



L'essentiel de l'information  
scientifique et médicale

[www.jle.com](http://www.jle.com)

**Le sommaire de ce numéro**

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/mst/sommaire.md?type=text.html>



**Montrouge, le 30/12/2015**

J. Manzambi Kuwekita

**Vous trouverez ci-après le tiré à part de votre article au format électronique (pdf) :**

Le couplage microcrédit/microassurance santé/offre de soins peut améliorer l'accessibilité aux soins de santé en milieu urbain africain  
Résultats d'une expérience menée dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa, Congo

**paru dans**

Médecine et Santé Tropicales, 2015, Volume 25, Numéro 4

**John Libbey Eurotext**

*Ce tiré à part numérique vous est délivré pour votre propre usage et ne peut être transmis à des tiers qu'à des fins de recherches personnelles ou scientifiques. En aucun cas, il ne doit faire l'objet d'une distribution ou d'une utilisation promotionnelle, commerciale ou publicitaire.*

*Tous droits de reproduction, d'adaptation, de traduction et de diffusion réservés pour tous pays.*

© John Libbey Eurotext, 2015

# Le couplage microcrédit/microassurance santé/offre de soins peut améliorer l'accessibilité aux soins de santé en milieu urbain africain

## Résultats d'une expérience menée dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa, Congo

*Combining microcredit, microinsurance, and the provision of health care can improve access to quality care in urban areas of Africa: Results of an experiment in the Bandalungwa health zone in Kinshasa, the Congo*

Manzambi Kuwekita J.<sup>1,2</sup>, Gosset C.<sup>3</sup>, Guillaume M.<sup>4</sup>, Balula Semutsari M.-P.<sup>5</sup>, Tshiana Kabongo E.<sup>6</sup>, Bruyere O.<sup>1</sup>, Reginster J.-Y.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Université de Liège, faculté de médecine, département des sciences de la santé publique, quartier Hôpital, 13, avenue Hippocrate, CHU Sart-Tilman B23, tour de pathologie, 4000 Liège, Belgique

<sup>2</sup> Institut supérieur des techniques médicales de Kinshasa, route de Kimwenza campus du CNPP, 774 XI Kinshasa, République démocratique du Congo

<sup>3</sup> Santé publique, aspects généraux, université de Liège, École de santé publique, Liège, Belgique

<sup>4</sup> Santé publique, aspects spécifiques, université de Liège, École de santé publique, Liège, Belgique

<sup>5</sup> Santé publique, institut supérieur des techniques médicales d'Ipamu, Idiofa, République démocratique du Congo

<sup>6</sup> Santé communautaire, institut supérieur des techniques médicales, Kinshasa, République démocratique du Congo

Article accepté le 01/5/2015

**Résumé.** Cette étude examine comment le couplage microcrédit, microassurance et offre de soins peut améliorer l'accès aux soins dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa, par une enquête en 2008. L'analyse bivariée montre une association significative entre augmentation du pouvoir d'achat et réalisation de bénéfice ( $p = 0,001$ ), entre réalisation de bénéfice et constitution d'épargne ( $p = 0,000$ ) ainsi qu'entre cotisation à l'assurance-santé et amélioration de l'accès aux soins. Selon les principaux résultats, 69 % des emprunteurs ont déclaré une augmentation de leur pouvoir d'achat dont 82 % ont réalisé du bénéfice ; ceux qui ont constitué une épargne ont contribué 24,7 fois plus à l'assurance-maladie que ceux qui n'ont pas épargné ; 72 % de ceux qui ont régulièrement cotisé à l'assurance-maladie ont amélioré leur accès aux soins. Le couplage microcrédit, microassurance-santé et offre de soins peut améliorer l'accès aux soins. Ceci suggère l'intégration de l'assurance-santé dans les soins de santé primaires.

**Mots clés :** microcrédit, microassurance santé, offre de soins, accessibilité aux soins de santé, assurance-maladie obligatoire, République démocratique du Congo.

**Abstract.** This study, based on a survey conducted in 2008, examines how combining microcredit, microinsurance, and health care provision can improve access to quality care in the health zone of Bandalungwa, in Kinshasa. The bivariate analysis showed a significant association between increased purchasing power and earnings ( $p = 0.001$ ), between earnings and savings ( $p = 0.000$ ), and between health insurance and improved access to health care. These results show that 68.8% of borrowers reported an increase in their purchasing power, of whom 82% reported profits. Those with savings were 24.7 times more likely to purchase health insurance than those without; and 72% of those who regularly made health insurance payments improved their access to care. Combining microcredit, health microinsurance, and health care can improve access to quality health care at lower cost. This suggests that health insurance could usefully be integrated into the primary health-care system.

**Key words:** microcredit, microinsurance, health care, access to health care, compulsory health insurance, Democratic Republic of the Congo.

Correspondance : Manzambi Kuwekita J  
<jk.manzambi@ulg.ac.be>

Vers la fin des années soixante-dix, au vu des inégalités sanitaires inadmissibles qui existaient entre les pays du Nord et du Sud, les États membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont adopté la politique dite « Santé pour tous d'ici à l'an 2000 », sur financement de la santé par les États [1]. À partir des années quatre-vingt, suite à la crise économique que traversaient les pays en développement, la Banque mondiale propose la rupture avec la gratuité des soins [2, 3] et la mise en œuvre de la tarification des services de santé expérimentée dans le cadre de l'Initiative de Bamako, en Afrique subsaharienne. Celle-ci émet deux hypothèses conduisant au recouvrement des coûts et à la participation communautaire : d'une part, les ménages peuvent payer pour les soins financés jusqu'alors par l'État, et d'autre part, les fonds collectés avec le paiement des soins par les patients étant alloués à l'amélioration de la qualité des soins, la faiblesse de l'élasticité-prix de la demande de soins ne va pas affecter le recours aux soins après introduction de la tarification. En conséquence, pour la République démocratique du Congo (RDC), l'offre est limitée et onéreuse, la qualité des soins laisse à désirer et le personnel est pléthorique et très peu motivé [4-7]. La création d'institutions de microassurance tente de remédier à cette situation [7, 8], mais des limites sont observées [10].

C'est ainsi que le gouvernement congolais crée le Programme national d'appui à la protection sociale (PNPS) [11, 12], lui confiant notamment la mise en place de la protection sociale pour tous. Pour y parvenir, le PNPS met en place trois projets couplés : un projet « microcrédit », un projet « caisse d'assurance-maladie obligatoire » et un projet « offre des soins de santé ». Le principe d'une assurance-maladie universelle est posé mais pose des problèmes de financement et d'organisation, les compétences liées à la protection sociale étant éparpillées entre plusieurs ministères dont les intérêts sont souvent contradictoires sur le terrain.

Plusieurs études montrent que malgré leurs spécificités respectives, la microfinance et la microassurance sont porteuses d'impacts positifs sur l'amélioration des conditions de vie des pauvres. Pour d'autres, le couplage des deux est susceptible de générer des synergies, soit en termes de renforcement de la capacité des adhérents des services de microassurance à mieux payer leurs cotisations, soit en termes de réduction des risques de non-remboursement des crédits [10]. La justification du couplage microfinance-microassurance tient surtout au fait que, pour payer leurs cotisations, les adhérents aux systèmes de microassurance recourent à la microfinance [13]. Cependant, l'accès aux soins n'est envisageable que si l'offre est de qualité [14]. Au couplage de la microfinance et de la microassurance devrait être ajoutée l'offre des soins. Dans ce travail, nous avons surtout essayé d'examiner la manière de combiner la microfinance, la microassurance-santé et l'offre des soins, en vue de permettre une meilleure accessibilité aux soins des populations démunies de Kinshasa.

## Matériel et méthodes

L'expérience a été menée dans les aires de santé quasi similaires Lumumba et Makelele, dans la zone de santé de Bandalungwa. Les microentrepreneurs, présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques, habitaient dans cette même zone de santé. En 2007, Bandalungwa compte sept aires de santé et vingt-trois

formations sanitaires. Les maladies les plus courantes sont le paludisme (25 336 cas, 71,4 %), les infections respiratoires aiguës (4 832 cas, 13,6 %), l'amibiase (2 497 cas, 7,3 %), la fièvre typhoïde (1 992 cas, 5,6 %), la tuberculose (409 cas, 1,2 %), la rougeole vaccinée (150 cas) (0,05 %), la rougeole non vaccinée (quarante-sept cas, 0,001 %), le VIH/sida (119 cas, 0,003 %), le diabète (109 cas, 0,003 %) et la méningite (six cas, 0,002 %). Le nombre de sujets à l'étude étant réduit, l'échantillonnage a été exhaustif. Un logiciel de gestion de l'assurance-maladie a été mis en place, permettant l'identification des bénéficiaires, le suivi quotidien des cotisations, la production de cartes magnétiques de membres avec photo ainsi que la lecture de ces cartes. Outre la cotisation obligatoire à l'assurance-maladie, chaque emprunteur devait constituer quotidiennement une épargne obligatoire. Trois étudiants (dont deux femmes et un homme) de deuxième licence en santé communautaire à l'Institut supérieur des techniques médicales de Kinshasa (ISTM-Kin), ont administré un questionnaire sous la supervision d'un professeur d'université et deux de ses assistants. Le questionnaire, comportant trente-cinq questions, a été prétesté dans une autre aire de santé de Bandalungwa en août 2008. Les enquêtes se sont déroulées en septembre 2008. Les données recueillies incluaient les caractéristiques démographiques du répondant ainsi que celles du ménage. Les variables utilisées dans cette communication ne concernent que les microentrepreneurs bénéficiaires du microcrédit, affiliés d'office à l'assurance-maladie et proviennent de quatre questions ouvertes : le prêt obtenu a-t-il amélioré le pouvoir d'achat de votre ménage ? Votre pouvoir d'achat vous a-t-il permis d'épargner ? Votre épargne vous a-t-elle permis de payer régulièrement vos cotisations à l'assurance-maladie ? Le prêt contracté a-t-il amélioré les conditions de vie dans votre ménage ? Si oui, à quoi associez-vous cette amélioration ? Les réponses à ces questions ont ensuite été regroupées en grandes catégories afin de faciliter l'analyse. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS pour Windows (version 12.0.1). 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 de contribuer régulièrement à l'assurance-maladie afin de financer les soins de santé. Les résultats ont été considérés comme significatifs au niveau d'incertitude de 5 % ( $p < 0,05$ ) [14, 15].

## Résultats

### Caractéristiques des répondants

Les soixante-quatre répondants étaient des femmes, d'un âge moyen de  $45 \pm 3$  ans. Soixante-quatre pour cent d'entre elles étaient mariées ; 55 % avaient entamé des études secondaires sans les achever, 16 % avaient achevé avec succès le secondaire, 14 % n'avaient pas achevé les études primaires, 11 % se sont déclarées analphabètes et 5 % possédaient un diplôme du supérieur. Par ailleurs, vingt-six (41 %) ont contribué régulièrement à l'assurance-maladie. Les difficultés de contribuer régulièrement à l'assurance-maladie étaient attribuées aux dépenses élevées (soixante-douze fois), à des activités peu rentables (cinquante-cinq fois) et aux cotisations élevées (quarante-deux fois). S'agissant des ménages, 62 % étaient composés de moins de sept personnes tandis que 37 % étaient

constitués d'au moins sept personnes. Ceux qui ont amélioré les conditions de vie de leurs ménages ont évoqué quatre-vingt-trois fois l'amélioration de l'accès aux soins, soixante-dix-huit fois la scolarisation des enfants, soixante-six fois l'alimentation et onze fois le paiement du loyer.

### Caractéristiques du centre médical Mélissa

Le centre médical Mélissa (CMM) était ouvert 24 h/24. Y étaient organisés et couverts par la microassurance les consultations de médecine préventive et de médecine générale, les consultations spécialisées (dermatologie, dentisterie, ophtalmologie), les accouchements, les actes de petite et moyenne chirurgie, les hospitalisations de sept jours, une pharmacie interne contenant la quasi-totalité des médicaments essentiels de l'OMS adoptés par la RDC et les soins infirmiers. Toutes les salles étaient climatisées et équipées d'un téléviseur (en dehors de la salle d'accouchement et de la salle d'opération). Lors de la survenue de la maladie, le patient se présentait au CMM muni de sa carte du système information sociale (SIS) et payait un ticket modérateur de 2 dollars américains pour chaque épisode de maladie ou chaque nouveau cas, et un tiers payant de 30 à 40 % du coût total de la prescription médicale. Un ticket modérateur de 20 à 30 % était aussi exigé pour des examens d'échographie, et environ 40 % pour les actes de moyenne et grande chirurgie. Dans ce cas précis, les 40 % payés par le patient étaient intégralement payés au médecin visiteur. Il s'agit généralement de patients orientés vers le CMM par le médecin visiteur que les patients ont préalablement consulté dans un hôpital public. Les hôpitaux publics de Kinshasa comptent un effectif pléthorique de médecins qui, bien que payés à temps plein, consultent un ou deux jours par semaine. Les jours restants sont consacrés aux extra-muros, notamment des prestations à domicile et dans des structures privées, à leur propre compte. Pour les patients non orientés par le médecin visiteur, le tiers payant, intégralement payé au médecin, était de 30 %. Une boîte à suggestions était mise à la disposition de patients.

### Perception de la qualité des soins et recours aux soins de santé

Parmi l'ensemble des microentrepreneurs bénéficiaires de prêts du PNPS, trente-sept (58 %) ont connu, dans les deux semaines précédant l'enquête, un cas de maladie dans leur ménage ; parmi ceux-ci, vingt-trois (62 %) étaient à jour de cotisation. Pour se soigner, les vingt-trois ménages concernés ont recouru de façon non exclusive au CMM (dont les soins étaient couverts par la caisse d'assurance-maladie), aux hôpitaux, aux praticiens, à l'automédication et à la prière. Concernant le recours au CMM, 90 % des ménages l'ont justifié par l'accueil qui y est pratiqué, le délai d'attente court (moins de 1 h), le personnel à l'écoute, la disponibilité des médicaments prescrits à la pharmacie interne, le coût des soins et la guérison rapide.

## Discussion

### Microcrédit et épargne obligatoire

Les résultats de cette étude montrent que les microentrepreneurs qui ont épargné ont pu dégager au préalable du bénéfice (69 %), ( $p = 0,000$ ), grâce à l'amélioration du pouvoir d'achat

**Tableau 1.** Microcrédit et épargne obligatoire

Table 1. Microcredit and mandatory savings

		Augmentation du pouvoir d'achat		
		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 ; IC à 95 %

( $p = 0,001$ ), ce qui apparaît également au *tableau 1*. Cependant, parmi l'ensemble des microentrepreneurs ayant réalisé du bénéfice, 48 % n'ont pas pu épargner. Il n'est pas exclu que ceux-là n'aient pas jugé utile d'épargner, probablement du fait que les revenus globaux de leurs activités étaient déjà conséquents, ou que leurs conjoints apportaient des revenus plus importants qui aidaient déjà à constituer une épargne au sein du ménage. Toutefois, le fait que 82 % des microentrepreneurs qui ont augmenté leur pouvoir d'achat aient réalisé au préalable du bénéfice, montre clairement que l'augmentation du pouvoir d'achat a un effet positif direct sur la capacité des ménages à épargner, ce qui explique que, parmi tous ceux qui ont constitué une épargne, 72 % ont déclaré avoir préalablement réalisé du bénéfice, ce qui est conforme à ce que d'autres études ont trouvé [5, 16].

### Épargne et microassurance

Le *tableau 2* montre que d'une part, parmi les 72 % qui ont épargné, 88 % contribuaient régulièrement à l'assurance-maladie. Réciproquement, 76 % de ceux qui n'ont pas contribué régulièrement à l'assurance-maladie n'ont pas épargné. Considérant la faible proportion des personnes ayant un emploi salarié à Kinshasa, il est peu probable que ce pourcentage ne représente que ceux qui ne jugeaient pas nécessaire d'épargner en raison des revenus importants apportés par leurs conjoints. En revanche, on peut en déduire que contribuer à la caisse d'assurance-maladie nécessite de disposer de moyens financiers suffisants, la constitution d'une épargne étant réalisable une fois que le microentrepreneur a satisfait les besoins du ménage. Cela expliquerait pourquoi tous ceux qui ont cotisé à la caisse d'assurance-maladie ont déclaré avoir préalablement amélioré leur pouvoir d'achat, ce qui paraît logique. Les auteurs d'une étude consacrée à l'articulation entre microfinance et microassurance-santé au Bénin soulignent que l'accès au microcrédit permet aux personnes de développer des activités génératrices de revenus et de disposer des moyens pour affronter les coûts induits par les cotisations à la microassurance. Et « pour que le client décide de souscrire à un mécanisme d'assurance, il faut qu'il dispose de liquidités suffisantes pour pouvoir supporter le

**Tableau 2.** Épargne et microassurance

Table 2. Savings and microinsurance

		Contribution régulière à l'assurance santé		Total
		Oui	Oui	
Constitution de l'épargne	Oui	23	9	32
	Non	3	29	32
	Total	26	38	64

$\chi^2 = 25,911$  ;  $p = 0,000$  ; OR = 24,70 ; IC à 95 %

coût d'une prime jugée raisonnable et associée à un événement incertain sans avoir à sacrifier les revenus absolument nécessaires pour assurer des besoins qui sont, eux, certains » [10]. De même, d'autres études montrent qu'il existe un lien étroit entre la capacité contributive, les revenus et les montants alloués à l'assurance-maladie [15, 17, 18]. À cause de l'instabilité de revenus liée à la dégradation constante de la situation économique, on observe les répercussions sur la contribution à l'assurance-maladie. C'est dans le même ordre d'idée que Labie *et al.* [10] décrivent comment, en Afrique de l'Ouest, le microcrédit permet de fidéliser les membres de la mutuelle de santé : le couplage attire des personnes vers la microassurance-santé qui n'auraient pas contracté une assurance-santé par ailleurs.

### Microassurance et accès aux soins

Comme l'indique le *tableau 3*, 88 % des vingt-six microentrepreneurs qui ont régulièrement contribué à la caisse d'assurance-maladie ont amélioré leur accès aux soins de santé, et, réciproquement, 72 % des trente-deux ayant déclaré avoir amélioré leur accès aux soins de santé avaient régulièrement cotisé à la caisse d'assurance-maladie. Ces résultats montrent qu'il y a un lien significatif ( $p = 0,000$ ) entre le paiement régulier des cotisations à la caisse d'assurance-maladie et l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé offerts au CMM : ceux qui paient régulièrement leurs cotisations à la caisse d'assurance-maladie recourent vingt-cinq fois plus à une structure de santé que les autres, ce qui explique que parmi ceux qui n'ont pas amélioré leur accès aux soins de santé, 91 % ne contribuaient pas régulièrement à la caisse d'assurance-maladie. Ce résultat est conforme à ce que d'autres études [9, 19] ont relevé, montrant que la microassurance-santé est un instrument d'extension de la protection sociale [20, 21]. Le gouvernement congolais, par sa politique des « Cinq Chantiers », est en train d'ériger de grandes structures de soins de santé de troisième échelon, tel l'hôpital sinocongolais et l'hôpital du Cinquantenaire à Kinshasa, dont le coût de fonctionnement avoisinerait les 2 millions de dollars mensuels. Des mécanismes de financement de ces méga-hôpitaux devraient voir le jour afin de garantir leur pérennité, faute de quoi ils seront sous-utilisés et voués à une ruine certaine. Par ailleurs, pour que les mécanismes de financement à mettre en place soient efficaces, les gouvernements devraient prendre des mesures pour que les autorités compétentes ne puissent plus recruter et/ou affecter du personnel dans des structures de santé sans que celles-ci en aient besoin, ces pratiques entraînant la présence d'un nombre pléthorique de médecins dans ces hôpitaux publics. Quant à la proportion de microentrepreneurs

ayant contribué régulièrement à l'assurance sans toutefois améliorer leur accès aux soins, il pourrait s'agir de ménages dont le membre malade nécessitait des soins de santé non couverts par la caisse d'assurance-maladie, ou encore considéraient la maladie en cause comme n'étant pas du ressort de la biomédecine [18].

### Perception de la qualité et recours aux soins

Les résultats de cette étude montrent que les vingt-trois ménages en ordre de cotisation ont recouru de façon non exclusive au CMM (dont les soins étaient couverts par la caisse d'assurance-maladie), aux hôpitaux, aux tradipraticiens, à l'automédication et à la prière. Cependant, douze ménages (52 %) ne se sont adressés qu'au CMM, le justifiant par le fait que le personnel de cette structure réserve un bon accueil aux patients, que le délai d'attente était inférieur à 1 h, que le personnel était à l'écoute du patient, que les médicaments prescrits étaient disponibles à la pharmacie interne, que coût de soins y était abordable, que les lieux étaient propres et que la guérison s'y obtenait rapidement. Pour ces ménages, « la qualité de soins suppose un bon accueil, la disponibilité permanente d'une gamme de médicaments, un taux de guérison élevé dès le premier contact et, enfin, des cotisations raisonnables » [10, 22, 23].

### Conclusion

Comme on peut le constater, cette étude a ses limites. En effet, nous n'avons pas pu rassembler les données nécessaires pour vérifier, d'une part, que l'accès au crédit, renforçant la capacité productive des microentrepreneurs, facilite leur adhésion et améliore les paiements des cotisations à la caisse d'assurance-maladie et, d'autre part, que l'adhésion à la caisse d'assurance-maladie réduit les risques de défaut par rapport au remboursement des microcrédits et qu'enfin, les cotisations à la caisse d'assurance-santé ayant permis le paiement des soins de santé ont été exclusivement payées grâce à l'épargne induite par les prêts obtenus du PNPS. La régression logistique n'ayant pas été calculée, les effets spécifiques du microcrédit sur la microassurance et le recours aux soins n'ont pas pu être isolés [15, 23]. Elle permet néanmoins de tirer quelques conclusions.

Cette étude montre que le microcrédit peut aider le microentrepreneur à réaliser du bénéfice et que si ce bénéfice est important, l'emprunteur peut constituer une épargne susceptible de favoriser sa contribution à l'assurance-santé [24-26]. L'étude montre enfin que la contribution régulière à l'assurance-santé améliore le recours à la structure de santé financée par la caisse d'assurance-santé. L'étude relève aussi un autre détail important : la quasi-totalité de ceux qui ont fréquenté le CMM l'ont fait pour la qualité et l'efficacité des soins offerts par cette structure. L'articulation entre l'offre de microcrédits aux microentrepreneurs, l'affiliation obligatoire de ces derniers à la microassurance santé et l'organisation d'une structure des soins financée par l'institution de microassurance peut améliorer le recours aux soins de santé de qualité et efficaces, apportant ainsi une véritable amélioration des conditions de vie pour les bénéficiaires de ces services.

Conflits d'intérêt : aucun.

**Tableau 3.** Microassurance et accès aux soins

*Table 3. Microinsurance and access to care*

	Contribution régulière à l'assurance santé		Total
	Oui	Non	
Amélioration de l'accès aux soins	Oui	23	32
	Non	3	32
	Total	26	64

$\chi^2 = 25,911$  ;  $p = 0,000$  ; OR = 24,70 ; IC à 95 %

## Références

1. Tizio S. Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle. *Mondes en Développement* 2005 ; 3 : 45-58.
2. Mwabu G. *Financing health services in Africa. An assessment of alternative approaches*. Working Paper 457. Washington DC : World Bank, 1990 : 22 p.
3. Banque Mondiale. Rapport sur le développement dans le monde. Investir dans la santé. Washington DC : Banque Mondiale, 1993 : 112-38.
4. Bureau International du Travail /Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (BIT/STEP). *Microassurance santé. Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*. Genève : Organisation Internationale du Travail. 71p.
5. Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). *Pauvreté et conditions de vie des ménages : Ville de Kinshasa. Mars 2009*. PNUD, Unité de lutte contre la pauvreté, 2009.
6. Manzambi Kuwekita J, Reginster JY. *Perception et comportement de recours aux soins de santé dans les pays en voie de développement. Le cas de la République Démocratique du Congo*. Liège (BE) : Céfal. 176p.
7. Manzambi Kuwekita J, Bruyère O, Guillaume M, Gosset C, Reginster JY. Comment optimiser l'efficacité de l'aide internationale, dans le domaine de la santé, en République Démocratique du Congo. *Santé Publique* 2015 ; 27 : 129-34.
8. Manzambi Kuwekita J, Gosset C, Guillaume M, et al. Microcrédit, 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. *Psychol Soc Nouv* 2013 ; 12 : 3-14.
9. Dussault G, Fournier P, Letourmy A. *L'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Banque Mondiale, 2006. 596 p.
10. Labie M, Nyssens M, Wele P. Microfinance et micro assurance santé : réflexions sur des articulations possibles à partir de quelques expériences au Bénin et au Burkina Faso. *Mondes en Développement* 2007 ; 3 : 57-71.
11. Journal Officiel de la République Démocratique du Congo Décret portant création du Programme National d'Appui à la Protection Sociale. *Journal Officiel* 2005; Col. 31.
12. Journal Officiel de la République Démocratique du Congo., Décret portant nomination du Directeur du Programme National d'Appui à la Protection Sociale. *Journal Officiel* 2005; Col. 37.
13. Bockel L, Thoreux M, Sayagh S. Vers une politique de couplage des outils microcrédit et microassurance – Impact en termes de lutte contre la pauvreté et de gestion des risques ? Leçons à tirer des expériences de l'Inde et de Madagascar. Note de politique. Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture. *Module EASYPol* 2009 ; 206 : 1-19.
14. Manzambi JK, Tellier V, Bertrand F, Albert A, Reginster JY, Van Balen H. Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain : résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo. *Trop Med Int Health* 2000 ; 5 : 563-70.
15. Manzambi Kuwekita J, Guillaume M, Balula Semutshari MP, Tshiana Kabongo E, Mayamba Kilela J, Bruyère O, Reginster JY. Etude des conditions de vie et d'accessibilité aux soins de santé de qualité des populations en situation de précarité, dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa (Congo), grâce à la microassurance santé en 2008. *JESP* 2013 ; 12 : 47-61.
16. Bouquet E, Wampfler B, Ralison E, Roesch M. Trajectoires de crédit et vulnérabilité des ménages ruraux : le cas des CECAM de Madagascar. *Autrepart* 2007 ; 4 : 157-72.
17. Sery JP, Letourmy A, « Couverture du risque maladie en Afrique francophone : état des lieux, défis et perspectives ». in Gilles Dussault, Pierre Fournier, Alain Letourmy (éditeurs), *L'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Banque Mondiale, 2006 ; 596 p.
18. Manzambi JK. Les déterminants du comportement de recours au Tradipraticien en milieu urbain africain : Résultats d'une enquête de ménage réalisée à Kinshasa, Congo. *Psychol Soc Nouv* 2008 ; 7 : 280-308.
19. Develtere P, Doyen G, Fonteneau B. *Microassurance et soins de santé dans le Tiers-Monde : Au-delà des frontières*. Horizons, CERA Foundation, 2004. 61 p.
20. Groupe consultatif d'assistance aux plus pauvres (GCAP). Microfinance et gestion des risques : la perspective du client. *Focus* 2000 ; 17 : 1-4.
21. Audibert M, Mathonnat J, De Roodenbeke E. Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis. *Med Trop* 2004 ; 64 : 552-60.
22. Criel B, Blaise P, Ferette D. Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : une interaction dynamique. In : Dussault G, Fournier P, Letourmy A, (eds). *L'assurance maladie en Afrique francophone, améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Banque Mondiale, 2006 : Banque Mondiale; 2006. p. . p. 353-72.
23. Duflo E, Parienté W. Développements récents sur l'impact et les mécanismes de la microfinance. *Secteur Privé & Développement* 2009 ; 3 : 10-2.
24. D'Espallier B, Guerrin I, Mersland R. Women and repayment in microfinance : A global analysis. *World Dev* 2011 ; 39 : 758-72.
25. Navajas S, Schreiner M, Meyer RL, Gonzalez-Vega C, Rodriguez-Meza J. Microcredit and the poorest of the poor. Theory and evidence from Bolivia. *World Dev* 2000 ; 28 : 333-46.
26. Okpukpara B. Microfinance paper wrap-up : Strategies for effective loan delivery to small scale enterprises in rural Nigeria. *J Dev Agric Econ* 2009 ; 1 : 41-8.