendance	Fréquence	%
Accompagnés	158	79
Non accompagnés	42	21
Total	200	100

Ce tableau révèle que 158 soit 79 % enquêtés disent être accompagnés en cas de dépendance contre 42 soit 21 % qui affirment le contraire.

Tableau 21. Répartition des enquêtés selon leur avis sur la considération qu'ils ont dans la société

Considération	Fréquence	%
Hommes respectés	153	76.5
Rejetés	35	17.5
Sorciers	12	06
Total	200	100

Il ressort de ce tableau que 153 personnes soit 76,5 % se considèrent respectées dans la société; 35 autres, soit 17,5 % se sentent rejetées.

3.2 ANALYSE DES RESULTATS

Tableau 22. Lien entre l'accompagnement médico-social et les enfants

Accompagnement médico-social	Appui des enfants			XX ²	dddl	pp
	OOui	NNon	TTot			
Accès à une structure de soins	1100	055	1155	1116,7	33	00.05
Prise en charge de frais médicaux	1100	055	1155			
Assistance en cas de dépendance	1135	037	1172			
Satisfaction de besoins	1135	049	1184			
Total	1470	1196	6666			

Dans ce tableau, la colonne de oui représente les enquêtés qui ont des enfants, à l'opposé de la colonne de non, qui désigne ceux qui n'ont pas eu d'enfants. La lecture de ce tableau, montre que l'accompagnement médico-social des personnes âgées est significativement associé aux enfants, car le test khi carré de deux ($X^2_{cal 0,05}=116,7$) est significatif au seuil de 5 %. Les calculées sont nettement supérieures aux tabulaires ($X^2_{tab 0,05}=7,815$; k=3).

Tableau 23. Lien entre l'accompagnement médico-social et l'appui de l'Etat

Accompagnement médico-social	Appui de l'Etat			xX ²	dddl	pp
	OOui	NNon	TTot			
Prise en charge des frais médicaux	002	1153	0155	00,346	22	00.05
Logements sociaux	000	019	019			
Action caritative	002	1198	0200			
Total	004	3370	0374			

Au regard des résultats du tableau n° 23, nous constatons la non significativité de lien entre l'accompagnement médico-social et l'appui de l'Etat, car le test khi carré calculé ($x^2_{cal} = 0,346$) est très inférieur au khi carré tabulaire ($X^2_{tab 0,05} = 5,991$; k= 2). Le test est donc statistiquement non significatif.

4 DISCUSSION

Le 3^e et 4^e âges sont les deux moments précieux de la vie marquée par la sagesse et l'expérience, mais aussi de fragilité suite à la vulnérabilité à laquelle ils font face. Fragilité parce que à cet âge, on note la diminution de la force physique, de l'acuité visuelle, de la résistance aux maladies, la perte de l'autonomie, de rôle social...

La société est tenue de mettre en place des actions sur le plan médical et social en vue de les soutenir. L'accompagnement médico-social de ce groupe de gens vulnérable s'avère donc très indispensable.

Les personnes âgées se rencontrent dans toutes les sociétés. Mais leurs soins diffèrent d'un lieu à l'autre. Dans les pays riches, de plus en plus de moyens sont disponibilisés pour leur accompagnement médico-social.

En Suisse par exemple, la promotion de la santé et la prévention sont appelées à contribuer, à la gestion des conséquences individuelles et sociales du vieillissement démographique. Différents cantons ont déjà lancé des mesures et des programmes aidant les personnes âgées à préserver le plus longtemps possible leur santé physique et psychique. Depuis le milieu du XX^e siècle, les dépenses de santé en Suisse n'augmentent généralement plus vite que l'économie globale. La part des frais de santé dans le produit intérieur brut (PIB) a plus que doublé au cours des 50 dernières années. En 2013, les dépenses liées aux prestations de santé se montaient à près de 70 milliards de francs soit 10,9 % du PIB. Près d'un tiers (30 %) des dépenses générales de santé sont générées par les 75 ans et plus, alors qu'ils ne constituent que 8 % de la population globale (Dominik weber, 2016, op.cit.)

Si dans certains pays d'Afrique, des efforts sont conjugués dans ce domaine, il n'en est pas le cas dans beaucoup d'autres. Dans notre pays la RDC, il n'y a pas une politique claire en cette matière. De plus en plus en plus des personnes âgées sont délaissées, abandonnées à charge des familles, elles-mêmes très pauvres.

Au terme de notre étude, il ressort que la majorité de personnes âgées dans la ville de Gemena, sont pris en charge par leurs enfants. Aucune initiative des autorités tant nationales, provinciales que municipales n'est entreprise ni envisagée. En conséquence, certains vieillards se livrent à la mendicité pour vivre. Cela entraîne en retour leur rejet par la société, étant considérés comme des sorciers. Un véritable cercle vicieux.

L. Fourn, A.M. Yacoubou et Th. Zohoun dans, **essai d'évaluation des aspects médicaux du vieillissement au Benin**, rapportent les résultats d'une enquête transversale sur certains aspects médicaux du phénomène de vieillissement. Leur étude met l'accent entre autres sur la pathologie douloureuse qui prédomine à cet âge au niveau ostéo-articulaire (77,8 %) et sur de divers troubles responsables de la perte de l'autonomie physique des sujets enquêtés. Les personnes âgées préfèrent plus se soigner à domicile par le biais de l'automédication (32 %) ou par les tradipraticiens (12,6 %) que d'avoir recours au dispensaire (38 %). Le travail souligne également l'effritement progressif du système traditionnel de solidarité envers les personnes âgées et suggère que le personnel de santé se préoccupe désormais des problèmes de santé liés au vieillissement avec un accent particulier sur les mesures de prévention.

Ces auteurs affirment à la conclusion de leur étude que la politique sanitaire de nos pays Africains ne s'est jamais penchée sur les problèmes gérontologiques qui risquent de s'imposer dans quelques années.

Ces résultats corroborent ce que nous avons trouvé dans notre étude. En effet, beaucoup de personnes âgées dans notre milieu font face à des nombreuses maladies. Pour se soigner, certains ont recours à l'automédication, aux tradipraticiens faute de moyen pour consulter un service médical. Cette situation est aggravée par la pauvreté, l'absence de la politique de prise en charge des vieillards par l'Etat Congolais.

5 CONCLUSION

Notre étude porte sur l'accompagnement médico-social de personnes de 3^e âge dans ville de Gemena, particulièrement dans le quartier SUKIA. Tout est parti d'un constat amer et une triste réalité sur l'abandon des vieillards dans nos milieux. Dans les rues de Gemena, il n'est pas rare de trouver des personnes âgées soit entrain de mendier, soit transportant des lourdes charges sur la tête pour aller vendre. Alors ils devaient s'offrir un repos mérité.

L'objectif que nous nous sommes fixés est de cerner les conditions socio-économiques et sanitaires dans lesquelles vivent les personnes de 3^e âge dans notre milieu. Mais aussi, identifier les obstacles à leur accompagnement.

Nous avons utilisé un devis descriptif, transversal dans l'approche qualitative. Le type d'échantillonnage était du type probabiliste en grappe, avec une taille d'échantillon constituée de 200 personnes.

Le questionnement que nous nous sommes fait est celui de savoir comment se fait l'accompagnement médico-social des personnes âgées dans la ville de Gemena. Nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle l'accompagnement médico-social des personnes âgées est quasi inexistant dans la ville de Gemena à cause: de la pauvreté; de l'abandon des enfants et le non appui de l'Etat congolais.

Au terme de notre étude, nous sommes arrivés à la conclusion que l'accompagnement médico-social des personnes âgées est assuré en grande partie grâce à l'appui des enfants, alors que l'appui de l'Etat Congolais est nul.

REFERENCES

- [1] AMULI JIWE et NGOMA, (2014) Méthodologie de la recherche scientifique en soins infirmiers, Médiaspaul, RD Congo.
- [2] Annick Morel, Olivier Veber, société et vieillissement, 2011, Paris Anonyme, Enquête Démographique et Sanitaire (EDS-RDC), 2013-2014.
- [3] Anonyme, Rapport du conseil d'Etat au grand conseil à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (planification médico-sociale pour les personnes âgées), 2012, Paris.
- [4] Augustin TSHITADI MAKANGU et Alpha-Sandul LANDU MAKESI, problèmes spéciaux de recherche en administration et enseignement en soins infirmiers, 2016.
- [5] BOLELA MOSSILY Oscar, facteurs déterminant l'automédication chez les personnes du 3e âge, ISTM Gemena, mémoire de licence, inédit, 2016.
- [6] DOLE DAWILI David, perception des enseignants des écoles infirmières de Gemena sur l'instabilité professionnelle, mémoire de licence, ISTM Gemena, 2017.
- [7] DOLE Philémon, Impact de l'éducation aux compétences à la vie sur les connaissances et pratiques des élèves sur la sexualité, mémoire de licence, ISTM Gemena, 2017.
- [8] Dominik Weber, Santé et qualité de vie des personnes âgées, 2016, suisse.
- [9] François Romaneix, plan bien vieillir: améliorer la prise en charge des personnes âgées, 2009.
- [10] Isabelle JEUGE-MAYNART, Le Larousse illustré, 2010.
- [11] L. FOURN, A.M. YACOUBOU, Th. ZOHOUN, Essai d'évaluation des aspects médicaux du vieillissement au Benin.
- [12] Monique Weber, M. Yves Vérollet, la dépendance des personnes âgées, 2011,.
- [13] OMANYONDO OHAMBE M.C., notes de cours de Gérontologie, L1 EASI, ISTM Gemena, 2018.
- [14] OMANYONDO OHAMBE M.C., notes de cours de Méthodologie de la recherche scientifique en soins infirmiers, L1 EASI, ISTM Gemena, 2018.
- [15] Pascal RUTTEN, Soutenir les liens sociaux de la personne âgée dépendante pour une vie de qualité à domicile, 2003.
- [16] W. Pelemans, le profil gériatrique.