

Micro-crédit, Augmentation du pouvoir d'achat et Amélioration des conditions de vie des populations précaires en milieu urbain africain : Résultats d'une expérience menée dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa, Congo.

Manzambi Kuwekita J^{1,2}., Gosset C³., Guillaume M⁴., Nsita Zaya-Nsita B²., Tshetu Pongo G²., Eloko Eya Matangelo G²., Balula Semutshari M-P⁵., Tshiana Kabongo E²., Bruyère O¹., Reginster J-Y¹.

1. *Université de Liège, Faculté de Médecine, Département des Sciences de la Santé Publique, Service de Santé Publique, d'Epidémiologie et d'Économie de la Santé. Liège, Belgique.*

2. *Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Section de Santé Communautaire, Congo*

3. *Université de Liège, Faculté de Médecine, Département des Sciences de la Santé Publique, Service de Santé Publique – Aspects Généraux. Liège, Belgique.*

4. *Université de Liège, Faculté de Médecine, Département des Sciences de la Santé Publique, Service de Santé Publique – Aspects Spécifiques. Liège, Belgique.*

5. *Institut Supérieur des Techniques Médicales d'Ipamu, Idiofa, Bandundu, Congo.*

Résumé

Cette étude analyse les possibilités d'amélioration des conditions de vie des micro-entrepreneurs en augmentant leur pouvoir d'achat par le micro-crédit octroyé par le Programme National d'Appui à la Protection Sociale (PNPS), dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa, Congo, par une enquête exhaustive en 2008. Les prêts obtenus ont été investis dans : la farine de blé ou de froment (37,5%), les féculents (20,3%), les vivres frais (15,6%), les fruits et/ou légumes (14,1%), la petite restauration (6,3%), les poissons fumés et/ou salés (3,1%), la friperie (1,6%) et les matériaux électriques (1,6%).

Les principaux résultats de cette étude ont montré que 68,8% des vendeuses financées ont déclaré une augmentation de leur pouvoir d'achat. Les micro-entrepreneurs qui ont déclaré avoir amélioré leurs conditions de vie ont associé cela à l'amélioration de leur accès aux soins de santé (86,4%), à la scolarisation de leurs enfants (54,6%), à l'approvisionnement de leur ménage en nourriture (40,9%), au remboursement de dettes contractées auprès de tiers (22,7%) et au paiement de loyer (18,2%) ($p=0,003$). L'analyse bivariée a montré que ceux qui ont investi l'intégralité du prêt dans le capital de l'activité financée ont vu leur pouvoir d'achat augmenter (65,6%) (OR=3,7). En l'absence d'une protection sociale adéquate, l'octroi de prêts permet aux individus et aux ménages de se prémunir contre les risques : les crédits servent au fonds de roulement de l'activité, à financer le capital humain et social ainsi qu'à la gestion de la trésorerie pour l'amélioration des conditions de vie.

Mots-clés :

Micro-crédit, Amélioration du pouvoir d'achat, Financement de la Santé, Populations précaires, Milieu urbain africain, Zone de santé de Bandalungwa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

Introduction

Plusieurs études montrent qu'il est compliqué d'isoler les effets spécifiques du micro-crédit sur le niveau de vie des bénéficiaires (Duflo. & Parienté, 2009 ; Banerjee & Duflo, 2009 ; Jeannin & Sangare, 2007) : de nombreuses études récentes ont été menées dans le but d'améliorer l'existant plutôt que de prouver l'existence de l'impact social. Dans ce travail, nous avons surtout comparé d'une part les groupes de micro-entrepreneurs qui ont déclaré avoir augmenté leur pouvoir d'achat et avoir amélioré les conditions de vie de leurs ménages et, d'autre part, ceux qui ont déclaré le contraire. Les prêts ont été accordés aux personnes exerçant déjà une activité au moins six mois avant. En République Démocratique du Congo, les paiements directs représentent 81,7% du total des dépenses de santé, ce qui traduit un manque de couverture par la protection sociale de la santé (BIT/STEP, 2007). C'est ainsi que, sur proposition d'un des auteurs du présent article, le Chef de l'État congolais a créé le Programme National d'Appui à la Protection Sociale (PNPS) (J.O de la RDC, 2005) en vue de rendre effective la protection sociale pour tous, au regard du rôle que confère l'Organisation Internationale du Travail (OIT) aux pouvoirs publics (Develtere *et al.*, 2004). Pour y parvenir, le PNPS a mis en place trois projets pilotes : le micro-crédit, l'assurance maladie obligatoire et le Centre Médical Mélissa. En dépit de la diversité des résultats, plusieurs études confirment que les effets du micro-crédit se mesurent notamment en termes d'une meilleure gestion de la trésorerie familiale, de consommation des soins de santé et de la scolarisation des enfants (Guérin *et al.*, 2009). La présente étude essaie d'analyser les éléments sur lesquels le micro-crédit peut agir en vue d'améliorer les conditions de vie des ménages de bénéficiaires de prêts.

Matériel et méthodes

L'expérience a été menée dans deux aires de santé quasi identiques, Lumumba et Makelele, dans la zone de santé de Bandalungwa, où habitaient les micro-entrepreneurs qui présentaient les mêmes caractéristiques socio-économiques. Les prêts à accorder variaient entre 200\$US et 600\$US. Vu le nombre réduit de micro-entrepreneurs, un échantillonnage exhaustif était effectué. Des fiches d'informations étaient distribuées hebdomadairement à chaque micro-entrepreneur pour l'enregistrement quotidien des données du ménage : survenue de maladie et recours aux soins, nombre de repas consommés, type de nourritures consommées par repas.

Psychologie et Société Nouvelle, Vol. XII, n°3

Trois structures mutualistes pilotes étaient implémentées pour financer les soins offerts au Centre Médical Mélissa (CMM) : l'assurance maladie obligatoire (AMO), la Mutuelle des entrepreneurs non bénéficiaires du micro-crédit et la Mutuelle communautaire d'aire de santé couvrant la population de l'aire de santé du CMM. Un logiciel de gestion de l'assurance maladie et du micro-crédit était implémenté pour l'identification des bénéficiaires de micro-crédit et leurs membres de ménage, le suivi quotidien des cotisations, la production de cartes de membres et leur lecture. Le CMM était aussi ouvert au public.

Outre la cotisation obligatoire à l'AMO, la constitution d'une épargne équivalente au montant emprunté était obligatoire. Les micro-entrepreneurs devaient s'organiser en groupes solidaires. Chaque semaine, un agent de crédit réunissait les groupes à un endroit précis pour le remboursement public (World Bank, 2007), le suivi, l'information et la formation.

La couverture des soins n'était accordée qu'aux clients en ordre de cotisation. Trois étudiants de deuxième licence en santé communautaire à l'ISTM-Kin, formés pendant 12 heures aux techniques d'enquête, ont administré le questionnaire sous la supervision d'un Professeur d'Université et deux de ses Assistants. Les enquêteurs s'identifiaient auprès des personnes interrogées comme « étudiants de l'ISTM-Kin ». Le questionnaire, comportant 35 questions, a été pré testé dans une autre aire de santé de Bandalungwa en août 2008. Les enquêtes se sont déroulées en septembre 2008. Les données démographiques recueillies incluaient les caractéristiques du répondant et celles du ménage. Le ménage était défini comme l'ensemble des personnes vivant sous un même toit.

Les variables utilisées dans cette communication ne concernent que les micro-entrepreneurs bénéficiaires du microcrédit et proviennent de trois questions ouvertes: Le prêt obtenu a-t-il amélioré le pouvoir d'achat de votre ménage? Le prêt contracté a-t-il amélioré les conditions de vie dans votre ménage? Si oui, à quoi associez-vous cette amélioration? Quelles sont les dépenses du ménage que vous avez effectuées grâce au bénéfice tiré du microcrédit? Les réponses à ces questions ont ensuite été regroupées en grandes catégories afin de faciliter l'analyse. Ainsi, dans la catégorie 'amélioration des conditions de vie' nous avons regroupé les réponses suivantes : alimentation, paiement de loyer, accès aux soins de santé et scolarisation d'enfants, continuité de la constitution de l'épargne. Par

Psychologie et Société Nouvelle, Vol. XII, n°3

‘contribution régulière à l’assurance-maladie’ on voulait entendre avoir tout au plus un retard de paiement de la prime d’assurance d’une durée d’1 mois (≤ 1 mois). De même, par ‘amélioration du pouvoir d’achat on devait entendre l’augmentation des revenus d’activités commerciales exercées.

Les données ont été analysées à l’aide du logiciel SPSS pour Windows (version 12.0.1) (Manzambi et Reginster, 2013a). Les résultats sont présentés sous forme de moyennes, d’écart-type et de proportions. Le test du chi carré a été utilisé pour mesurer l’association entre les variables regroupées. L’odds ratio a mis en évidence la chance d’améliorer le pouvoir d’achat et de contribuer régulièrement à l’assurance-maladie afin de financer les soins de santé grâce à l’obtention du micro-crédit.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques du répondant

Tous les répondants étaient des femmes, d’un âge moyen de 45 ± 3 ans, dont 64,1% étaient mariés. 54,7% n’ont pas achevé les études secondaires, 15,6% étaient diplômés du secondaire, 14,1% n’ont pas terminé le niveau primaire, 10,9% se sont déclarées analphabètes et 4,7% avaient un diplôme du supérieur. S’agissant de ménages, 62,5% étaient composés de moins de 7 personnes tandis que 37,5% étaient constitués d’au moins 7 personnes.

Activités génératrices de revenus exercées

Les prêts ont été investis dans la vente de : farine de blé ou de froment (37,5%), féculents (manioc et/ou maïs) (20,3%), vivres frais (15,6%), fruits et/ou légumes (14,1%), repas chauds complets (6,3%), poisson fumé et/ou salé (3,1%), friperie (1,6%) et matériel électrique (1,6%).

Relation entre investissement et augmentation du pouvoir d’achat

44 micro-entrepreneurs (68,8%) déclarent avoir amélioré leur pouvoir d’achat dont 38,6% ont bénéficié, à trois reprises au moins, d’un financement trimestriel d’au moins 200\$US tandis que 61,4% ont reçu, à trois reprises au moins, une somme inférieure à 200\$US. Par ailleurs, de 44 micro-entrepreneurs qui ont déclaré avoir amélioré leur pouvoir d’achat, 33 (75%) ont investi la totalité du prêt dans l’activité (achat de produits financés par le projet). Dans l’ensemble, 65,6% de micro-entrepreneurs ont investi la totalité du crédit dans l’activité financée tandis que les 34,4% autres ont dépensé une partie du prêt dans d’autres besoins du ménage.

Affectation du prêt obtenu à d'autres besoins du ménage

Après avoir obtenu le prêt, 22 micro-entrepreneurs (34,4%) ont dépensé une partie du prêt pour d'autres besoins : 19 (86,4%) dans les soins de santé, 12 (54,6%) dans les frais scolaires des enfants, 9 (40,9%) dans l'alimentation, 5 (22,7%) pour rembourser d'autres prêts et 4 (18,2%) pour le paiement du loyer. De ceux qui ont dépensé une partie du prêt pour le financer des soins de santé, 11 (57,9%) ont aussi consacré une partie du prêt dans les frais scolaires, 8 (42,1%) dans la provision alimentaire, 4 (21,1%) au remboursement de prêt aux tiers et 1 (5,3%) pour payer le loyer. De ceux qui ont prioritairement dépensé une partie du prêt dans les frais scolaires avant d'investir dans l'activité financée, 11 (91,7%) ont aussi dépensé pour les soins de santé, 8 (66,7%) pour l'alimentation, 4 (33,3%) pour le remboursement de prêts aux tiers et 1 (8,3%) pour payer le loyer. Parmi ceux qui ont prioritairement dépensé une partie du prêt dans l'alimentation, 9 (100%) ont également dépensé pour les soins de santé, 8 (88,9%) pour la scolarité des enfants, 4 (44,4%) pour le remboursement d'un autre prêt et 1 (11,1%) pour payer le loyer. De même, ceux qui ont prioritairement consacré une partie du prêt dans le remboursement de prêt aux tiers, tous ont aussi dépensé pour des soins de santé, 4 (80%) dans les frais scolaires, 2 (40%) dans l'alimentation et 1 (20%) pour le paiement de loyer. Enfin, de ceux qui ont prioritairement dépensé une partie du prêt pour le paiement de loyer avant la réalisation du projet, tous ont aussi dépensé pour des soins de santé et les frais scolaires de leurs enfants, 3 (75%) pour l'alimentation et 1 (25%) pour le remboursement de prêts aux tiers.

Bénéfice réalisé et augmentation du pouvoir d'achat

Le tableau 1 montre que de l'ensemble de ceux qui ont bénéficié d'un prêt, 44 (68,6%) ont fait du bénéfice. D'autre part, de l'ensemble de ceux qui ont déclaré avoir fait du bénéfice, 36 (81,8%) ont déclaré avoir amélioré leur pouvoir d'achat. Avec une valeur de $p < 0,005$, le tableau 1 montre que la réalisation de bénéfice est significativement associée à l'amélioration du pouvoir d'achat. En effet, ceux qui ont déclaré avoir réalisé un bénéfice ont également déclaré avoir 6,38 fois plus amélioré leur pouvoir d'achat que d'autres micro-entrepreneurs.

Augmentation du pouvoir d'achat vs amélioration des conditions de vie

De tous les emprunteurs, 50 (78,1%) ont déclaré avoir amélioré leurs conditions de vie dont 39 (88,6%) ont également déclaré avoir augmenté leur pouvoir d'achat ($p < 0,005$). Ceux qui ont déclaré avoir augmenté leur pouvoir d'achat ont 6,38 fois plus amélioré leurs conditions de vie que

Psychologie et Société Nouvelle, Vol. XII, n°3

d'autres. L'augmentation du pouvoir d'achat est donc significativement associée à l'amélioration des conditions de vie.

Tableau 1. Bénéfice réalisé et pouvoir d'achat

		Pouvoir d'achat amélioré		
		Oui	Non	Total
Bénéfice réalisé	Oui	36	8	44
	Non	8	12	20
Total		44	20	64

$$\chi^2 = 11,192 ; p = 0,001 ; OR = 6,75$$

Tableau 2. Amélioration des conditions de vie et pouvoir d'achat.

		Augmentation du pouvoir d'achat		
		Oui	Non	Total
Amélioration des conditions de vie	Oui	39	11	50
	Non	5	9	14
Total		44	20	64

$$\chi^2 = 9,103 ; p = 0,003 ; OR = 6,38$$

Discussions

Montant du prêt et pouvoir d'achat

De l'ensemble de 19 micro-entrepreneurs dont le total de prêts était d'au moins 200\$ US, 17 (89,5%) ont déclaré avoir amélioré leur pouvoir d'achat ($p=0,020$). En effet, la chance d'augmenter son pouvoir d'achat est d'environ six fois plus élevée chez les micro-entrepreneurs ayant obtenu un prêt compris entre 200\$ US et 600\$ US que ceux qui en ont obtenu moins. Ce constat pourrait aussi être lié à la politique de crédit du PNPS qui préconisait qu'un client qui obtenait un prêt de 200\$ US remboursable en trois, devait constituer durant les trois mois, une épargne de 200\$. Cette épargne lui était rendue publiquement, en présence de ses pairs. De même, le client qui obtenait un prêt de 300\$ US, 400\$ US, 500\$ US ou 600\$ US recevait, à la fin du cycle, respectivement 300\$ US, 400\$ US, 500\$ US ou 600\$ US, représentant son épargne durant le cycle. L'augmentation du pouvoir d'achat s'est caractérisée notamment par la capacité des ménages à se procurer au moins deux repas par jour au lieu d'un seul repas, d'avoir pu

Psychologie et Société Nouvelle, Vol. XII, n°3

scolariser certains enfants non scolarisés l'année d'avant. Dans une étude menée à Andhra Pradesh (Inde), il a été également mis en évidence que 52% de bénéficiaires de micro-crédits ont connu une augmentation de revenus (Guérin *et al.* 2009), de même que dans un autre État indien, il est dit que deux-tiers de bénéficiaires de micro-crédits connaissent une augmentation de revenu liée à l'activité entreprise (Guérin *et al.*, 2009). Une croissance économique élevée ne s'accomplit pas sans augmenter l'accès des populations aux facteurs de production tels le crédit, qui permettrait aux pauvres de s'engager dans les activités économiques et améliorer le revenu de leurs ménages (Audi et Achegbulu 2009).

Affectation du prêt

Parmi les 64 micro-entrepreneurs financés, 65,6% ont investi la totalité du prêt dans le projet pour lequel ils l'ont contracté dont 33 (78,6%) ont déclaré avoir augmenté leur pouvoir d'achat ($p=0,019$) et les 21,4% autres ont dit n'avoir pas amélioré leur pouvoir d'achat. En effet, la chance d'augmenter son pouvoir d'achat est d'environ quatre fois plus élevée chez ceux ayant investi la totalité du prêt dans le projet pour lequel ils l'ont obtenu que ceux qui ont dépensé une partie du prêt à d'autres dépenses du ménage, ce qui paraît logique : la partie du prêt investie dans un investissement du ménage améliore le confort du ménage dans le domaine couvert par cet investissement plutôt que les bénéfices générés par le projet bénéficiaire du prêt.

Les résultats d'une étude menée au Nigéria (Okpukpara, 2009) confirment aussi qu'une frange d'emprunteurs consacre une partie du prêt dans d'autres dépenses du ménage (Bouquet *et al.*, 2007 ; Labie *et al.*, 2007) pour se prémunir contre les risques : les clients recourent aux prêts notamment pour diversifier les sources de revenu, niveler les rentrées d'argent, la consommation, l'investissement dans les immobilisations pour l'entreprise, constituer un patrimoine financier, acquérir des biens matériels, renforcer le capital humain en finançant la scolarisation des enfants et les dépenses de la santé (CGAP., 2000 ; Bouquet *et al.* 2007 ; Matin *et al.*, 2002).

Ces résultats confirment ce que dit la littérature à cet effet : les crédits contractés permettent non seulement de soutenir l'activité génératrice de revenus, mais aussi répondre à la diversité des besoins des ménages (Duflo & Parienté, 2009) dans la gestion de leurs finances. Ils peuvent s'expliquer par le fait que la majorité de la population de Kinshasa vit dans la précarité : les dépenses globales par tête par an évaluées à 315\$US dont une

Psychologie et Société Nouvelle, Vol. XII, n°3

prédominance des dépenses alimentaires (58,1% chez les pauvres), la part des dépenses de santé des non pauvres évaluée à 2,1% tandis que les dépenses d'éducation sont de l'ordre de 3,9% chez les pauvres (8,5% chez les non pauvres), en sorte que les ménages pauvres investissent moins dans le capital humain (santé et éducation) et accroissent la probabilité pour leurs progénitures de demeurer dans la pauvreté (PNUD, 2009).

Cette précarité est notamment due à la mauvaise situation de la sécurité sociale aggravée par des maigres budgets alloués aux secteurs sociaux qui, du reste, parviennent assez rarement à destination : une bonne partie empochée par des dirigeants à un niveau ou à un autre, grâce notamment au fait que les fonds publics circulent de mains à mains, et quasi jamais par le système bancaire, ainsi qu'à l'insuffisance de liquidité dans les caisses du Trésor public. Les efforts du gouvernement congolais de payer les salaires des fonctionnaires et agents de l'État par voie bancaire sont à encourager et devraient s'étendre à toutes les dépenses et recettes de l'État, y compris dans les entreprises publiques et para publiques.

En effet, selon les déclarations à la presse du Vice-Premier Ministre et Ministre congolais du budget le 21/08/2012, le trésor public congolais a économisé 1.086.956USD de la paie de fonctionnaires et agents de l'État de la ville de Kinshasa par voie bancaire (Le Palmarès, 2012). De telles masses d'argent permettraient à l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) d'améliorer la qualité de ses prestations vis-à-vis du public et d'étendre, tant soit peu, la couverture de la protection sociale au plus grand nombre.

Ces résultats suggèrent que les pouvoirs publics mettent sur pied des mécanismes qui facilitent l'accès des populations aux soins de santé, réduisent le coût de scolarité des enfants et permettent à tous de se loger dans la dignité. Les efforts récents du gouvernement congolais de bâtir des logements à loyer modéré pour les plus pauvres en milieu urbain sont à encourager.

Micro-crédit, pouvoir d'achat, bénéfice et amélioration des conditions de vie

Cette étude montre que de ceux qui ont déclaré avoir réalisé du bénéfice, 36 (81,8%) ont augmenté leur pouvoir d'achat ($p=0,001$). Ceux qui disent avoir augmenté leur pouvoir d'achat ont eu 7 fois plus de chance de faire du bénéfice que ceux qui ont déclaré n'avoir pas augmenté leur pouvoir d'achat. Cela s'explique en partie par le fait qu'en RDC, sur les 9 risques que prévoient la convention 102 de l'OIT (Les Codes Larquier, 2003), seuls 5 ont été

Psychologie et Société Nouvelle, Vol. XII, n°3

ratifiés et regroupés en 3 branches, gérées par l'INSS : des prestations aux familles (allocations familiales), en expérimentation au Katanga depuis la période coloniale jusqu'à ce jour; des risques professionnels (les accidents du travail et la maladie professionnelle) et des pensions ou risques non professionnels (prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants). Par conséquent, 41,6% des ménages vivent dans la pauvreté : insuffisance de services de santé (10,4 lits pour 100.000 habitants et 1 médecin pour 4.865 habitants) en 2005(PNUD, 2009).

L'amélioration des conditions de vie était perçue comme avoir pu à la fois, nourrir au moins deux fois par jour son ménage, accéder aux soins de santé en cas de besoin, scolariser avec moins de difficulté que l'année précédente les enfants à charge, honorer ses dettes envers les tiers. Chez les clients en ordre de cotisation à l'assurance maladie obligatoire, l'augmentation du pouvoir d'achat était aussi liée à la suppression de la quasi-totalité de frais autrefois destinés aux dépenses de santé du ménage, représentant environ la moitié des dépenses. En effet, selon la politique de crédit du PNPS, les patients ne payaient plus que 2\$ US de ticket modérateur à chaque épisode de maladie ou à tout contact pour un nouveau cas avec la structure de santé (10\$US pour les non-affiliés), les 7 premiers jours d'hospitalisation étaient gratuits (15\$US/jour pour les non-affiliés), 20% du coût de la prescription médicale (100% pour les non-affiliés), 10% à 40% du coût des examens de laboratoire (100% pour les non-affiliés), 30% à 40% du coût des interventions chirurgicales (allant de 100\$US à 500\$US) (100% pour les non-affiliés).

Les populations en situation de précarité ont besoin de services financiers qui les aideront à maintenir et à améliorer la consommation des ménages, relever leurs revenus directs et augmenter la productivité (Matin *et al.* 2002 ; Manzambi & Reginster, 2013). Le tableau 2 montre que l'augmentation du pouvoir d'achat peut entraîner la perception d'amélioration des conditions de vie du ménage. En effet, un individu vivant dans la précarité qui augmente progressivement son pouvoir d'achat a six fois plus de chance de voir les conditions de vie de son ménage s'améliorer.

Ainsi, selon une autre étude (Mosley & Hulme, 1998), souvent les revenus engendrés par le micro-crédit servent notamment à diminuer les dépendances et à améliorer les conditions de vie à travers la consommation telle l'amélioration de l'alimentation, l'augmentation des frais de scolarité et de santé, de même que l'amélioration de l'habitat. Pour d'autres, le crédit

augmente les niveaux de revenu, accroître l'emploi au niveau des ménages et ainsi atténuer ou réduire la pauvreté car selon Navajas *et al.* (2000) dans Audi et Achegbulu (2009), le non accès des pauvres au crédit peut avoir un impact négatif au niveau domestique tel la sécurité alimentaire, la nutrition, la santé et le bien-être général.

Conclusion

La lecture de ce papier montre que cette recherche a des limites. En effet, l'étude portant sur la population d'une zone de santé ne possédant pas nécessairement les mêmes caractéristiques que l'ensemble de la population de la ville de Kinshasa, les résultats ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble de la population. En outre, il n'a pas été possible d'évaluer les revenus globaux des ménages, et l'approche utilisée n'a pas permis d'isoler les effets spécifiques du micro-crédit sur les micro-entrepreneurs, étant donné notamment l'absence d'un groupe de comparaison non bénéficiaire du micro-crédit. L'étude n'a pas pu déterminer avec précision le montant à partir duquel il y aurait une association positive entre le montant du prêt et l'augmentation du pouvoir d'achat. Elle permet néanmoins de tirer quelques conclusions.

Les résultats de cette étude montrent clairement que dans un contexte spécifique où les clients se constituent une épargne obligatoire équivalente au montant du prêt contracté et bénéficient à la fois d'une assurance maladie prenant en charge la quasi-totalité de coûts des soins de santé ainsi que d'un accompagnement à l'éducation pour la santé, le micro-crédit dont le montant est intégralement investi selon le projet validé, augmente le revenu du ménage du micro-entrepreneur (Matin *et al.*, 2002, 292).

Le constat que la totalité des micro-entrepreneurs affiliés à l'assurance maladie et en ordre de cotisation ont fréquenté le Centre Médical Mélissa lors du dernier épisode de maladie plaide en faveur de l'intégration de la micro-assurance santé dans le système des soins de santé primaires (Manzambi *et al.*, 2000 ; Manzambi & Reginster, 2013b).

L'étude confirme que le micro-crédit permet de répondre à divers besoins des ménages dans la gestion de leurs finances en se prémunissant contre les risques, en finançant le capital humain et social, en gérant la trésorerie pour l'amélioration de leurs conditions de vie (Manzambi *et al.*, 2013). Cette recherche suggère enfin qu'en l'absence d'une protection sociale effective, les

populations en précarité, des micro-crédits leur soient accordées pour contribuer à l'amélioration des conditions de vie des ménages.

Bibliographie

AUDI M L. & ACHEGBULU J O. (2011), Microfinance and poverty reduction: the Nigerian experience. *International Business and Management* 3 (1).

BANERJEE A. & DUFLO E. (2009), The experimental approach to development economics, *Annu. Rev. Econ.* 1.

BIT/STEP (2007), *Micro-assurance santé. Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*. Organisation Internationale du Travail, Genève.

BOUQUET E., WAMPFLER B., RALISON E., ROESCH M. (2007), Trajectoires de crédit et vulnérabilité des ménages ruraux : le cas des CECAM de Madagascar.

CGAP. (2000), Microfinance et gestion des risques : la perspective du client. Focus 17.

DEVELTERE P, DOYEN G et FONTENEAU B. (2004), « *Micro assurance et soins de santé dans le Tiers-Monde : Au-delà des frontières* », Horizons, CERA Foundation.

DUFLO E. & PARIENTE W. (2009), Développements récents sur l'impact et les mécanismes de la microfinance. In Proparco (2009), Quel équilibre entre soutenabilité financière et enjeux sociaux dans le secteur de la microfinance ?. *Secteur Privé & Développement* 3.

GUERIN I, PALIER J., PREVOST B. (2009), Femmes et microfinance : Espoirs et désillusions de l'expérience indienne. *BIM* n°8.

JEANNIN P & SANGARE M. (2007), La microfinance. Quels impacts économiques et sociaux ? IUT de Tarbes – Université de Toulouse. (www.iut-tarbes.fr/rech/cv/Jeannin2007.pdf).

Journal Officiel de la République Démocratique du Congo (2005), Décret portant création du Programme National d'Appui à la Protection Sociale. *Journal Officiel* n°3, 25 nov. 2005, Col. 31

Labie M, Nyssens M & Wele P. (2007), Microfinance et micro-assurance santé : réflexions sur des articulations possibles à partir de quelques expériences au Bénin et au Burkina Faso. *Mondes en Développement* 35 :139.

Le Palmarès (2012), Les secrets de la paie par circuit bancaire : un million de dollars interceptés au compte du trésor public ! (<http://www.beltrade-congo.be/index2.php?page=7363>).

Les Codes Larcier (2003), Droit du travail et de la sécurité sociale. Afrique Edition, Tome IV.

Psychologie et Société Nouvelle, Vol. XII, n°3

Manzambi J.K, Gosset C., Guillaume M., Bruyere O, Balula Semutshari M-P, Tshiana Kabongo E, Reginster J.-Y. (2013), Le couplage « Microfinance, Micro-assurance santé et Offre des soins » peut améliorer l'accès des populations aux soins de santé de qualité à moindre coût : Résultats d'une expérience menée dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa, Congo. À paraître.

Manzambi Kuwekita J. & Reginster J.-Y. (2013), Perception et Comportement de recours aux soins de santé dans les Pays en Voie de Développement. Le cas de la République Démocratique du Congo. Éditions du Céfal. Liège.

Manzambi Kuwekita J. et Reginster J.-Y. (2013), Financement de la santé et Extension de la Protection Sociale dans les Pays en Développement. L'expérience du PNPS à Bandalungwa, Kinshasa, Congo. Éditions du Céfal., Liège.

Manzambi Kuwekita J., Tellier V, Bertrand F, Albert A, Reginster J-Y et Van Balen H. (2000), Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain : résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo. *Tropical Medicine and International Health* 5 : 8, pp. 563-570.

Matin I, Hulme D and Rutherford S. (2002), Finance for the poor: from microcredit to microfinancial services. *J. Int. Dev.* 14, 273-294.

Mosley P. et Hulme D. (1998), Microenterprise finance: Is there a conflict between growth and poverty alleviation? *World Development* 26: 5, pp.783-790.

Navajas S, Schreiner M, Meyer RL, Gonzalez-Vega C and Rodriguez-Meza J. (2000), Microcredit and the poorest of the poor. Theory and evidence from Bolivia. *World Development* 28: 2, pp. 333-346.

Okpukpara B. (2009), Microfinance paper wrap-up : Strategies for effective loan delivery to small scale enterprises in rural Nigeria. *Journal of Development and Agricultural Economics*, 1:2, pp. 41-48.

PNUD (2009), Unité de lutte contre la pauvreté « *Pauvreté et conditions de vie des ménages : Ville de Kinshasa* ».

World Bank (2007), Finance for all ? Policies and pitfalls in expending access. *A world Bank Policy Research Report*, The World Bank: Washington.