DETERMINANTS DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE PAR LES MENAGES A KINSHASA :

une analyse socio-économique et géographique.

par

Gabriel KATUNDA MFUMU MANU
Chef de Travaux, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
Université de Kinshasa

Laurent PUNGA MIHAHA
Chercheur indépendant

Résumé

Cette étude examine les déterminants de l'accès aux soins de santé par les ménages à Kinshasa. Le progrès socio-économique d'une nation, notamment dans les pays en voie de développement, repose en grande partie, sur la santé publique, un secteur crucial influençant directement la croissance économique. Cependant, en République Démocratique du Congo (RDC), les maladies telles que la tuberculose, le VIH/SIDA et le paludisme restent, les principales causes de morbidité et de mortalité, exacerbées par des infrastructures sanitaires délabrées et des ressources financières limitées.

L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs qui déterminent l'accès aux soins de santé des ménages. Pour atteindre cet objectif, la recherche exploite les méthodes statistiques et analytiques, basées sur des enquêtes auprès des ménages de Kinshasa, et intègre une analyse des dépenses économiques relatives aux soins de santé.

Les résultats confirment que les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des chefs de ménage, telles que l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le revenu et le statut matrimonial, jouent un rôle crucial dans l'accès aux soins de santé. De plus, l'accessibilité géographique et financière, ainsi que la perception de la qualité des soins, influencent fortement l'utilisation des services de santé.

Les recommandations formulées sur base de cette étude, visent à améliorer l'accès aux soins en renforçant les infrastructures sanitaires, en augmentant les subventions publiques pour les soins de santé, et en développant des politiques ciblées pour les groupes vulnérables. Enfin, l'étude souligne l'importance d'une approche holistique intégrant des solutions économiques, sociales et sanitaires pour améliorer durablement l'accès aux soins de santé en RDC.

Mots - clés : *déterminants, accès, soins de santé, ménage, Kinshasa, analyse, socio-économique, géographie*

Abstract

This study examines the determinants of household access to healthcare in Kinshasa. A nation's socioeconomic progress, particularly in developing countries, relies largely on public health, a crucial sector that directly influences economic growth. However, in the Democratic Republic of Congo (DRC), diseases such as tuberculosis, HIV/AIDS, and malaria remain the leading causes of morbidity and mortality, exacerbated by dilapidated health infrastructure and limited financial resources.

The objective of this study is to identify the factors that determine household access to healthcare. To achieve this goal, the research uses statistical and analytical methods based on household surveys in Kinshasa and incorporates an analysis of economic expenditures related to healthcare.

The results confirm that the socioeconomic and demographic characteristics of household heads, such as age, gender, education, income, and marital status, play a crucial role in access to healthcare. Furthermore, geographic and financial accessibility, as well as perceptions of the quality of care, strongly influence the use of healthcare services.

The recommendations formulated based on this study aim to improve access to healthcare by strengthening health infrastructure, increasing public subsidies for healthcare, and developing targeted policies for vulnerable groups. Finally, the study highlights the importance of a holistic approach integrating economic, social, and health solutions to sustainably improve access to healthcare in the DRC.

Keywords *: determinants, access, healthcare, household, Kinshasa, analysis, socioeconomic, geography.*

INTRODUCTION

Le progrès socio-économique d'une nation repose sur divers facteurs, parmi lesquels la santé joue un rôle crucial. Ce secteur revêt une importance particulière dans le développement des pays, car il exerce une influence directe sur la croissance économique en agissant sur le paramètre du travail. Dans de nombreux pays en voie de développement, la charge de la maladie s'accroît tandis que le secteur de la santé publique se trouve souvent dépassé. De plus, les coûts des soins nécessaires face à ces maladies peuvent avoir des conséquences dévastatrices pour les ménages défavorisés, les entraînant plus profondément dans la spirale de la pauvreté. Cette situation met en lumière l'importance de l'économie sociale, qui vise à réduire les inégalités en favorisant un accès équitable aux ressources et services essentiels, y compris les soins de santé.

Trente ans après la Déclaration d'Alma-Ata de l'ex-URSS en 1978, environ 1,3 milliard de personnes dans le monde demeurent privées d'un accès adéquat aux soins de santé de base. Malgré la reconnaissance bien établie du droit à la sécurité sociale et à la santé dans le cadre du droit international, les gouvernements et les donateurs internationaux semblent encore échapper à leur responsabilité d'assurer ces droits à des millions de personnes. Les disparités considérables entre les classes aisées et les plus démunies persistent au sein des nations. En RDC, par exemple, une part significative de la population n'a pas accès aux soins de santé de base, tandis que d'autres, souvent issus de milieux plus aisés, bénéficient de services de santé de meilleure qualité. Cette inégalité d'accès souligne la nécessité de politiques publiques inclusives et de mécanismes de financement socialement équitables.

Ainsi, les nations du globe s'engagent activement dans des efforts visant à améliorer la santé de leurs citoyens en travaillant à l'amélioration des conditions de vie et en luttant contre les maladies susceptibles de compromettre la croissance économique et le développement durable. Parmi ces affections, on peut citer des maladies majeures telles que la tuberculose, le VIH/SIDA et le paludisme, qui demeurent des priorités essentielles dans le contexte des Objectifs du Millénaire pour le Développement et des Objectifs de Développement Durable. Ces maladies touchent de manière disproportionnée, les populations les plus vulnérables, exacerbant les inégalités sociales et économiques.

En RDC, la tuberculose, le VIH/SIDA et le paludisme demeurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité. Leurs impacts sur la capacité de travail, que ce soit par invalidation ou absentéisme, et sur l'économie dans son ensemble, ne sont pas encore pleinement évalués. L'absence de ces maladies pourrait entraîner une diminution de la demande de soins de santé au sein des ménages. Cependant, il est important de noter qu'en RDC, les soins de santé sont principalement financés par les ménages eux-mêmes, ce qui pose un défi majeur pour les familles à faible revenu. Selon les données disponibles, une proportion importante de la population n'a pas les moyens de se payer des soins de santé de base, tandis que d'autres, mieux lotis, peuvent accéder à des services plus complets. Cette disparité souligne l'urgence de mettre en place des systèmes de protection sociale et des mécanismes de solidarité financière pour garantir un accès universel aux soins.

Par ailleurs, la RDC, en tant que pays du Tiers-Monde, présente des défis liés à la détermination du revenu par habitant en raison de la nature non développée de son économie et des rapports monétaires complexes. La consommation annuelle par ménage est estimée à 1 735 $ dans les villes, mais cette moyenne masque des disparités importantes entre différents types de ménages. Les ménages les plus pauvres consacrent une part disproportionnée de leur revenu aux soins de santé, ce qui limite leur capacité à investir dans d'autres domaines essentiels tels que l'éducation ou le logement. En revanche, les ménages plus aisés ont un meilleur accès aux soins, ce qui renforce les inégalités sociales et économiques.

L'accès aux soins de santé en RDC est fortement influencé par des facteurs socio-économiques et géographiques, ainsi que par les politiques publiques en place. Une approche basée sur l'économie sociale, visant à réduire les inégalités et à promouvoir un accès équitable aux soins, est essentielle pour améliorer la santé des populations et soutenir le développement durable du pays.

I. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude est d'identifier et d'analyser les facteurs déterminants de l'accès aux soins de santé par les ménages à Kinshasa. Cette recherche se concentre sur plusieurs aspects clés pour fournir une compréhension intégrale des obstacles et facilitateurs dans ce contexte spécifique.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont les suivants :

- Décrire le profil sociodémographique, économique et culturel des chefs de ménages et les caractéristiques d'accès aux soins de santé dans les ménages :
  - analyser les caractéristiques démographiques telles que l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et le statut matrimonial des chefs de ménage.
  - examiner les facteurs économiques, incluant le revenu des ménages et leur impact sur l'accès aux soins.
  - explorer les influences culturelles sur la perception et l'utilisation des services de santé.
- Établir les relations qui existent entre l'accès aux soins de santé et les caractéristiques des chefs des ménages :
  - étudier comment les différentes caractéristiques des chefs de ménage influencent leur capacité à accéder aux soins de santé.
  - utiliser des méthodes statistiques pour identifier les corrélations significatives entre ces variables.
- Formuler des recommandations pour améliorer l'accès aux soins de santé dans la ville-province de Kinshasa :
  - proposer des politiques et des interventions ciblées basées sur les résultats de l'analyse.
  - suggérer des améliorations infrastructurelles et des stratégies économiques pour réduire les barrières à l'accès aux soins de santé.

Cette étude vise à fournir des données empiriques robustes pour informer les décideurs politiques et les acteurs du secteur de la santé, afin de développer des solutions pratiques et efficaces pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les ménages de Kinshasa.

II. REVUE DE LITTERATURE

La revue de littérature pour cette étude se divise en deux volets : théorique et empirique. Ces sections permettent d'explorer les différents concepts liés à l'accès aux soins de santé et d'analyser les résultats des études antérieures.

2.1. Revue de littérature théorique

- Accès aux soins

L'accès aux soins de santé est un concept polysémique qui englobe la possibilité ou l'accessibilité en termes de droits sociaux. On distingue l'"accès potentiel", représentant la possibilité d'accéder aux soins (accessibilité), et l'"accès réalisé", correspondant au recours effectif aux soins. Selon Andersen et Ronald (1995), l'accès aux services de santé dépend de divers déterminants sociétaux liés aux caractéristiques du système de soins ainsi que de déterminants individuels. Ces déterminants incluent des aspects économiques, sociaux et géographiques, qui influencent la capacité des individus à accéder aux soins. L'économie sociale, qui vise à promouvoir l'équité et la justice sociale, joue un rôle clé dans la réduction des barrières à l'accès aux soins, en particulier pour les populations vulnérables.

- Accessibilité aux soins

Le concept d'accessibilité aux soins peut être abordé sous différentes perspectives disciplinaires, notamment géographique et économique. D'après Picheral (2002), l'accessibilité se définit comme la capacité matérielle d'atteindre les ressources médicales et les services de santé, incluant les aspects matériels et sociaux. L'accessibilité reflète la virtualité de recourir aux fournisseurs de soins, dépendant principalement du binôme distance/temps, c'est-à-dire de la proximité ou de l'éloignement des structures de soins. Cependant, l'accessibilité ne se limite pas à la distance physique ; elle inclut également la capacité financière des ménages à payer pour les soins. Dans de nombreux contextes, une part importante de la population n'a pas accès aux soins en raison de coûts prohibitifs, tandis que d'autres, mieux nantis, peuvent sans détour accéder à des services de santé de qualité.

- Modèles d'analyse d'accès et d'utilisation des soins
    - Modèle microéconomique : Ce modèle examine l'accès aux soins de santé en termes d'offre et de demande, prenant en compte les coûts et les bénéfices pour les individus. Il met en lumière les barrières financières qui empêchent de nombreux ménages, en particulier ceux à faible revenu, d'accéder aux soins. L'économie sociale propose des solutions telles que les subventions publiques, les assurances santé universelles et les programmes de solidarité pour réduire ces barrières.
    - Modèle Andersen : Élaboré par Andersen en 1995, ce modèle comportemental identifie les déterminants de l'accès aux soins et de l'utilisation des services de santé. Il distingue trois facteurs principaux : les facteurs démographiques, les facteurs socio-économiques et les besoins de soins de santé. Ce modèle souligne l'importance des politiques publiques et des interventions sociales pour améliorer l'accès aux soins, en particulier pour les groupes marginalisés.

2.2. Revue empirique

La revue empirique présente les résultats des études disponibles sur les déterminants de l'accès aux soins de santé par les ménages, regroupés en deux catégories principales : les déterminants socio-économiques communautaires et individuels.

- Déterminants socio-économiques communautaires

En économie de la santé, un débat persiste sur les déterminants de l'accès et de l'utilisation des soins de santé. Une étude menée au Pérou a montré que si le prix des services de santé publics doublait, les visites pour des soins de santé diminueraient de 3 % (Gertler et al., 1988). Les chercheurs ont conclu que le prix est un facteur essentiel pour l'accès aux soins. En revanche, une étude réalisée par Dor et Van Der en 1988, a indiqué que, même en l'absence de prix monétaire, certains coûts privés tels que le temps de déplacement, agissent comme un mécanisme de prix, influençant négativement la demande de soins. Ces résultats mettent en évidence les inégalités d'accès aux soins, où les ménages les plus pauvres, sont souvent ,exclus des services de santé, en raison de barrières financières et géographiques.

- Déterminants socio-économiques individuels

Les caractéristiques individuelles telles que l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le revenu et le statut matrimonial des chefs de ménage, influencent également l'accès aux soins. Une étude de Chaix et Chauvin en 2005, a démontré une association entre le niveau socio-économique et les comportements de recours aux soins, avec une préférence pour des consultations spécialisées plutôt que générales, dans les contextes à niveau socio-économique élevé. Cependant, les ménages à faible revenu et les femmes, en particulier, sont souvent confrontés à des obstacles supplémentaires pour accéder aux soins, ce qui souligne la nécessité de politiques sociales ciblées pour réduire ces inégalités.

Ces revues de littérature théorique et empiriques permettent de mieux comprendre les divers facteurs influençant l'accès aux soins de santé, en mettant en lumière les défis économiques, géographiques et culturels auxquels sont confrontés les ménages dans des contextes similaires à

celui de Kinshasa. Elles soulignent également l'importance de l'économie sociale dans la réduction des inégalités d'accès aux soins. Une part importante de la population, en particulier les ménages à faible revenu, reste exclue des services de santé en raison de barrières financières et géographiques, tandis que d'autres, mieux nantis, bénéficient d'un accès plus large. Pour remédier à ces disparités, des politiques publiques inclusives et des mécanismes de solidarité financière sont essentiels pour garantir un accès équitable aux soins de santé pour tous.

III. METHODOLOGIE

Cette point expose les méthodes et techniques utilisées pour mener à bien cette étude sur les déterminants de l'accès aux soins de santé à Kinshasa.

3.1. Méthodes

Pour bien saisir l'objet de cette étude, deux approches méthodologiques ont été combinées : la méthode statistique et la méthode analytique.

- Méthode statistique :

Cette méthode a été employée pour regrouper les données des ménages afin d'élaborer des calculs économiques relatifs aux coûts des maladies. Elle a permis de créer des tableaux de synthèse facilitant l'analyse quantitative des données collectées.

- Méthode analytique :

La méthode analytique a été exploitée pour traiter les résultats obtenus des données statistiques. Elle a permis de dégager des tendances et de faire des prévisions possibles sur les déterminants de l'accès aux soins de santé.

3.2. Techniques de collecte de données de terrain

Plusieurs techniques ont été mises en œuvre pour collecter et analyser les données :

- **Technique documentaire** :

Cette technique a permis d'accéder à des recherches antérieures et à des documents divers tels que des journaux, rapports annuels et articles scientifiques. Elle a fourni un cadre théorique et contextuel essentiel pour l'étude.

- **Enquête auprès des ménages** :

Une enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 384 ménages, sélectionnés selon une méthode probabiliste stratifiée. Cette enquête visait à recueillir des informations détaillées sur les caractéristiques sociodémographiques et économiques des ménages ainsi que sur leur accès aux soins de santé.

- **Interview** :

Des interviews ont été conduites pour compléter les informations obtenues par les autres techniques. Elles ont permis d'approfondir la compréhension du fonctionnement du secteur de santé et de la situation des ménages à Kinshasa.

IV. RESULTATS

Les résultats de l'étude montrent que l'accès aux soins de santé à Kinshasa est fortement influencé par plusieurs facteurs socio-économiques, démographiques et culturels. Ces résultats mettent en lumière les disparités entre les ménages qui ont accès aux soins de santé et ceux qui en sont exclus, tout en soulignant le rôle crucial de l'économie sociale dans la réduction de ces inégalités. Voici les principaux résultats obtenus :

Caractéristiques sociodémographiques

- Sexe du chef de ménage : 74,5 % des ménages sont dirigés par des hommes, tandis que 25,5 % sont tenus par des femmes. Les ménages dirigés par des femmes sont souvent confrontés

à des obstacles supplémentaires pour accéder aux soins de santé, en raison de contraintes économiques et sociales plus importantes.

- Âge du chef de ménage : La majorité des chefs de ménage ont 45 ans ou moins (66,1 %). Les ménages dirigés par des personnes plus âgées, ont tendance à avoir un accès plus limité aux soins, en raison de revenus souvent plus faibles et de besoins de santé plus complexes.
- Taille du ménage : Les ménages de petite taille (moins de 6 personnes) représentent 82,3 % des ménages étudiés, tandis que les ménages de grande taille (6 personnes ou plus) représentent 17,7 %. Les ménages plus grands, sont souvent, confrontés à des difficultés financières accrues, ce qui limite leur capacité à accéder aux soins de santé.

Caractéristiques socio-économiques

- Niveau de revenus : 66,4 % des ménages ont un revenu faible, tandis que 33,6 % ont un revenu moyen. Le niveau de revenu est un déterminant clé de l'accès aux soins de santé. Les ménages à faible revenu sont souvent exclus des services de santé en raison de coûts prohibitifs, tandis que les ménages plus aisés ont un meilleur accès aux soins.
- Niveau d'éducation : 66,4 % des chefs de ménage ont un niveau d'éducation élevé, ce qui est corrélé à un meilleur accès aux soins de santé. L'éducation joue un rôle important dans la sensibilisation aux avantages des soins de santé modernes et dans la capacité à naviguer dans le système de santé.

Accessibilité et perception des soins de santé

- Accessibilité géographique : 76,3 % des ménages déclarent avoir des difficultés d'accès aux centres de santé en raison de la distance (plus de 5 km des FOSA les plus proches). Cette barrière géographique affecte particulièrement les ménages ruraux et périurbains, qui sont souvent exclus des services de santé en raison de leur éloignement.
- Coût des soins : 68,5 % des ménages considèrent que le coût des soins de santé est inabordable. Cette perception est particulièrement forte parmi les ménages à faible revenu, qui consacrent une part disproportionnée de leur budget aux soins de santé, au détriment d'autres besoins essentiels.
- Type de tarification : 24,5 % des ménages paient les soins par acte, tandis que 75,5 % utilisent d'autres modes de tarification, comme le forfait. Les ménages qui paient par acte, sont souvent, confrontés à des coûts imprévisibles, ce qui peut dissuader l'utilisation des services de santé.
- Qualité des soins perçus : 72,4 % des ménages rapportent ne pas avoir été guéris après avoir reçu des soins, indiquant une perception négative de la qualité des soins reçus. Cette perception décourage de nombreux ménages à recourir aux services de santé, en particulier lorsque les coûts sont élevés.

Influence des facteurs culturels

- Perception des causes des maladies : 79,7 % des ménages attribuent les maladies à des causes surnaturelles, ce qui peut influencer leur recours aux soins de santé modernes. Cette croyance culturelle peut entraîner une préférence pour les traitements traditionnels, limitant ainsi l'accès aux soins de santé modernes.

V. DISCUSSION DES RESULTATS

L'analyse des résultats obtenus dans cette étude, révèle plusieurs déterminants clés influençant l'accès aux soins de santé des ménages de Kinshasa. Ces facteurs, principalement socio-économiques, démographiques, géographiques et culturels, mettent en lumière des disparités marquées entre les ménages qui ont accès aux soins et ceux qui en sont exclus. Une approche ancrée dans l'économie sociale, visant à réduire ces inégalités par des mécanismes de solidarité et d'équité, apparaît essentielle pour garantir un accès universel aux soins.

Facteurs sociodémographiques et inégalités de genre

Les résultats démontrent que les ménages dirigés par des hommes ont une probabilité plus élevée d'accéder aux soins de santé que ceux qui sont dans les mains des femmes (74,5 % contre 25,5 %). Cette disparité reflète des inégalités structurelles, où les femmes chefs de ménage, souvent confrontées à des contraintes économiques et sociales accrues (charge familiale, accès limité à l'emploi formel), peinent à mobiliser les ressources nécessaires pour les soins. Par ailleurs, les ménages dont le chef est âgé ou doté d'un niveau d'éducation élevé bénéficient d'un meilleur accès aux services de santé. Ces résultats soulignent l'importance de l'éducation comme levier pour améliorer la sensibilisation aux enjeux sanitaires et la capacité de naviguer dans un système de santé complexe. Des programmes d'alphabétisation et de formation ciblant les groupes marginalisés pourraient renforcer leur autonomie dans l'accès aux soins.

Enjeux socio-économiques et rôle de l'économie sociale

Les caractéristiques socio-économiques, notamment le revenu et le statut matrimonial, jouent un rôle important. Alors que 33,6 % des ménages à revenu « acceptable » accèdent plus facilement aux soins, 66,4 % des ménages à faible revenu en sont largement exclus en raison de coûts prohibitifs. Cette fracture socio-économique appelle des interventions fondées sur l'économie sociale, telles que des subventions publiques ciblées, des systèmes de mutualisation des risques (assurances santé communautaires) ou des tarifs sociaux adaptés aux capacités contributives des ménages. De même, les ménages dirigés par des personnes mariées, souvent mieux intégrés dans des réseaux de solidarité familiale ou communautaire, illustrent l'importance des mécanismes collectifs pour faciliter l'accès aux soins. Ces observations plaident pour un renforcement des politiques publiques inclusives, combinant soutien financier et renforcement des filets sociaux.

Barrières géographiques et financières : vers une accessibilité équitable

L'accessibilité géographique reste un défi majeur : 76,3 % des ménages situés à plus de 5 km des centres de santé rencontrent des difficultés d'accès. Cette exclusion spatiale affecte particulièrement les zones périurbaines et rurales, où l'offre de soins est limitée. Parallèlement, 68,5 % des ménages jugent les coûts des soins inabordables, un obstacle renforcé par des modes de tarification inadaptés (24,5 % paient par acte, ce qui génère des dépenses imprévisibles). Pour atténuer ces barrières, des investissements dans les infrastructures sanitaires décentralisées et des modèles de financement innovants (forfaits subventionnés, transports sanitaires gratuits) pourraient être mis en œuvre. Ces mesures, inspirées de l'économie sociale, favoriseraient une répartition plus équitable des ressources et une couverture sanitaire universelle.

Perception de la qualité des soins et facteurs culturels

La perception négative de la qualité des soins (72,4 % des ménages non satisfaits) et les croyances culturelles (79,7 % attribuent les maladies à des causes surnaturelles) dissuadent, le recours aux services modernes. Ces défis nécessitent une double approche : d'une part, améliorer la qualité des soins via des formations continues du personnel médical et des investissements en équipements ; d'autre part, mener des campagnes de sensibilisation adaptées aux contextes culturels, en collaboration avec les leaders communautaires et les tradi-praticiens. Intégrer ces acteurs dans le système de santé officiel pourrait renforcer la confiance des populations et combiner médecine moderne et pratiques locales.

CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence les principaux déterminants de l'accès aux soins de santé des ménages à Kinshasa. Les résultats attestent que l'accès aux soins est fortement influencé par les caractéristiques socio-économiques des chefs de ménage, notamment le revenu, le niveau d'éducation et le statut matrimonial. Les ménages à faible revenu (66,4 %) et ceux avec un faible niveau d'éducation rencontrent des difficultés accrues pour accéder aux soins, tandis que les ménages mieux nantis bénéficient d'un accès privilégié. Ces disparités soulignent le rôle central de

l'économie sociale dans la réduction des inégalités, entre autres via des mécanismes de solidarité tels que les subventions publiques ou les assurances santé communautaires.

Par ailleurs, les obstacles géographiques (76,3 % des ménages situés à plus de 5 km des centres de santé) et financiers (68,5 % jugent les coûts inabordables) excluent une part significative de la population, en particulier les femmes chefs de ménage (25,5 %) et les résidents des zones périurbaines. La perception négative de la qualité des soins (72,4 % des ménages) et les croyances culturelles (79,7 % attribuent les maladies à des causes surnaturelles) aggravent ces barrières. Ces résultats appellent à une approche holistique, intégrant des politiques d'économie sociale pour améliorer l'équité, comme des tarifs différenciés ou des partenariats avec des acteurs locaux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARON, R. (1964). *La lutte des classes*. Paris: Gallimard.
- BAGALWA MASHEKA, J. (2007-2008). *Analyse du coût de prise en charge médicale de PVVIH*. École de santé publique.
- BAKAFWA WASHIKONA. (2005). *Économie de pays en développement*. G2 UNIKIN FASEG.
- BERNARD et GENEVIEVE, P. (1989). *Dictionnaire médical: pour les régions tropicales*. Kinshasa: BERPS.
- BERSNIAK et DURU, G. (1997). *Économie de la santé*. Masson.
- LAISHE, B. et GAYILONI, J.P. (2009). Rapport caritasdev.cd. *3ème Round du Fonds Mondial contre le paludisme*.
- CHIMANUKA, B., BAHWERE, P., BISIMWA, B., ZOZO, N., PLAZIERVERCAMMEN, J.A., et DONNEN, P. (2001). *Envolving altitude malaria in a poor rural area surrounding the pediatric hospital of Lwiro in Kivu*. The American Society of Tropical Medicine and Hygiene.
- HOUYOUX, J. (1973). *Budget ménagères, nutrition et mode de vie à Kinshasa*. Kinshasa: PUZ.
- IVE CAPUL, J. et Garnier, O. (n.d.). *Dictionnaire d'Économie et de Sciences sociales*. Paris: Hatier.
- KAZADI, W. et al. (2000). *Urbain Malaria in Kinshasa*. The American Society of Tropical Medicine and Hygiene, Poster presentation N.602.