



Renforcer la gouvernance des mutuelles de santé communautaires : un levier pour progresser vers la Couverture Santé Universelle

Arsene Kisanga

arcenekisanga@ea.ac.cd

Patrick Rached

patrick.rached@ulb.be

Marc Bourgeois

marc.bourgeois@uliege.be

Fabrice Lukeba Nfuamba

fabricelukeba@gmail.com





1. Introduction

Ce policy brief s'appuie sur des résultats de recherches empiriques portant sur la gouvernance et la légitimité perçue des mutuelles de santé communautaires (MSC) au Sud-Kivu, à l'Est de la République Démocratique du Congo (RDC).

En République Démocratique du Congo, la mutualité est régie par la Loi organique n° 17/002 du 8 février 2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité. Selon cette loi, une mutuelle est définie comme « un groupement de personnes physiques ou morales, de droit privé, à but non lucratif, qui, au moyen des cotisations de ses membres, mène des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide, notamment pour les soins de santé ». Dans ce cadre, les MSC se distinguent par leur ancrage communautaire, leur adhésion volontaire, leur taille généralement réduite et des mécanismes de collecte contributive adaptés aux besoins et capacités des populations locales (Mathauer et al., 2017).

Ces caractéristiques favorisent la proximité avec les bénéficiaires, la transparence dans la gestion et l'extension de la couverture de santé aux populations exclues du secteur formel. Toutefois, la petite taille et l'adhésion volontaire limitent tant la viabilité financière que la diversité de l'offre de services (Tessier & Louis Dit Guérin, 2024).

Les limites du modèle des MSC basé sur les contributions volontaires ont été largement documentées dans la littérature. Plusieurs études soulignent que ce système, caractérisé par des adhésions facultatives, une faible capacité contributive des ménages et une faible capacité redistributive, ne permet pas de progresser efficacement vers la CSU (Alenda-Demoutiez & Boindin, 2019 ; Mathauer et al., 2017). Une récente revue de littérature sur les enjeux et défis de la CSU en RDC montre d'ailleurs que ce modèle profite davantage aux ménages les plus aisés et a un impact négligeable sur la réduction des dépenses des

ménages à faible revenu, perpétuant ainsi les inégalités d'accès aux soins (Mbeva et al., 2023).

Malgré un contexte de pauvreté élevée en RDC, la viabilité d'un modèle de MSC reposant sur des contributions et adhésions volontaires ne peut se limiter à la seule question des revenus insuffisants des ménages. Si la précarité financière constitue un obstacle majeur, la littérature existante souligne que la viabilité de ces modèles ne dépend pas uniquement des contributions, mais repose également sur d'autres facteurs essentiels, notamment une gouvernance organisationnelle efficace (Waelkens, 2017).

Le cas du Sud-Kivu, dans l'Est de la RDC, illustre bien ces défis. Depuis 1997, la première MSC a été instaurée dans la province par l'Église catholique en partenariat avec la Mutualité chrétienne de Hainaut-Picardie de Belgique. Aujourd'hui, une vingtaine de MSC couvre un large éventail de zones dans la région (voir Fig. 1.1).

Le Sud-Kivu constitue une étude de cas intéressante pour les MSC en raison de sa combinaison unique de défis et d'opportunités : la Cellule d'appui aux mutuelles de santé (CAMS), créée en 1997 et la plus ancienne du pays, soutient un réseau de 23 MSC via le Réseau des Mutuelles de Santé Communautaire (REMUSACO), un nombre relativement élevé par rapport à d'autres provinces de la RDC (Criel et al., 2020). Malgré cette structuration, l'adhésion reste très faible (63.962 membres pour 6.157.000 habitants, soit 1,04 %, Tapsoba et al., 2023), reflétant des problèmes persistants de gouvernance et de confiance. La fragilité des services publics de santé dans la province en fait un terrain idéal pour analyser comment les MSC peuvent renforcer leur légitimité, répondre aux attentes des membres et améliorer leur pérennité.

En effet, le succès des MSC est menacé au Sud Kivu par plusieurs facteurs. Parmi eux, la gouvernance défaillante, caractérisée par une baisse de la qualité des services, une mauvaise gestion des fonds et des cas de détournement

(Bashi et al., 2020 ; Bebe et al., 2023), a conduit à une diminution significative des adhésions.

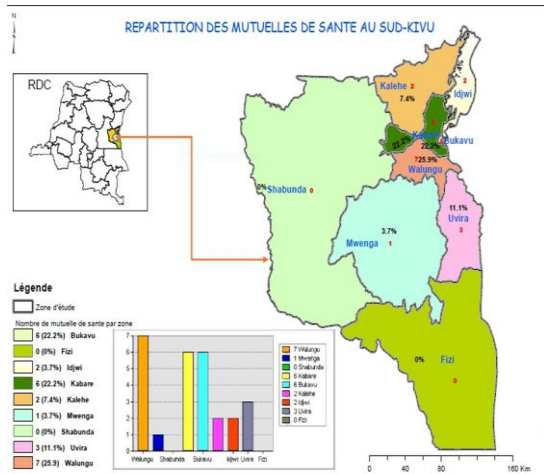


Figure 1.1 : Répartition des MSC au Sud-Kivu

Source : Conception de l'auteur sur base du Rapport de la Division de la Santé, 2018 (Kisanga, 2025)

La période 2007–2013 correspond à une phase de consolidation de la légitimité des MSC, soutenue par une forte adhésion et un appui significatif des partenaires financiers et technique. Depuis 2013, le secteur des MSC au Sud-Kivu a perdu plus de 50 % de ses membres (voir Fig. 1.2).

Cette baisse s'explique par la combinaison de faiblesses de la gouvernance interne, notamment des insuffisances dans les mécanismes de gestion financière, de contrôle et de prise de décision, et de la crise du secteur des institutions de microfinance (IMF), où était logée une partie de l'épargne des adhérents, entraînant des pertes financières importantes. Ces facteurs ont fragilisé la capacité des MSC à honorer leurs engagements envers les prestataires de soins, conduisant à une dégradation de la qualité des services. Dans certains cas, les membres ont été moins bien servis que les non-membres, ce qui a renforcé le sentiment d'inefficacité du dispositif, érodé la confiance et accéléré la baisse des adhésions (Kisanga, 2025).

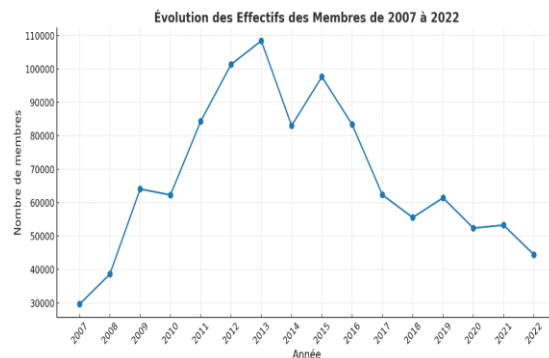


Figure 1.2. Evolution des adhésions dans les MSC au Sud-Kivu de 2007 à 2022

Source : Kisanga (2025)

Les recherches menées au Sud-Kivu montrent que la gouvernance externe des MSC, c'est-à-dire leur capacité à répondre aux attentes de leurs membres et parties prenantes, est au cœur de leur légitimité perçue. Une MSC perçue comme légitime inspire confiance et adhésion, ce qui favorise sa capacité à surmonter les contraintes financières et institutionnelles et à maintenir ses services dans le temps (Kisanga, 2025).

Nous émettons ici quelques recommandations pour renforcer la résilience des MSC au Sud-Kivu, à partir de résultats de recherches empiriques sur la légitimité perçue et les réponses des MSC aux attentes des parties prenantes.

2. La légitimité : facteur stratégique de résilience pour les MSC

Dans un contexte marqué par l'absence d'un système national d'assurance maladie et par des coûts de santé élevés supportés directement par les ménages, la légitimité des MSC apparaît comme un des facteurs déterminants de leur résilience et de leur pérennité. La baisse significative de l'adhésion observée au Sud-Kivu ne peut être expliquée uniquement par la pauvreté des populations, mais traduit avant tout un déficit de confiance envers ces organisations, directement lié à des enjeux de gouvernance.

La légitimité des MSC, telle que perçue par leurs membres et autres parties prenantes, repose sur trois dimensions complémentaires. La légitimité



morale, fondée sur la transparence, l'équité et la solidarité, joue un rôle déterminant dans le maintien de la confiance. La légitimité pragmatique, liée à l'efficacité des services et à l'accessibilité réelle des soins, conditionne l'utilité perçue des mutuelles par les ménages. Enfin, la légitimité cognitive, qui renvoie à la compréhension et à l'acceptation du modèle mutualiste, demeure fragile dans un contexte où l'information et l'éducation mutualiste sont limitées (Kisanga, 2025).

Le renforcement simultané de ces trois dimensions constitue un prérequis essentiel pour restaurer la confiance, stabiliser l'adhésion et renforcer la résilience des MSC, notamment face aux chocs économiques, institutionnels et sanitaires.

3. Répondre aux attentes des parties prenantes : une exigence de gouvernance

Les MSC évoluent dans un environnement institutionnel complexe impliquant une diversité de parties prenantes : membres, prestataires de soins, autorités publiques, organisations faïtières et partenaires techniques et financiers. La gouvernance des MSC reste encore trop centrée sur les mécanismes internes, au détriment d'une prise en compte systématique des attentes de ces acteurs clés (Kisanga, 2025).

Or, la capacité des MSC à aligner leurs stratégies organisationnelles sur les attentes de leurs parties prenantes constitue un facteur déterminant de leur légitimité et de leur performance. Les membres attendent des services accessibles, fiables et équitables ; les prestataires recherchent des relations contractuelles claires et durables ; les autorités publiques et partenaires exigent transparence, redevabilité et contribution aux objectifs de Couverture Santé Universelle.

Il est donc nécessaire pour les décideurs et les dirigeants des MSC de promouvoir une

gouvernance plus ouverte, participative et orientée vers l'environnement institutionnel, fondée sur le dialogue, la communication et la co-construction des décisions. Une telle approche permettrait de renforcer la légitimité organisationnelle, de restaurer la confiance des membres et, in fine, de soutenir durablement le rôle des MSC dans le système de santé congolais et le progrès vers la CSU.

4. Pistes d'actions

La légitimité des MSC constitue un élément central de leur résilience et de leur pérennité, ainsi que de leur contribution à la progression vers la CSU. Plus précisément, elle se construit à travers le développement de la **légitimité multidimensionnelle**, à savoir morale, cognitive et pragmatique, qui constitue le fondement de la confiance des communautés et de l'engagement des membres. Une légitimité morale forte garantit des pratiques éthiques et participatives, une légitimité cognitive permet aux membres de comprendre et d'adhérer au modèle mutualiste, et une légitimité pragmatique assure l'utilité et la qualité des services fournis.

Afin de renforcer cette légitimité multidimensionnelle, trois pistes d'action principales se dégagent. D'une part, **le renforcement du capital humain des dirigeants** apparaît comme un levier essentiel pour soutenir la légitimité des MSC à travers l'amélioration de la qualité de la gouvernance. La formation, l'accompagnement et une rémunération adéquate contribuent à améliorer la performance organisationnelle et à limiter les risques de dysfonctionnements susceptibles d'éroder la confiance communautaire.

D'autre part, les analyses mettent en évidence **les limites d'accessibilité et d'inclusion des populations vulnérables** (économie informelle, zones rurales, exclusion des dispositifs de protection sociale), lesquelles affectent principalement la légitimité morale des MSC, en matière d'équité et d'inclusion, mais également leur légitimité pragmatique, en compromettant l'accès effectif aux services. Il en découle la



nécessité d'adapter les cotisations aux capacités financières, de renforcer les partenariats avec les prestataires communautaires, de développer l'éducation mutualiste et les actions de sensibilisation, ainsi que de mettre en place des mécanismes de soutien financier et organisationnel afin de garantir un accès plus équitable aux services de santé.

Les analyses mettent en évidence des limites liées à **la compréhension et à l'appropriation du modèle mutualiste** par les membres, ce qui renvoie à la légitimité cognitive des MSC. Une connaissance insuffisante des principes de fonctionnement, des droits et des obligations des adhérents peut limiter l'adhésion et l'engagement durable au sein des mutuelles. Il en découle la nécessité de renforcer l'éducation mutualiste, de développer des actions de sensibilisation adaptées aux contextes locaux et d'améliorer la communication organisationnelle afin de favoriser une meilleure compréhension et appropriation du modèle.

Par ailleurs, les appuis financiers et techniques accordés aux MSC par les partenaires techniques et financiers et, le cas échéant, par les autorités publiques, **devraient être conditionnés à l'atteinte de niveaux de performance clairement définis**. Ces niveaux de performance porteraient sur la qualité de la gouvernance (fonctionnement effectif des organes de gouvernance, transparence, redevabilité), la qualité perçue des services des MSC (qualité de l'accueil réservé aux membres par les prestataires de soins, comparativement aux usagers recourant au paiement direct des soins de santé, accès à l'information et clarté de la communication, etc.), la dynamique d'adhésion. En liant l'accès aux ressources à ces indicateurs, cette approche inciterait les équipes dirigeantes à adopter des pratiques de gestion conformes aux attentes des parties prenantes, renforçant ainsi la viabilité et la légitimité des MSC.

Enfin, pour contribuer durablement à la CSU, les MSC doivent être intégrées au dispositif national de protection sociale tout en maintenant leur

ancrage communautaire. Cette double approche permet de mobiliser les dynamiques des communautés, de représenter efficacement les besoins des populations et de garantir un accès aux soins à la fois équitable et durable. Un tel ancrage structuré constitue un levier stratégique pour renforcer la pérennité et l'impact des MSC en RDC.

Références

- Alenda-Demoutiez, J., & Boidin, B. (2019). Community-based mutual health organisations in Senegal: A specific form of social and solidarity economy? *Review of Social Economy*, 77(4), 417–441. <https://doi.org/10.1080/00346764.2018.1555646>
- Bashi, J., Sia, D., Tchouaket, E., Balegamire, S. J., & Karemere, H. (2020). Mutuelles de santé à Bukavu en République Démocratique du Congo : facteurs favorables à l'utilisation des services de santé par des adhérents. *Pan African Medical Journal*, 35(1). <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/211436>
- Bebe, D. N., Kwilu, F. N., Mavila, A., Mafuta, E. M., Mangalu, J. M., Jessani, N. S., & Criel, B. (2023). Making health insurance responsive to citizens: the management of members' complaints by mutual health organisations in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *BMJ Global Health*, 7(6). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011438>
- Criel, Bart, et al. "Can mutual health organisations influence the quality and the affordability of healthcare provision? The case of the Democratic Republic of Congo." *PLoS One* 15.4(2020):e0231660.<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231660>
- Kisanga, A. (2025). *Gouvernance, légitimité et réponses stratégiques des mutuelles de santé aux attentes des parties prenantes : le cas du Sud-Kivu, en République démocratique du Congo* [Thèse de doctorat, Université de Liège]. ORBi. <https://hdl.handle.net/2268/337988>
- Mathauer, I., Dale, E., & Meessen, B. (2017). Strategic purchasing for universal health coverage: key policy issues and questions: a summary from expert and practitioners' discussions.
- Mbeva, J. B. K., Prudence, M. N., Nguemeleu, E. T., Nzanu, M., Nyavanda, K., & Kambere, J. R. S. (2023). Enjeux et défis de couverture santé universelle en République Démocratique du Congo : Synthèse critique interprétative de la littérature. *International Journal of*



Innovation and Scientific Research, 66(0), 1.
<http://www.ijisr.issr-journals.org/>

République Démocratique Du Congo. Loi Organique N° 17/002 Du 8 Février 2017 Déterminant LES Principes Fondamentaux Relatifs À La Mutualité. Journal Officiel de La République Démocratique Du Congo. <https://www.leganet.cd/Legislation/DroitSocial/Secu/L.17.002.08.02.2017.html>

Tessier, L., & Louis Dit Guérin, O. (2024). *Quelle place pour les mutuelles de santé et assurances-maladie à base communautaire dans les systèmes de protection sociale en santé? Revue d'expériences* (No. 122). Document de Travail de l'OIT. <https://doi.org/10.54394/QUDT1352>

Tapsoba, Y., Ndokabilya, E., Wema, J. C., Engels, T., & Paul, É. (2023). Cartographie et analyse du financement de la santé dans la province du Sud-Kivu (RDC). *Santé publique*, 35(3), 315-328. <https://doi.org/10.3917/spub.233.0315>

Waelkens, M.-P., Shomba, S., Kwilu Nappa, F., & Mulinganya Nsimire, K.-G. (2017). Étude des mutuelles de santé en République démocratique du Congo dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (Rapport de mission, mai-octobre 2016). Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique. <http://hdl.handle.net/2013/ULB-DIPOT:oai:dipot.ulb.ac.be:2013/257305>

<https://www.springpsp.be/>

