



Organisation
internationale
du Travail

► Le rôle des mutuelles au sein des systèmes nationaux de protection sociale en santé : expériences de délégation de fonctions dans le monde

Auteurs : Marietou Niang¹, Emilie Gélinas², Oumar Mallé Samb², Lou Tessier⁵, Mathilde Mailfert⁵, Aurore Iradukunda⁵, Olivier Louis dit Guérin⁵, Valéry Ridde³⁻⁴,

¹ Département de psychosociologie et travail social, Université du Québec à Rimouski, Lévis, Québec, Canada.

✉ marietou.niang.1@ulaval.ca

² Département des sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi Témiscamingue, Rouyn-Noranda, Québec, Canada.

³ Université Paris Cité, IRD, Inserm, Ceped, F-75006 Paris, France. ✉ valery.ridde@ird.fr

⁴ Institut de Santé et Développement, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.

⁵ Département de la Protection Sociale, Organisation internationale du Travail, Genève, Suisse.

✉ tessier@ilo.org; mailfert@ilo.org

► Table des matières

	Page
► Résumé	
1. Introduction	1
2. Méthodes	2
2.1. Identification de la question de recherche	2
2.2. Identification des documents sélectionnés	2
2.3. Sélection des documents	2
3. Résultats	5
3.1. Qu'appelle-t-on mutuelle ?	7
3.2. Pourquoi la délégation de fonctions aux mutuelles ?	7
3.3. Comment la délégation de fonctions aux mutuelles a été effectuée ?	7
3.4. Quelles sont les fonctions déléguées aux mutuelles dans le cadre de la PSS ?	8
3.5. Quel est le degré de délégation de fonctions aux mutuelles ?	12
3.6. Quels sont les facteurs facilitant ou contraignant la délégation ?	13
3.7. Quels sont les effets de la délégation ?	15
4. Discussion	16
Conclusion	19
Annexes	20
Références	23

► Résumé

Les architectures choisies pour administrer les prestations de protection sociale en santé (PSS) varient d'un pays à l'autre tout comme les acteurs et organisations impliqués. Les mutuelles de santé ou mutuelles à base communautaire y jouent un rôle dans certains pays. Dans les années 1990, les mutuelles de santé ont en particulier été promues comme une solution pour étendre la couverture de la PSS en particulier en Afrique sub-saharienne. Aujourd'hui, l'adoption de l'Agenda 2030, notamment du programme de développement durable, ainsi qu'une volonté politique renouvelée vers l'extension de la couverture sur une base universelle questionnent le rôle des mutuelles de santé. Cependant, la littérature sur les rôles que jouent les mutuelles dans les systèmes nationaux de PSS reste limitée et éparse. Cette revue de portée a analysé 49 documents, produits dans 18 pays de quatre continents, portant sur la délégation de fonctions aux mutuelles dans les systèmes nationaux de PSS. Les résultats permettent de relever des dynamiques de délégation de fonctions aux mutuelles existantes à travers l'histoire et les processus de mise en œuvre des PSS. Ils suggèrent des pistes de réflexion pour informer les processus politiques actuels.

Mots clés : Assurance, Délégation, Mutuelles, Protection sociale, Protection sociale en santé, Revue de portée

Cet article a été publié en version anglaise dans la Revue Internationale de Sécurité Sociale :

Niang, M., Gélinas, É., Samb, O. M., Tessier, L., Mailfert, M., Iradukunda, A., dit Guérin, O. L., and Ridde, V. (2023) The role of mutuals and community-based insurance in social health protection systems: International experience on delegated functions. *International Social Security Review*, 76: 3–29. <https://doi.org/10.1111/issr.12323>.

License de reproduction en français n°5659400163924 obtenue de John Wiley and Sons.

1. Introduction

La protection sociale en santé (PSS) est un droit humain ancré dans le droit à la sécurité sociale et le droit à la santé. Elle est matérialisée au sein des normes internationales de sécurité sociale (ILO, 2020). Elle est définie comme l'accès aux soins de santé sans difficulté financière et garanti par l'État tout au long du cycle de vie et la sécurité de revenus en cas de maladie et de maternité (ILO, 2020). En ce sens, c'est une contribution à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable de l'Agenda 2030 et en particulier les indicateurs 1.3 et 3.8 sur la protection sociale universelle et la couverture sanitaire universelle (Bayarsaikhan et al., 2022).

Les normes internationales en PSS ne sont pas de nature prescriptive concernant les arrangements institutionnels et administratifs que chaque État choisit pour la mise en œuvre de ces garanties, à condition que ces arrangements respectent certains principes directeurs (ILO, 2020). En effet, tout système doit être adapté aux circonstances nationales afin d'être acceptable et efficace. En pratique, les architectures choisies pour administrer les prestations de PSS varient d'un pays à l'autre. Dans certains pays, les mutuelles de santé ou à base communautaire y jouent un rôle parfois important (Schremmer et al., 2009).

Historiquement, les mutuelles se sont développées en Europe et en Amérique Latine dans des contextes dans lesquels le système public de protection sociale était peu développé (Dreyfus, 2017). Dans les années 1990, les mutuelles de santé ont été promues en Afrique sub-saharienne comme une solution pour étendre la couverture de la PSS (Schremmer et al., 2009). Dans un contexte où les pays tentent d'étendre la couverture de façon universelle vers l'atteinte des ODD, la question du rôle joué par les mutuelles de santé dans les systèmes nationaux de PSS se pose. Néanmoins, la littérature disponible offre peu de réponses à ce sujet, notamment sur la nature des fonctions qui peuvent être déléguées aux mutuelles.

Cet article présente les résultats d'une revue de portée produisant un état des connaissances sur la délégation de fonctions aux mutuelles dans les systèmes nationaux de PSS dans le monde. Il propose des pistes de réflexion pour informer les processus politiques en cours et s'articule de la façon suivante : i) une explication de la méthodologie de la revue de portée; ii) une présentation des résultats principaux articulés autour des types de fonctions déléguées; et enfin iii) une discussion des résultats au regard des enjeux actuels.

2. Méthodes

La revue de portée permet d'examiner un ensemble de données sur un sujet peu étudié (Arksey and O'Malley, 2005; Belaid and Ridde, 2020; Dagenais et al., 2021). La méthode proposée par Arksey and O'Malley (2005) et le PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Tricco et al., 2018) ont été utilisés. Cette revue a été réalisée avec l'aide de Covidence (<https://www.covidence.org>).ⁱ Plus de détails sur la méthode sont donnés en annexe.

2.1. Identification de la question de recherche

Les questions de recherche visaient à explorer, recenser, décrire et analyser des expériences de délégation de fonctions aux mutuelles dans les systèmes de PSS. Deux questions principales ont été identifiées : (1) quelles fonctions sont déléguées aux mutuelles dans les systèmes de PSS ; et (2) comment cette délégation s'est réalisée.

Faute de consensus sur les définitions de la mutualité et de la délégation de service public en droit international comme au sein de la recherche, des définitions de travail de ces concepts ont été adoptées pour baliser cette revue tout en n'étant pas des critères d'exclusion stricto sensu. Dans ce cadre, la délégation de service public est entendue, selon le droit français, comme un : « contrat par lequel une personne morale de droit public ou de droit privé confie la gestion d'un service public relevant de sa compétence à un délégataire dont la rémunération est liée ou substantiellement assurée par les résultats de l'exploitation du service. »¹ Concernant les mutuelles, elles sont comprises comme des organisations issues de l'économie sociale et solidaire à but non lucratif qui se caractérisent par leur autonomie, leur éthique d'entraide, de solidarité et de mutualisation des risques entre leurs membres (Atim, 1999).

2.2. Identification des documents sélectionnés

Les documents ont été répertoriés dans les bases de données : PUBMED, EMBASE, CINAHL, PAIS International, Web of science, Dimensions, Érudit, Isidore science, Google scholar (Annexe -Tableau 1). Cette stratégie a été complétée par une recherche dans les références des articles, la consultation d'experts² et de sites d'organisations (.org et .un).

2.3. Sélection des documents

Les critères d'inclusion étaient tout document: 1) traitant des liens entre mutuelle et politiques de protection sociale; 2) présentant les rôles et fonctions d'au moins une mutuelle dans le cadre d'au moins une politique de protection

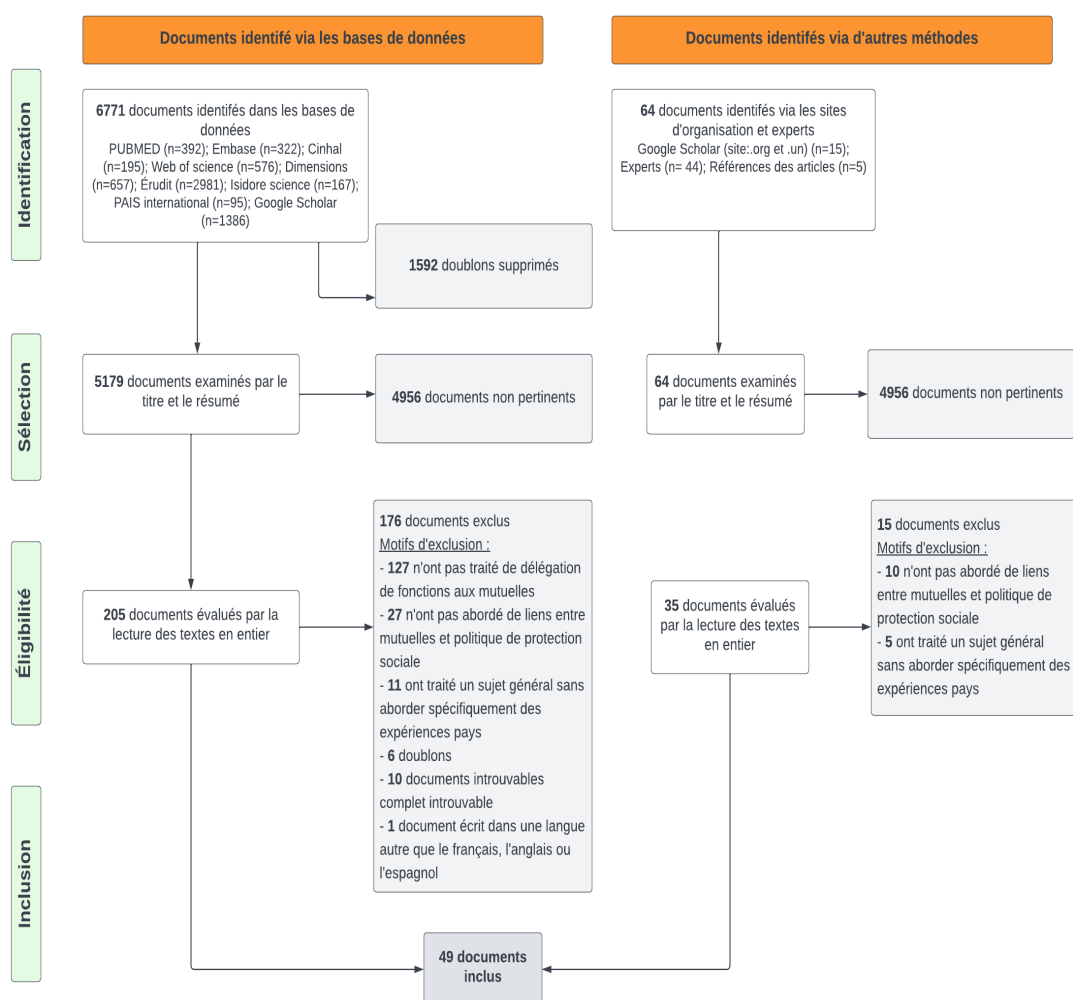
¹ Article L. 1411-1 du code général des collectivités territoriales français.

² Les experts sont des chercheurs.ses, des personnes travaillant dans des organisations nationales (ministères de la Santé, ONG) ou internationales (OIT).

sociale; 3) sans distinction de la méthode; 4) sans limite de date et 5) résumé publié en français ou en anglais. Les critères d'exclusion incluait : 1) les articles portant sur le rôle des mutuelles dans le cadre de l'assurance santé complémentaire et supplémentaire et l'assurance de groupe complémentaire ainsi que des assurances volontaires privées, et 2) les articles où les informations sur la délégation n'étaient pas suffisamment détaillées.

La procédure de sélection des études a été faite en quatre phases (voir figure 1). L'évaluation de l'éligibilité des documents a été réalisée en deux étapes : i) lecture des titres et résumés par deux évaluateurs de manière indépendante, ii) comparaison des résultats de sélection et l'application de l'inter-juge des 120 documents en désaccords et des discussions en équipe pour trouver consensus. Le tableau 1 en annexe présente les 49 documents inclus dans cette revue.

► Figure 1 : Diagramme de flux PRISMA pour la revue de portée (Lien PRISMA -Lucid)



Cartographie et organisation des données

En utilisant la méthode « descriptive analytique » (Dagenais et al., 2021), l'extraction et l'organisation des données ont été faites à partir des dimensions adaptées du cadre conceptuel du transfert des politiques (Dolowitz and Marsh, 2000).

1. Qu'appelle-t-on mutuelle dans les documents inclus ?
2. Pourquoi la délégation de fonctions aux mutuelles ?
3. Comment la délégation de fonctions aux mutuelles a été effectuée ?
4. Quelles fonctions ont été déléguées aux mutuelles ?
5. Quel est le degré de délégation de fonctions aux mutuelles ?
6. Quels sont les facteurs facilitant ou contraignant la délégation ?
7. Quels sont les effets de la délégation ?

Après l'extraction des données, une deuxième phase d'analyse et de validation des résultats préliminaires a été effectuée en utilisant les fonctions principales des systèmes de PSS telles que mentionnées au sein des normes internationales de sécurité sociale (ILO, 2021a) : définition des paramètres de couverture ; sensibilisation de la population et activités de promotion et de prévention ; affiliation et collecte des contributions sociales ; mutualisation des fonds et des risques ; contractualisation et gestion des relations avec l'offre de soins ; prestation de services de soins ; et enfin participation et gouvernance.

Questions de la revue	Constats généraux
Comment la délégation de fonctions aux mutuelles a été effectuée ?	- Peu de délégation au sens de la définition de départ. - En pratique, quatre cas de figure, parfois avec un continuum de changements de l'un à l'autre dépendamment des pays : 1) Conventionnement (i.e. délégation au sens de la définition de départ) : les pays où il y avait des mutuelles préexistant la PSS et où celles-ci ont donc été contractualisées par l'organe national en charge de la PSS pour gérer la nouvelle couverture pour leurs membres. 2) Absorption : les pays où les mutuelles ont été absorbées au sein du système national de PSS, y compris leur personnel administratif dans certains endroits. 3) Intégration : les pays où le régime de PSS a créé ou structuré les mutuelles comme des organes publics de gestion local de la PSS. 4) Une dernière catégorie de pays se sont limités à la création d'un cadre légal et promotionnel pour la création de mutuelles indépendantes.
Quelles fonctions ont été déléguées aux mutuelles ?	L'ensemble des expériences de délégation donnait aux mutuelles conventionnées des responsabilités de proximité, c'est-à-dire de la gestion des affiliations, parfois collecte des contributions, gestion des bénéficiaires, gouvernance locale, gestion des remboursements de l'offre de soin. En revanche, les situations semblent plus variées pour les fonctions dites de « back office », en particulier la mise en commun des ressources, la mutualisation des risques, les décisions sur les paramètres de couverture, le financement (y compris les taux de contributions, si applicable) et les relations avec l'offre de soins (contractualisation, négociations tarifaires), ces fonctions étant centralisées et vues dans plusieurs pays comme la prérogative et le devoir des organes publics.
Quel est le degré de délégation de fonctions aux mutuelles ?	- Évolution et adaptation de la délégation de fonctions dans le temps selon les réalités contextuelles de chaque pays. - Alors que certains pays ont opté pour une forte implication de l'État dans la gouvernance par l'absorption même des mutuelles dans le système national, d'autres pays gardent néanmoins l'autonomie des mutuelles dans leur fonctionnement. Bien qu'il existe un risque de perdre le caractère communautaire dans le premier cas de figure, on reproche souvent au second des défis importants comme la faible couverture et les difficultés de viabilité financière liée à une faible mutualisation des risques.
Quels sont les facteurs facilitant ou contraignant la délégation ?	- Le cadre légal et réglementaire - L'existence d'un système de PSS établi - Les capacités institutionnelles et de gestion du régulateur, du délégant et du délégataire - La coordination avec le système de santé - La pérennité du financement public
Quels sont les effets de la délégation	- Effets contrastés en fonction des conditions historiques de développement des mutuelles et leur place dans l'architecture du système de PSS. - Il n'a pas été possible d'extraire des informations permettant de comparer les résultats obtenus en matière de réduction des barrières financières d'accès aux soins et financement additionnel pour les prestataires de soins dans le cas où il y a délégation de gestion aux mutuelles par rapport à lorsque les mutuelles ne sont pas utilisées dans le système de protection sociale en santé de base.

3.1. Qu'appelle-t-on mutuelle ?

Un certain nombre des éléments de la définition présentée dans la section méthodes se retrouvent dans une majorité de documents : gouvernance démocratique, non-lucrativité, participation communautaire, solidarité, gestion responsable (Diop et al., 2007; Roy and Sarkar, 2018; Soors et al., 2010). Certaines publications se réfèrent également aux différentes structures faitières selon la structuration du secteur mutualiste au niveau national (France, Maroc) (Cour des comptes, 2018, 2013).

Selon le pays, il semble que l'autonomie et le caractère indépendant des mutuelles ne soit pas nécessairement un élément de définition, en particulier au Ghana, au Rwanda et en Tanzanie. De façon similaire, concernant le caractère volontaire de l'adhésion, bien que la liberté de choix de la mutuelle soit parfois mentionnée, elle ne signifie pas pour autant que l'adhésion à un régime de PSS soit volontaire. Plusieurs pays accommodent une affiliation obligatoire à la PSS avec le choix libre d'une mutuelle comme en Belgique, en France et au Maroc. En revanche au Rwanda, l'adhésion à la mutuelle de district est obligatoire (Kestemont et al., 2020).

3.2. Pourquoi la délégation de fonctions aux mutuelles ?

Dans la plupart des pays, la délégation de certaines fonctions aux mutuelles a fait partie d'un processus historique plus large visant l'extension de la PSS. La délégation de fonctions s'est parfois inscrite lors de l'intégration au sein d'un régime national de PSS des groupes populationnels dont la couverture par les mutuelles précédait la création du régime national (Belgique, Espagne, France, Maroc). Dans d'autres pays, il s'agissait de réformes visant à regrouper différents mécanismes assurantiels pour bâtir un système national unifié. Dans d'autres cas, il était attendu que les mutuelles permettent d'atteindre les populations qui dépendent de l'économie informelle, qui vivent dans les zones rurales, ou qui sont exclues du système de protection sociale (Burkina Faso, Cambodge, Sénégal).

3.3. Comment la délégation de fonctions aux mutuelles a été effectuée ?

Les modalités de définition de la délégation diffèrent selon la préexistence du système mutualiste aux réformes nationales. Quatre types d'architecture se distinguent, dont un seul correspond stricto sensu à la définition de travail, et peuvent parfois constituer un continuum dans le temps.

i) Dans les contextes où certains groupes étaient déjà couverts par des mutuelles avant la création d'un régime national de PSS (Belgique, Espagne, France, Maroc, Uruguay), il y a eu mise en place d'une délégation. Par exemple, en France, c'est la loi Morice du 9 avril 1947 qui a permis de consacrer la participation des mutuelles à la Sécurité sociale, en leur déléguant la gestion de l'assurance maladie obligatoire des fonctionnaires (Cour des comptes, 2013). En Espagne, un arrêté royal (RD 1993/95) avait établi une réglementation qui permettait aux Mutuelles Collaboratrices avec la Sécurité Sociale (Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, MCSS) d'assumer la collecte

des contributions et le paiement des prestations au nom de la Sécurité sociale (Bernal-Delgado et al., 2018). Ces relations contractuelles donnent lieu à un conventionnement impliquant rémunération (sous forme de participation aux frais de gestion et/ou rétribution sur base de service rendu aux usagers).

ii) Dans d'autres contextes, les mutuelles qui préexistaient la création ou la réforme du système national de PSS ont été absorbées par les organismes nationaux d'assurance santé (Cambodge, Laos, Thaïlande). Cela a permis d'affilier les membres des mutuelles existantes et dans certains cas de transférer leur personnel de gestion. Cette architecture n'a donc pas occasionné de conventions de délégation de gestion.

iii) Ailleurs, un système national s'est mis en place et a encouragé, en même temps, la création de mutuelles ou de structures communautaires de gouvernance décentralisée de l'assurance santé (Éthiopie, Mali, Rwanda, Sénégal, Tanzanie,). Deux groupes de pays émergent ici.

a) L'un a adopté un système centralisé où les « mutuelles » sont en fait des structures publiques ou parapubliques intégrées à l'institution en charge du régime national de PSS, avec l'objectif de le rendre accessible en développant un réseau de points de contacts décentralisés (Ghana, Rwanda, Tanzanie). Au Rwanda, durant l'expansion des mutuelles entre 2002 et 2005, les autorités locales avaient la responsabilité de les développer au niveau communautaire (Kamwenubusa et al., 2011). Cela peut aussi être un continuum de changement où les mutuelles, initialement indépendantes, ont été poussées à modifier leur statut pour devenir des organes publics ou parapublics de gouvernance locale intégrées au sein de l'assurance santé nationale (Ghana).

b) L'autre groupe a mis en place un cadre légal permettant aux mutuelles d'assumer un certain nombre de fonctions, mais dans un contexte où le rôle de l'État est limité à la régulation (cadre légale, autorisations d'établissement, licence) (Burkina, Mali, Sénégal).

Dans certains pays, la décision de faire usage ou promouvoir les mutuelles dans le cadre de l'extension de la PSS a été prise avec des partenaires techniques et financiers (PTF) de l'aide publique internationale (Burkina Faso, Cambodge, Éthiopie, Mali, Nigéria, Rwanda, Sénégal, Tanzanie). Par exemple, au Burkina Faso, les PTF ainsi que les organisations non gouvernementales (ONG) soutenant les mutuelles locales étaient impliquées dans la conception du système de PSS (Kadio et al., 2018; Ouedraogo and Flessa, 2016).

3.4. Quelles sont les fonctions déléguées aux mutuelles dans le cadre de la PSS ?

La revue a permis d'identifier des délégations ou des assignations de fonctions aux mutuelles pour plusieurs des grandes fonctions de la PSS (ILO, 2008). Il est important de noter que la majorité des politiques nationales de PSS incluent des droits à la PSS précisant différents points d'entrée selon la capacité contributive des populations et / ou leur statut dans l'emploi. Il y a donc des systèmes contributifs où les personnes protégées contribuent directement au financement de la PSS, mais où coexistent souvent des subsides aux contributions le cas échéant

et / ou des exemptions de frais au point de service pour certaines catégories de populations. Cette diversité est reflétée dans les différentes fonctions que peuvent avoir les mutuelles (ILO, 2021b).

Définition des paramètres de couverture

Dans la plupart des cas, la définition des paramètres de couverture (panier de soins, taux de remboursement, taux de contribution, si applicable) se fait par le délégant. Il est donc imposé aux mutuelles dans le cadre de la délégation de gestion, avec parfois une participation des mutuelles délégataires (Éthiopie, France, Ghana, Japon, Mali, Rwanda, Sénégal dans le cadre de l'UDAM « unité départementale d'assurance maladie »). Au Ghana, bien que l'État imposait un ensemble de prestations minimales, les mutuelles de district pouvaient définir un panier de services qui serait approuvé par le Conseil national de l'assurance maladie (Boon, 2007). En Belgique, la tarification et le niveau de remboursement pour la couverture de base sont définis à travers des conventions nationales avec la participation des prestataires de soins et les représentants des mutuelles (appelées caisses de maladie) (Gerken and Merkur, 2020).

Sensibilisation de la population et activités de promotion et de prévention

Dans plusieurs pays (Burkina Faso, Éthiopie, France, Mali, Nigéria, Sénégal, Rwanda), les mutuelles menaient des campagnes de formation et de plaidoyer auprès des communautés cibles, des leaders communautaires ou des décideurs politiques sur les mutuelles. Au Burkina Faso, les fonctions de sensibilisation, mobilisation et conscientisation des communautés cibles étaient également déléguée aux mutuelles ou à travers le Réseau d'appui aux mutuelles de santé – RAMS (Kadio et al., 2018; Ouedraogo and Flessa, 2016).

Dans certains pays, les mutuelles jouaient un rôle de promotion et prévention. En France, cela se traduisait par l'éducation à la santé et le renforcement de la participation des patients aux instances de santé (Cour des comptes, 2003), des activités de lutte contre le tabagisme ou l'obésité, ou encore des activités de prévention (Caire, 2009).

Affiliation et collecte des contributions sociales

Les mutuelles peuvent se voir attribuer des rôles dans l'affiliation des populations, dans leur identification et dans la collecte des contributions sociales.

Dans certains cas, les mutuelles participaient à l'identification des personnes indigentes ou vulnérables (Sénégal, Éthiopie, Burkina Faso, Tanzanie, Rwanda). Par exemple au Sénégal dans le cadre du DECAM « décentralisation de l'assurance maladie », les mutuelles de santé collaboraient avec les responsables des organisations à base communautaire, les chefs de quartier et de village, et les responsables de la collectivité locale pour identifier les indigents éligibles à une affiliation non-contributive (Ouattara and Ndiaye 2017). En Tanzanie, un coordinateur du Fonds communautaire santé au niveau du district était chargé du suivi des adhésions subventionnées, de l'utilisation des fonds, et de la rédaction de rapports sur le Fonds de solidarité santé (Borghi et al., 2013).

Dans les régimes contributifs, deux cas de figure sont recensés. Dans un premier cas, la collecte des contributions auprès de leurs membres incombe aux mutuelles (Cambodge, Éthiopie, Ghana, Rwanda). Par exemple, dans les pays

où l'assurance maladie était obligatoire, tels qu'au Rwanda (Kamwenubusa et al., 2011; Ouedraogo and Flessa, 2016) et en Éthiopie (ILO, 2021c), le comité au niveau de la cellule ou de la section s'occupait de la collecte et la gestion des cotisations. Cependant, lorsque l'assurance maladie n'était pas obligatoire (Burkina Faso, Mali, Sénégal), la tâche de recouvrement des cotisations peut être difficile pour les mutuelles. Cela questionne l'idée selon laquelle les mutuelles viennent en apport de ressources additionnelles ou « auto-financées » pour l'extension de l'assurance santé. Dans l'autre cas, la collecte est faite par un autre organisme centralisé et non les mutuelles. Par exemple, en France, c'est l'Union de recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'allocations familiales, qui est chargée de recouvrer les contributions sociales, de les distribuer aux différentes institutions de protection sociale, y compris la caisse nationale d'assurance maladie qui rémunère les mutuelles délégataires de gestion (Chevreul et al., 2015).

Mutualisation des fonds et des risques

Bien que la mutualisation du risque et la solidarité soient des valeurs attribuées aux mutuelles, le degré de mutualisation des fonds et des risques est peu documenté. Dans certains pays, les mutuelles semblaient avoir été l'unité de mutualisation alors que dans d'autres, elle faisait soit par un organisme national, soit à un niveau géographique distinct avec reversement des fonds mutualisés aux mutuelles. La mutualisation de plusieurs sources de financement permet de créer une solidarité au sein d'un partage des risques plus large. Par ailleurs, cela permet un subventionnement croisé des structures de soins dans des géographies différentes. Par exemple, au Rwanda, le Fonds national de garantie des mutuelles de santé (FNGM)³ subventionnait un montant égal à la contribution faite par les assurés (Diop et al., 2007, 2007; Kamwenubusa et al., 2011). En Colombie, les fonds destinés à la prise en charge des groupes pauvres et vulnérables étaient transférés aux associations mutuelles fédérées dans une institution nationale (Coheur et al., 2007). En Tanzanie, les fonds étaient mis en commun au niveau district via les Cost Sharing and Insurance Funds (CSIFs) pour permettre des subventions croisées entre les centres de santé (Borghi et al., 2013; Soors et al., 2010). Au Sénégal, dans le cadre de l'UDAM, la mutuelle locale assure la mise en commun pour les risques couverts dans le paquet de soins de base tandis que l'Union départementale assure un rôle de mutualisation pour le risque d'hospitalisation (Ouattara and Ndiaye, 2017).

Contractualisation et gestion des relations avec l'offre de soins

La contractualisation avec l'offre de soins était fréquemment déléguée dans les expériences recensées. Elles peuvent y avoir les fonctions suivantes :

- i. Gérer la signature des accords contractuels avec les prestataires de services de santé et leur suivi (Belgique, Burkina Faso, Éthiopie, Mali, Nigéria, Rwanda, Tanzanie,) de façon indépendante (Mali, Sénégal) ou bien dans le cadre d'un processus national concerté avec les pouvoirs publics (Belgique, Rwanda). Au Rwanda, en collaboration avec la Cellule technique d'appui aux mutuelles de santé (CTAMS), la mutuelle de district

³ Mobilisant les fonds des partenaires, des assurances maladies privées du pays, de l'État et des établissements de santé.

fournissait une assistance technique aux sections mutuelles, notamment des formations pour la gestion et la supervision des relations contractuelles avec les centres de santé (Diop et al., 2007).

- ii. Effectuer le paiement des prestations de soins (majorité des expériences recensées). Les modes de paiement des prestations sont divers et il n'est pas possible de distinguer si ce sont les mutuelles qui prennent les décisions quant au mode de paiement des prestations ou si ce sont des décisions prises dans le cadre du fonctionnement général de la PSS. Les études mentionnent, entre autres, qu'au Rwanda, certaines mutuelles versaient aux prestataires un taux de capitation mensuel prospectif, tandis que d'autres payaient les prestataires sur la base d'une rémunération à l'acte (Diop et al., 2007).

Et plus rarement :

- iii. Négocier les tarifs avec les structures ou prestataires de services de santé (Sénégal, Ghana).
- iv. Assurer le suivi des prestations par la collecte de données et l'établissement de rapports (Rwanda).

Certaines publications mentionnent l'utilisation du tiers payant par les mutuelles afin de faciliter l'accès aux soins des usagers sans avance de fonds de leur part (Belgique, Cambodge ; Espagne, Éthiopie, France,), parfois dans le cadre de politiques plus larges de l'assurance maladie au niveau national (France).

Prestation de services de soins

Dans certains pays, principalement en Amérique Latine, les mutuelles assuraient un rôle de prestataire de soins dans la mesure où elles disposaient de leur propre réseau de soins (Colombie, Uruguay). Au Maroc, avant l'introduction de l'assurance maladie obligatoire (AMO), certaines mutuelles avaient à la fois un rôle d'assureur et de prestataire de soins (Comité économique et social européen, 2013). Dans le cadre légal de l'adoption de l'AMO, une séparation des fonctions de gestionnaire de l'AMO et de prestataire de soins pour les bénéficiaires de l'AMO était faite. Aussi, les mutuelles concernées ont dû créer des entités séparées, certaines se concentrant sur la gestion déléguée de l'AMO et d'autres chargées de la gestion d'établissements de soins et pouvant être contractualisées dans ce cadre⁴ (Conseil économique, social et environnemental, 2018; Cour des comptes, 2018).

Participation et gouvernance

La participation communautaire, à travers la mobilisation sociale et l'engagement des personnes bénéficiaires des mutuelles pour une gestion plus démocratique de la PSS, n'a que peu été abordée dans les documents répertoriés. Dans plusieurs pays (Burkina Faso, Éthiopie, Ghana, Nigéria, Rwanda, Sénégal, Tanzanie), les communautés participaient à la prise de décision concernant les aspects suivants : la contractualisation et la négociation avec les structures ou les professionnels de santé, le système de paiement des prestataires, la gestion des adhésions, la collecte et gestion des cotisations et la gestion des informations des bénéficiaires.

⁴ p.ex., Mutuelle des Unités Sanitaires des Fonctionnaires et Agents Assimilés du Maroc, Mutuelle des Œuvres Sociales et Sanitaires du Personnel de l'Office d'Exploitation des Ports, Mutuelle des Actions Sanitaires et Sociales des Forces Auxiliaire.

Au Nigéria, les gestionnaires de programme des mutuelles communautaires avaient la responsabilité d'aider les nouvelles communautés participantes à mettre en place des conseils d'administration et d'y mener des activités de renforcement des capacités (National Health Insurance Scheme, 2012).

Les pays dans lesquels il n'y a pas de délégation de gestion, dans le sens de la définition de travail, car les mutuelles ne sont pas des entités indépendantes ou ont été absorbées par le système national, leur gouvernance relevait de la consultation et de la gestion communautaire. Au Ghana, c'était le National health insurance authority (NHIA), responsable de la gestion du National Health Insurance System (NHIS) au niveau central, qui accordait des licences et réglementait les mutuelles de district appelées District mutual health insurance schemes (DMHIS). L'État détenait un grand rôle dans la gouvernance de ces modèles de mutuelles, il nommait les membres du conseil d'administration (Boon, 2007) (Boon 2007). Au Rwanda les mutuelles de districts et de sections étaient gérées au niveau national par le Conseil rwandais de la sécurité sociale (RSSB) (loi sur les mutuelles de 2015). L'État nommait les membres du conseil d'administration des mutuelles par arrêté ministériel (Kestemont, Paul et al. 2020).

Par ailleurs, dans certains pays les mutuelles pouvaient être mises en concurrence avec les assurances privées pour remporter les conventions de délégation de gestion pour le compte des institutions publiques de protection sociale (Colombie) (Coheur et al., 2007). Or, ces tendances ont souvent un impact négatif sur la capacité des organisations à but non lucratif à tenir des rôles de transformation sociale par l'engagement et la responsabilisation de leurs publics, et la défense des droits, en lien avec un éloignement de leurs valeurs et missions initiales (Almog-Bar and Schmid, 2014; Jennifer Alexander and Kandyce Fernandez, 2021).

3.5. Quel est le degré de délégation de fonctions aux mutuelles ?

L'analyse des documents permet de dégager une typologie.

- Les pays où les mutuelles ont une grande indépendance et où il n'y a pas de délégation de gestion de la PSS au sens de la définition de travail mais plutôt une allocation d'un certain rôle ou de certaines fonctions aux mutuelles puis une intervention de l'État qui se limite à leur régulation et parfois la promotion de leur création. Dans ce cas, elles ont toutes les fonctions de l'assurance santé. Mais cette grande autonomie se traduit souvent par des difficultés de fonctionnement et d'atteinte d'une couverture minimale pour assurer la viabilité (situation initiale au Burkina Faso, Mali, Sénégal).
- Les pays où les mutuelles sont des délégataires de gestion de l'assurance maladie obligatoire, elles ont moins d'autonomie, des fonctions déléguées limitées et très cadrées, mais ont une certaine pérennité (Belgique, France, Uruguay).
- Les pays où les mutuelles sont des entités publiques ou parapubliques dépendant du système national, soit depuis leur création (Rwanda, Tanzanie), soit elles ont été absorbées au moment de la création ou la réforme d'un système national (Cambodge, Ghana, Laos, Thaïlande). Dans ce cadre, il n'y a pas à proprement parler de degré de délégation mais plutôt de répartition des rôles entre le niveau central (en

général assurant les fonctions de back office) et le niveau décentralisé (en général en charge des fonctions de proximité et de gouvernance locale).

Les expériences répertoriées sont à différents stades de mise en œuvre et sont très dynamiques à travers le temps, rendant difficile une catégorisation durable au sein de cette typologie. Des changements s'opèrent durant la mise à l'échelle ou l'institutionnalisation de la PSS (Ghana, Rwanda) ou à travers le repositionnement des acteurs à travers le temps (France). Par exemple, au Mali, dans le but de mettre en place l'assurance maladie universelle d'ici 2023, un processus de restructuration des mutuelles communautaires en mutuelles communales était en cours (Ouattara and Ndiaye, 2017). Au Sénégal, si deux approches différentes étaient en cours d'expérimentation (la DECAM et l'UDAM), l'État vient de décider de dissoudre les mutuelles communales et de passer à l'échelle nationale les unités départementales. Par ailleurs, il apparaît clairement que l'implication des mutuelles dans les systèmes de protection sociale d'un point de vue historique comme opérationnel est plus complexe que le cadre de la délégation de gestion mentionné en introduction.

3.6. Quels sont les facteurs facilitant ou contraignant la délégation ?

Le cadre réglementaire

La standardisation de la structure organisationnelle et de la gestion financière des mutuelles de santé ont été relevées comme ayant facilité le processus de leur intégration au système de PSS, surtout dans une dynamique de mise à l'échelle au Ghana (Baltussen et al., 2006) et au Rwanda (Chemouni, 2018).

Le cadre contractuel et le conventionnement

Bien que la clarté du cadre contractuel (incluant la définition de la délégation et les objectifs attendus) soit identifiée comme un facteur clé de réussite, peu de documents abordent ses modalités pratiques.

Dans les pays où les mutuelles ont été pensées en tant que structures décentralisées de gestion non indépendantes, la gouvernance centralisée du régime de PSS était une force pour mieux structurer la délégation et les rôles de chaque acteur, tel qu'au Ghana, au Rwanda (Kestemont et al., 2020) et en Tanzanie (Borghi et al., 2013). Dans ces pays, il a aussi été observé une acceptabilité sociale liée à la décentralisation et à l'approche communautaire et une appropriation politique du processus de délégation qui ont été fondamentales, notamment au Ghana (Adomah-Afari and Chandler, 2018; Kestemont et al., 2020). De plus, la centralisation du portage du risque au niveau national a promu une meilleure mutualisation des risques (Kestemont et al., 2020).

Les capacités institutionnelles et de gestion du régulateur, du délégant et du délégataire

Dans une dynamique de mise à l'échelle, la faible capacité de suivi et d'audit des autorités de supervision et régulation des mutuelles peut créer des dysfonctionnements importants dans la délégation. Par exemple, au Cambodge, le ministère de la Santé n'avait pas la capacité de mettre en œuvre le contrôle ou d'assurer le suivi des résultats des mutuelles (Annear et al., 2013).

Dans beaucoup de pays, l'État a mis en place des agences nationales en charge de la PSS qui assuraient la relation avec les délégataires, par exemple l'Agence nationale de la couverture Maladie Universelle au Sénégal, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie en France, ou le Tanzanian National Health Insurance Fund (TNHIF) en Tanzanie. Les capacités institutionnelles et de gestion au sein des mutuelles et de ces organismes publics responsables de la PSS sont identifiés comme des facteurs importants. Par exemple, au Sénégal, les mutuelles avaient une faible capacité opérationnelle qui se traduisait souvent par des dysfonctionnements dans l'établissement d'accords avec les établissements de santé, l'examen des factures, le paiement des établissements et le manque de rémunération de leur propre personnel (Daff et al., 2020; Kestemont et al., 2020). L'agence nationale en charge de la CMU n'avait pas initialement un rôle de portage et de mutualisation du risque au niveau national, entraînant une délégation de cette fonction à un grand nombre de mutuelles, peu professionnalisées, avec pour conséquence une grande fragmentation et une faible solidarité au niveau national (Daff et al., 2020; Kestemont et al., 2020). Ainsi, la professionnalisation des mutuelles semble être un prérequis pour améliorer leur efficacité comme délégataire (Rouyard et al., 2022) et leur mise à l'échelle (Boidin, 2021) (p.ex., France, Belgique, Rwanda et Nigéria).

La coordination avec le système de santé

La disponibilité des produits et services compris dans le paquet de soins au sein des établissements de santé est essentielle pour garantir une continuité et une confiance des communautés aux fonctions des mutuelles (Ouedraogo and Flessa, 2016). Les dysfonctionnements des établissements de soins, concernant l'insuffisance d'intrants ou de ressources humaines, constituent des limites considérables dans le fonctionnement de la délégation (Raheem et al., 2019).

Par ailleurs, l'implication des responsables régionaux et des districts de santé ainsi que des autorités locales dans la sensibilisation des communautés locales pourrait faciliter une meilleure compréhension des rôles de chaque acteur dans la protection sociale et une gestion communautaire des mutuelles. Par exemple, en Tanzanie, le comité de santé du quartier et le comité de direction ainsi que les agents de santé de l'établissement de santé avaient la responsabilité de mobiliser pour l'adhésion au Fonds communautaire santé et d'informer la communauté des fonds collectés et de leur utilisation au sein de l'établissement de santé (Borghi et al., 2013). Dans certains contextes, n'étant pas souvent impliqués dans les processus de délégation de fonctions, les prestataires de services ainsi que les communautés pouvaient avoir une faible compréhension du régime et des fonctions des mutuelles. Cela a été relevé comme une barrière à l'adhésion et à la mobilisation des communautés (Boon, 2007) et aussi un facteur défavorisant à l'utilisation des services de santé par les ayant-droit (Kadio et al., 2018).

La pérennité des financements publics

La pérennité de la délégation a souvent été menacée par le manque de financements publics pour la PSS. En effet, dans plusieurs pays, la délégation de gestion aux mutuelles s'accompagnait d'un subventionnement public (participation aux frais de fonctionnement, subventionnement de tout ou en partie des cotisations). Dans un tel contexte, le financement insuffisant du gouvernement et/ou les retards de décaissement ont été un défi majeur

dans la mise en œuvre de la délégation de fonctions aux mutuelles au Cambodge (Annear et al., 2013), en Tanzanie (Borghi et al., 2013) et en Thaïlande (WHO, 2004).

Par ailleurs, dans certains pays à faible ressource, la transformation du système de PSS et / ou le développement des mutuelles est souvent financée et soutenue techniquement par les bailleurs de fonds internationaux. Pour remplir leurs fonctions, les mutuelles étaient souvent dépendantes de financements externes, non pérennes. En Éthiopie, par exemple, un financement de l'USAID pour la mobilisation communautaire avait permis d'augmenter les taux d'adhésion et de recouvrement des cotisations, ce qui n'avait pas pu être maintenu à la fin de cet appui financier (Kestemont et al., 2020).

Lorsque la fonction de collecte des cotisations auprès de leurs membres est une fonction déléguée aux mutuelles et que la PSS n'est pas obligatoire ou que les modalités de financement (taux de contribution, absence de subventionnement) ne sont pas adaptées, la réalisation effective de cette fonction demeure un défi important. En effet, les personnes indigentes éprouvent souvent des difficultés à payer leurs cotisations et les travailleurs de l'économie informelle de façon régulière (Boon, 2007; Diop et al., 2007; Soors et al., 2010). Par exemple, au Mali, l'évaluation de la phase pilote de la Stratégie nationale d'extension de la couverture maladie (SNEM) à travers les mutuelles de santé en 2015 avait montré un faible niveau de subventions de l'État qui avait réussi à mobiliser seulement 19% des taux de subventions effectives s'accompagnant d'un faible taux de pénétration (Ouattara and Ndiaye, 2017). En revanche, en Tanzanie, l'allocation d'une subvention égale aux cotisations des membres par le gouvernement a été relevée comme une incitation efficace à l'inscription des personnes aux régimes de Fonds communautaire de santé sur le long terme (Soors et al., 2010).

3.7. Quels sont les effets de la délégation ?

Lorsque la délégation de fonctions a été mise en place dans le cadre de la création d'un système national de PSS qui a souhaité inclure un système mutualiste qui préexistait, cela a permis d'étendre la couverture nationale et d'intégrer les membres des mutuelles dans un système de mutualisation des risques plus large (Cambodge, France, Japon, Laos, Thaïlande, Uruguay).

Lorsque le système national a été créé avec le dessein de développer des mutuelles pour en faire des mécanismes de gestion locale et participative, les expériences sont diverses. Au Ghana, au Rwanda et en Tanzanie, une approche relativement centralisée avec une faible autonomie des mécanismes communautaires s'est traduite par une couverture large et une certaine pérennité financière tandis que la professionnalisation de ces structures a aussi créé une assise participative moindre (Chemouni, 2016; Kestemont et al., 2020). De même, le conventionnement des mutuelles ou leur absorption au sein de programmes nationaux de PSS a eu comme effet d'augmenter le nombre d'organisations communautaires et de transformer les petites mutuelles en des entités à l'échelle du district ou du département (Adomah-Afari and Chandler, 2018; Borghi et al., 2013). Par ailleurs, ce processus a pu s'accompagner d'une professionnalisation (Kestemont et al., 2020).

4. Discussion

La discussion des résultats de cette revue est organisée en six thématiques dans lesquelles nous relevons, d'une part, les observations saillantes faites à partir des expériences pays répertoriées sur la délégation de fonctions aux mutuelles. D'autre part, les enjeux et défis que posent la délégation de fonctions sont discutés afin de soulever des leçons apprises des expériences existantes.

Cadre conceptuel

Il ressort de la revue de portée un manque de clarté conceptuelle sur les terminologies employées lié à l'absence de consensus sur les définitions. En particulier, les mutuelles sont définies de façons différentes. Cela reflète une diversité plus générale au sein de l'économie sociale et solidaire dont la définition diverge en fonction des contextes nationaux ainsi que de l'encadrement juridique (ILO, 2022). L'absence de définition claire et de statut juridique peuvent être un frein à la délégation de services publics. En même temps, certains pays ont utilisé le terme « mutuelle » pour désigner des organes publics de gestion décentralisé.

De même, le concept de délégation est rarement utilisé dans les documents inclus et lorsqu'il l'est, il n'est pas nécessairement défini de façon aussi stricte que la définition de travail. Peu d'informations ont été trouvées sur le détail des provisions des conventions entre les pouvoirs publics et les mutuelles. Cela peut indiquer trois phénomènes, pouvant être concomitants. Premièrement, la revue a révélé que dans un certain nombre de pays les institutions en charge du système de PSS étaient inexistantes, en création ou avaient peu de capacités. Cette situation pouvait se traduire par une répartition des fonctions avec les mutuelles ou un encouragement institutionnel plutôt qu'un réel processus de conventionnement basé sur une délégation de gestion clairement établie. Deuxièmement, dans d'autres pays, les mutuelles étaient en fait des organismes dépendants de l'État ayant une gouvernance participative, et de fait n'étaient pas des délégataires au sens strict (signataire d'une convention de délégation) puisqu'appartenant à la personne publique, ne donnant donc pas lieu à un conventionnement. Enfin, dans un troisième cas de figure, il y a conventionnement, mais il ne semble pas que ce processus ait fait l'objet d'analyses, y compris d'analyses comparatives qui permettraient de dégager des bonnes ou mauvaises pratiques.

Un processus historique et en mouvement

La revue de portée a mis en lumière que la décision par les pouvoirs publics de certains pays de déléguer certaines fonctions ayant trait à la mise en œuvre de la PSS à des mutuelles relève de processus historiques plutôt que de calculs coûts-avantages de ces mécanismes. De même la délégation n'est pas suivie d'une évaluation basée sur l'utilisation de données probantes. En outre, il n'a été identifié que peu d'informations ou d'études portant sur les avantages du conventionnement des mutuelles en comparaison à d'autres mécanismes comme la gestion directe par les pouvoirs publics. Par ailleurs, ce processus historique n'est pas statique et on constate une évolution du rôle des mutuelles en tant que délégataire avec le temps. Trois types de « points de départ » historiques sont

identifiables : i) dans certains pays les mutuelles de santé et de protection sociale se sont créées pour pallier l'absence de système national de protection sociale. Aussi, au moment où le système s'est créé ou étendu, les mutuelles ont été intégrées comme délégataires de gestion pour les groupes qu'elles couvraient déjà (France, Maroc, Uruguay) ou absorbées par une nouvelle institution publique afin de mettre fin à leur fragmentation et mutualiser les risques à plus grande échelle (Laos, Thaïlande) – parfois l'un puis l'autre; ii) lorsque le système national est naissant ou inexistant les mutuelles, même quand leur portée reste limitée, peuvent être reconnues comme acteurs du système de protection sociale; mais elles tendent à assurer toutes les fonctions d'assurance sans conventionnement avec les pouvoirs publics et rencontrent des difficultés en terme de viabilité liées au manque de financement, à la faiblesse de la gestion et à la faible mutualisation du risque; et iii) dans d'autres pays, les mutuelles ont été pensées comme des mécanismes de gestion communautaire du système national de PSS au moment de sa création ou de sa réforme, aussi la délégation de fonctions n'est pas nécessairement passée par un processus de conventionnement, et dans certains cas ces mutuelles ne correspondent pas ou plus à des entités indépendantes (Ghana, Rwanda, Tanzanie).

Par ailleurs, on constate que les modèles adoptés par certains pays semblent être repris et adaptés par d'autres. Il s'agirait de mieux comprendre les processus de diffusion et de mise à l'échelle dans des études subséquentes (Niang, 2022; Seppey et al., 2020). Alors que les mutuelles locales peinaient à se développer au Sénégal, Bart Criel (1998) avait déjà proposé de créer des mutuelles de districts et suggéré de les passer graduellement à l'échelle. Mais dans un contexte où les acteurs du développement ont tendance à exporter des idées, il serait essentiel de comprendre ces processus (Gautier et al., 2019). Par exemple, le modèle Rwandais est cité de façon récurrente comme source d'inspiration. Toutefois, le contexte politique et social du Rwanda peut limiter les capacités de transfert de modèles de politique publique (Ridde et al., 2018).

Une délégation qui requiert une architecture construite de la PSS et une institutionalité forte

La délégation de fonctions suppose de s'inscrire dans une architecture plus large du système national de PSS et du système de santé et de protection sociale plus généralement, avec des institutions publiques robustes. Des déficits à ce niveau affectent l'attrait, la faisabilité et l'efficacité de la délégation. Une telle architecture nécessite adoption de mécanismes de financement de la santé et de gouvernance de la protection sociale qui soient équitables et durables mais aussi de paramètres de la couverture de la PSS qui soient bien définis. Par exemple, au Burkina Faso, bien que l'Assurance maladie universelle ait été initiée en 2000, elle n'avait pas été opérationnalisée et il n'y avait donc pas de cadre balisant la délégation de rôles et fonctions aux mutuelles au moment de l'étude inclut dans cette revue (Ouedraogo and Flessa, 2016). Les normes internationales de protection sociale peuvent guider le développement d'une architecture de PSS robuste et le choix de paramètres de couverture adéquats (ILO, 2020).

Les mutuelles ne peuvent se substituer à un financement pérenne de la PSS

Dans les pays étudiés, la délégation de fonctions est un outil de gestion à la disposition de la puissance publique, qui nécessite une rémunération ou un financement. Dans ce sens, l'idée selon laquelle les mutuelles seraient un outil de génération de financement pour les systèmes de PSS de façon autosuffisante ne semble pas vérifié, en

particulier lorsque la PSS n'est pas obligatoire, que les taux de pénétration des mutuelles sont faibles, et que les niveaux de contributions sont mal adaptés, sans participation des employeurs et de l'État.

Dans plusieurs pays à faibles ressources, il a été remarqué que la délégation de fonctions aux mutuelles est financée à travers des bailleurs de fonds internationaux qui orientent souvent la structure des mécanismes de délégation et de gouvernance (Ridde et al., 2022; Verbrugge et al., 2018). Or le manque de coordination entre les différents bailleurs de fonds qui interviennent en santé et en protection sociale et les agences gouvernementales sont des défis importants pour assurer la pérennité de la délégation de fonctions aux mutuelles. Au Cambodge par exemple, les assurances maladies à base communautaire mises en place par un projet n'existent plus depuis la fin de celui-ci (Kolesar et al., 2020).

La sélection des fonctions à déléguer

Certaines fonctions semblent être plus déléguées que d'autres et / ou avec plus de succès. En particulier, l'ensemble des expériences de délégation donnait aux mutuelles conventionnées des responsabilités de proximité, c'est-à-dire de la gestion des affiliations, parfois collecte des contributions, gestion des bénéficiaires, gouvernance locale, gestion des remboursements/paiements de l'offre de soins. En revanche, les situations semblent plus variées pour les fonctions de décisions sur les paramètres de couverture, mise en commun des ressources, mutualisation des risques, financement (y compris les taux de contributions, si applicable) et les relations avec l'offre de soins au niveau national (contractualisation, négociations tarifaires). Ces fonctions sont centralisées et vues dans plusieurs pays comme la prérogative et le devoir des organes publics.

Mobilisation sociale et participation

La professionnalisation ainsi que la centralisation de certaines ressources et pratiques de gestion, bien qu'identifiées comme des facteurs de succès de la délégation de gestion à des structures communautaires, semblent parfois détériorer la dimension communautaire et participative. Dans les pays ayant une longue tradition de délégation de fonctions aux mutuelles ou les ayant absorbées au fil du temps (Cambodge, France, Japon, Laos, Rwanda, Thaïlande, Uruguay), la participation des communautés dans les processus de gouvernance semble avoir diminué à travers le temps. Par ailleurs, bien que la structure participative des mutuelles soit identifiée comme un avantage lors de la délégation pouvant, en théorie, amener une confiance dans le système de protection sociale et une assise démocratique locale, en pratique la fonction de mobilisation sociale et d'organisation de la participation ne semble pas être identifiée au sein des cadres de délégation. De même l'impact de la délégation sur ces aspects semble peu documenté. Ce paradoxe fait partie des axes pour de futures recherches qui ressort de la revue de portée.

Conclusion

Cette revue a permis de répertorier les publications traitant de la délégation de fonctions aux mutuelles dans les systèmes de PSS de dix-huit pays. Il a été difficile d'avoir un portrait général de toutes les expériences existantes dans le monde pour plusieurs raisons. D'abord, ce sujet est peu étudié; par ailleurs, il n'existe pas de définition consensuelle au niveau international des mutuelles et de la délégation de gestion ou de fonctions. Un autre défi rencontré est le caractère dynamique des expériences de délégations de fonctions aux mutuelles, il a été difficile de mener une analyse comparative entre pays, d'autant que les évaluations comparatives sont rares et les défis de causalité importants. Certaines expériences pays peuvent ne plus être d'actualité au moment de la revue et les innovations récentes pas encore publiées. En revanche, les résultats obtenus permettent de dégager un ensemble de constats et de leçons qui peuvent faire avancer les connaissances sur ce sujet qui peuvent servir tant à la recherche qu'à la pratique.

Annexes

Tous les auteurs⁵ ont contribué à la conception de la revue de la portée et l'élaboration des questions de recherche. MN, EG, OMS et VR ont participé à toutes les étapes de la revue, notamment l'acquisition et la sélection des documents, l'extraction et l'analyse des documents inclus. MN a produit la première version de l'article avec l'implication de tous les autres co-auteurs. LT, MM, AI, OLG ont apporté leurs expertises techniques dans l'ensemble de la démarche. LT et MM ont validé les résultats de l'analyse et contribué à la rédaction de la version finale de l'article, qui a été lue et approuvée par tous les auteurs.

► **Tableau 1 : Pays présentant une expérience de délégation inclus dans la revue**

No	Références	Types de documents	Approches méthodologiques	Pays
1	Adomah-Afari and Chandler (2018)	Article scientifique	Étude de cas multiple – méthodes mixtes (quantitative et qualitative)	Ghana
2	Annear (2009)	Littérature grise	Rapport	Cambodge
3	Annear et al. (2013)	Article scientifique	Analyse documentaire et méthodes qualitatives	Cambodge
4	Baltussen et al. (2006)	Article scientifique	Étude de cas	Ghana
5	Bernal-Delgado et al. (2018)	Littérature grise	Revue pays	Espagne
6	Blanchet and Acheampong (2013)	Littérature grise	Étude de cas	Ghana
7	Boon (2007)	Littérature grise	Chapitre de livre	Tanzanie
8	Borghi et al. (2013)	Article scientifique	Étude de cas multiple – méthode qualitative	Tanzanie
9	Caire (2009)	Article scientifique	n-a	France
10	Chemouni (2016)	Littérature grise	Analyse historique	Rwanda
11	Chemouni (2018)	Article scientifique	Analyse historique	Rwanda
12	Chevreur et al. (2015)	Littérature grise	Revue pays	France
13	Coheur et al. (2007)	Littérature grise	Rapport technique	Colombie, Philippines

No	Références	Types de documents	Approches méthodologiques	Pays
14	(Commission des comptes de la sécurité sociale, 2019)	Littérature grise	Rapport gouvernement	France
15	(Conseil économique, social et environnemental, 2018)Conseil Economique (2018)	Littérature grise	Rapport gouvernement	Maroc
16	Cour des comptes (2003)	Littérature grise	Rapport gouvernement	France
17	Cour des comptes (2013)	Littérature grise	Rapport gouvernement	France
18	Cour des comptes (2018)	Littérature grise	Rapport gouvernement	Maroc
19	Daff et al. (2020)	Littérature grise	Rapport	Sénégal
20	Deville et al. (2018)	Littérature grise	Atelier donné lors de la Rencontre des Études Africaines en France (REAF) de 2018	France
21	Diop et al. (2007)	Littérature grise	Méthode mixte (quantitative et qualitative)	Rwanda
22	Direction de la recherche des Études de l'évaluation et des statistiques (2020)	Littérature grise	Rapport gouvernement	France
23	Frotiée (2006)	Article scientifique	Synthèse littérature	France
24	Gerkens and Merkur (2020)	Littérature grise	Revue pays	Belgique
25	ILO (2021b)	Littérature grise	Recherche qualitative et analyse documentaire	Éthiopie
26	Kamwenubusa et al. (2011)	Littérature grise	Étude comparative approfondie	Rwanda
27	Kestemont et al. (2020)	Littérature grise	n-a	Sénégal, Rwanda, Éthiopie, Ghana
28	Kadidiatou et al. (2018)	Article scientifique	Étude de cas unique	Burkina Faso
29	Lavers (2019)	Article scientifique	Étude de cas - méthodologie de traçage de processus	Éthiopie

No	Références	Types de documents	Approches méthodologiques	Pays
30	Le Conseil national de la transition (2016)	Littérature grise	Loi	Burkina Faso
31	Mebratie et al. (2019)	Article scientifique	Analyse des données de panel des ménages	Éthiopie
32	National Health Insurance Scheme (2012)	Littérature grise	Rapport gouvernement	Nigéria
33	Olesker (2015)	Littérature grise	Chapitre de livre	Uruguay
34	Oreggioni (2015)	Littérature grise	Chapitre de livre	Uruguay
35	Ouattara and Ndiaye (2017)	Littérature grise	Étude de cas multiple	Mali, Sénégal
36	Ouedraogo and Flessa (2016)	Article scientifique	Revue de littérature	Ghana, Burkina Faso, Tanzanie, Rwanda
37	Raheem et al. (2019)	Article scientifique	Étude de cas unique	Nigéria
38	République du Mali (2020)	Littérature grise	Loi	Mali
39	République du Mali (2009)	Littérature grise	Loi	Mali
40	République du Mali (2010)	Littérature grise	Décret	Mali
41	Roy and Sarkar (2018)	Article scientifique	Revue littérature	Tanzanie, Thaïlande
42	Sagna and al. (2016)	Article scientifique	Méthodes qualitatives	Sénégal
43	Shigute and al. (2017)	Article scientifique	Méthode mixte (sondage et recherche qualitative)	Éthiopie
44	Shimazaki (2013)	Littérature grise	n-a	Japon
45	Shittu and Afolabi (2021)	Article scientifique	Analyse documentaire	Nigéria
46	Soors and al. (2010)	Littérature grise	Rapport	Sénégal, Mali, Ghana, Tanzanie, Rwanda
47	Traoré (s.d.)	Littérature grise	Communication	Mali
48	The Royal Government of Cambodia (2017)	Littérature grise	Cadre stratégique	Cambodge
49	WHO (2004)	Littérature grise	Rapport	Thaïlande

Références

- Adomah-Afari, A., Chandler, J.A., 2018. The role of government and community in the scaling up and sustainability of mutual health organisations: An exploratory study in Ghana. *Social Science & Medicine* 207, 25–37. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.04.044>
- Alexander, J., Fernandez, K., 2021. The Impact of Neoliberalism on Civil Society and Nonprofit Advocacy. *Nonprofit Policy Forum* 12, 367–394. <https://doi.org/doi:10.1515/npf-2020-0016>
- Almog-Bar, M., Schmid, H., 2014. Advocacy Activities of Nonprofit Human Service Organizations: A Critical Review. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 43, 11–35. <https://doi.org/10.1177/0899764013483212>
- Annear, P.L., 2009. Cambodia: developing a strategy for social health protection. *Promoting Sustainable Social Protection Strategies to Improve Access to Health Care in the Greater Mekong Subregion*.
- Annear, P.L., Ahmed, S., Ros, C.E., Ir, P., 2013. Strengthening institutional and organizational capacity for social health protection of the informal sector in lesser-developed countries: a study of policy barriers and opportunities in Cambodia. *Social Science & Medicine* 96, 223–231.
- Arksey, H., O'Malley, L., 2005. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology* 8, 19–32.
- Atim, C., 1999. Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon. *Social Science & Medicine* 48, 881–896. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00390-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00390-6)
- Baltussen, R., Bruce, E., Rhodes, G., Narh-Bana, S.A., Agyepong, I., 2006. Management of Mutual Health Organizations in Ghana. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.943826>
- Bayarsaikhan, D., Tessier, L., Ron, A., 2022. Universal Health Coverage and Social Health Protection: Policy relevance to health system financing reforms. *International Social Security Review* 75, 75–95. <https://doi.org/10.1111/issr.12295>
- Belaid, L., Ridde, V., 2020. « Une cartographie de quelques méthodes de revues systématiques », Working Paper du Ceped n°44. Ceped, Paris.
- Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F.I., Repullo, J.R., Peña-Longobardo, L.M., Ridao-López, M., Hernández-Quevedo, C., 2018. Spain: Health System Review 2018. *Health Systems in Transition* 20, 1–179.
- Blanchet, N.J., Acheampong, O.B., 2013. Building on Community-based Health Insurance to Expand National Coverage: The Case of Ghana. *USAID & Health Financing and Governance project (HFG)*.
- Boidin, B., 2021. [Mutual insurances in Africa: Issues and perspectives]. *Med Trop Sante Int* 1. <https://doi.org/10.48327/mtsimagazine.n1.2021.78>
- Boon, E.K., 2007. Knowledge systems and social security in Africa: a case study on Ghana. *Studies of Tribes and Tribals* 1, 63–76.
- Borghi, J., Maluka, S., Kuwawenaruwa, A., Makawia, S., Tantau, J., Mtei, G., Ally, M., Macha, J., 2013. Promoting universal financial protection: a case study of new management of community health insurance in Tanzania. *Health Research Policy and Systems* 11, 21–21. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-21>
- Caire, G., 2009. La nouvelle logique d'action des mutuelles de santé : La mise en place de « Priorité santé mutualiste ». *Revue internationale de l'économie sociale : Recma* 22–35. <https://doi.org/10.7202/1022183ar>
- Chemouni, B., 2018. The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development* 106, 87.
- Chemouni, B., 2016. The political path to universal health coverage: Elite commitment to community-based health insurance in Rwanda.
- Chevreul, K., Berg Brigham, K., Durand-Zaleski, I., Hernández-Quevedo, C., 2015. France : Health system review. *Health Systems in Transition* 17, 1–218.

- Coheur, A., Jacquier, C., Schmitt-Diabaté, V., Schremmer, J., 2007. Linkages between statutory social security schemes and community-based social protection mechanisms: A promising new approach. International Social Security Association.
- Comité économique et social européen, 2013. Avis du Comité économique et social européen sur la «Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions – la protection sociale dans la coopération au développement de l'Union européenne» (No. AVIS-SECTION 2913/2012 FIN), COM(2012) 446 final. Bruxelles.
- Commission des comptes de la sécurité sociale, 2019. 3.4 Les transferts en gestion des dépenses maladie des étudiants, des fonctionnaires et des indépendants, in: Les Comptes de La Sécurité Sociale.
- Conseil économique, social et environnemental, 2018. La protection sociale au Maroc: Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales. Conseil Economique, Social et Environnemental.
- Cour des comptes, 2018. Rapport annuel de la Cour des comptes au titre de l'année 2018 - Régime de l'assurance maladie obligatoire gérée par la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale.
- Cour des comptes, 2013. La sécurité sociale: rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris.
- Cour des comptes, 2003. Chapitre III: les mutuelles de fonctionnaires de l'État gestionnaires du régime obligatoire d'assurance maladie, in: Rapport Public Annuel 2003. p. 245 à 296.
- Criel, B., 1998. District-based health insurance in sub-saharian Africa. ITG Press, Antwerp, Belgium.
- Daff, B.M., Diouf, S., Madior Diop, E.S., Yukichi, M., Ryota, N., Sy, M.M., Makoto, T., Shotaro, T., Mor, N., 2020. Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Senegal. Bulletin of the World Health Organization 98, 100–108. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.239665>
- Dagenais, Ridde, V., Proulx, M., Mcswen-Cadieux, 2021. Guide de soutien au développement d'une communauté de chercheurs, praticiens et décideurs compétents pour réaliser des revues de portée (Scoping review). Organisation mondiale de la Santé.
- Déville, C., Fecher, F., Poncelet, M., 2018. Les mutuelles de santé subventionnées comme instruments de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal. Panel « Les chantiers de la santé en Afrique : répétition de scénarios déjà vus ou véritables dynamiques nouvelles ? ».
- Diop, F., Leighton, C., Butera, D., 2007. Health financing task force discussion paper: policy crossroads for mutuelles and health financing in Rwanda. Washington, DC: Health Financing Task Force.
- Direction de la recherche des Études de l'évaluation et des statistiques, 2020. Rapport 2020 Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Direction de la recherche, des Études, de l'évaluation et des statistiques, République Française.
- Dolowitz, D.P., Marsh, D., 2000. Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policy-making. Governance 13, 5–23.
- Dreyfus, M., 2017. Histoire de l'économie sociale. De la Grande Guerre à nos jours, Presses universitaires de Rennes.
- Froité, B., 2006. La réforme française de la Couverture maladie universelle, entre risques sociaux et assurance maladie. Lien social et Politiques 33–44. <https://doi.org/10.7202/013222ar>
- Gautier, L., Coulibaly, A., De Allegri, M., Ridde, V., 2019. From Amsterdam to Bamako: a qualitative case study on diffusion entrepreneurs' contribution to performance-based financing propagation in Mali. Health Policy and Planning 34, 656–666. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz087>
- Gerken, S., Merkur, S., 2020. Belgium: Health System Review 2020. Health Systems in Transition 22, i–237.
- ILO, 2022. Legal Compendium on the Social and Solidarity Economy. Cooperatives and the World of Work.

- ILO, 2021a. Building social protection systems: International standards and human rights instruments. International Labour Office Geneva, Geneva, Switzerland.
- ILO, 2021b. World Social Protection Report 2020–22: Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future. Geneva.
- ILO, 2021c. Mapping of the National Social Protection System in Ethiopia, including Social Health Protection: Final Report. International Labour Organization, Kingdom of the Netherlands.
- ILO, 2020. Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles (ILO Brief, Social protection Spotlight). International Labour Organization, Geneva, Switzerland.
- ILO, 2008. Social health protection. An ILO strategy towards universal access to health care. (Social security policy briefings; Paper 1/). International Labour Office, Social Security Department, Geneva, Switzerland.
- Kadio, K., Yamba, K., Ouédraogo, A., Ridde, V., 2018. Analysis of the implementation of a social protection initiative to admit the poorest of the poor to mutual health funds in Burkina Faso. *International Social Security Review* 71, 71–91. <https://doi.org/10.1111/issr.12161>
- Kamwenubusa, T., Nicobaharaye, O., Niyonkuru, D., Munyandekwe, O., 2011. Étude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi. Wereldsolidariteit-Solidarité Mondiale (WSM) et LCM-ANMC, Bruxelles.
- Kestemont, M.-P., Paul, E., Bourgeois, M., Horemans, C., Ndiaye, P., 2020. Le rôle des mutuelles de santé et des initiatives d'économie sociale dans l'extension des mécanismes de protection sociale aux travailleurs ruraux du Bénin.
- Kolesar, R.J., Pheakdey, S., Jacobs, B., Chan, N., Yok, S., Audibert, M., 2020. Expanding social health protection in Cambodia: An assessment of the current coverage potential and gaps, and social equity considerations. *International Social Security Review* 73, 35–63. <https://doi.org/10.1111/issr.12227>
- Lavers, T., 2019. Towards Universal Health Coverage in Ethiopia's "developmental state"? The political drivers of health insurance. *Social Science & Medicine* 228, 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.007>
- Le Conseil national de la transition, 2016. Loi N° 060-2015/CNT portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso. Le Conseil national de la transition, Ouagadougou.
- Mebratie, A.D., Sparrow, R., Yilma, Z., Abebaw, D., Alemu, G., Bedi, A.S., 2019. The impact of Ethiopia's pilot community based health insurance scheme on healthcare utilization and cost of care. *Social Science & Medicine* 220, 112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.11.003>
- National Health Insurance Scheme, 2012. National Health Insurance Scheme Operational guidelines. National Health Insurance Scheme, Abuja.
- Niang, M., 2022. Modélisation systémique des déterminants et processus de mise à l'échelle et de pérennisation d'innovations en santé : une étude qualitative de cas multiples au Burkina Faso et au Mali. Santé communautaire. Université Laval, Québec, Québec.
- Olesker, D., 2015. Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política pública de salud, in: *Economía, Política y Economía Política Para El Acceso y La Cobertura Universal de Salud En Uruguay*. Organización Panamericana de la Salud, Montevideo, Uruguay, pp. 9–44.
- Oreggioni, I., 2015. El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud, in: *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay*. Organización Panamericana de la Salud, pp. 47–85.
- Ouattara, O., Ndiaye, P., 2017. Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle au Mali et au Sénégal. MASMUT.
- Ouedraogo, L.-M., Flessa, S., 2016. The Potential Contribution of Community-Based Health Financing Schemes Towards Achieving Universal Health Coverage in Sub-Saharan Africa. *African Journal of Health Economics* 5, 01–24.

- Raheem, T.Y., Adewale, B., Adeneye, A.K., Musa, A.Z., Ezeugwu, S.M.C., Yisau, J., Afocha, E., Sulyman, M.A., Adewoyin, O.O., Olayemi, M., Ayeni, O.C., Akinremi, A.O., Runsewe, K., Mafe, M.A., Ujah, I.A.O., 2019. State of Health Facilities in Communities Designated for Community-Based Health Insurance Scheme in Nigeria: A Case Study of Kwara and Ogun States. *International Journal of TROPICAL DISEASE & Health* 1–10. <https://doi.org/10.9734/ijtdh/2019/v36i130132>
- République du Mali, 2020. Loi N°2018-074 du 31 décembre 2018 portant institution du régime d'assurance maladie universelle. Journal officiel de la République du Mali, Bamako.
- République du Mali, 2010. Décret N 10-580/PR-M du 26 octobre 2010 portant approbation de la convention type de délégation de gestion dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Bamako.
- République du Mali, 2009. Loi n°09-015 du 26 juin 2009 portant institution du régime d'assurance maladie obligatoire. République du Mali, Bamako.
- Ridde, V., Asomaning Antwi, A., Boidin, B., Chemouni, B., Hane, F., Touré, L., 2018. Time to abandon amateurism and volunteerism: addressing tensions between the Alma-Ata principle of community participation and the effectiveness of community-based health insurance in Africa. *BMJ Glob Health* 3, e001056. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001056>
- Ridde, V., Ba, M.F., Guyot, M., Kane, B., Mbow, N.B., Senghor, I., Faye, A., 2022. Factors that foster and challenge the sustainability of departmental health insurance units in Senegal. *International Social Security Review* 75, 97–117. <https://doi.org/10.1111/issr.12300>
- Rouyard, T., Mano, Y., Daff, B.M., Diouf, S., Fall Dia, K., Duval, L., Thuilliez, J., Nakamura, R., 2022. Operational and structural factors influencing enrolment in community-based health insurance schemes: an observational study using 12 waves of nationwide panel data from Senegal. *Health Policy and Planning* 37, 858–871. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac033>
- Roy, P., Sarkar, A.K., 2018. Community Based Health Insurance Schemes (CBHIs) in Health Care Financing: Review of Experiences of the Asian and African Economies. *Asian Review of Social Sciences* 7, 63–68. <https://doi.org/10.51983/arss-2018.7.3.1466>
- Sagna, O., Seck, I., Dia, A.T., Sall, F.L., Diouf, S., Mendy, J., Ka, O., Kassoka, B., 2016. Étude de la préférence des usagers sur les stratégies de développement de la couverture sanitaire universelle à travers les mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor au sud-ouest du Sénégal. *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 109, 195–206.
- Schremmer, J., Coheur, A., Jacquier, C., Schmitt-Diabaté, V., 2009. L'extension de la couverture de santé: les liaisons possibles entre la sécurité sociale statutaire et la protection sociale à base communautaire. *Revue internationale de sécurité sociale* 62, 27–46. <https://doi.org/10.1111/j.1752-1718.2008.01322.x>
- Seppéy, M., Ridde, V., Somé, P.A., 2020. Scaling-Up Performance-Based Financing in Burkina Faso: From PBF to User Fees Exemption Strategic Purchasing. *International journal of health policy and management*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.209>
- Shigute, Z., Mebratie, A.D., Sparrow, R., Yilma, Z., Alemu, G., Bedi, A.S., 2017. Uptake of health insurance and the productive safety net program in rural Ethiopia. *Social Science & Medicine* 176, 133–141. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.035>
- Shimazaki, K., 2013. The Path to Universal Health Coverage.
- Shittu, A.K., Afolabi, O.S., 2021. Community based health insurance scheme and State-Local relations in rural and semi-urban areas of Lagos State, Nigeria. *Public Organization Review* 21, 19–31.
- Soors, W., Devadasan, N., Durairaj, V., Criel, B., 2010. Community health insurance and universal coverage: multiple paths, many rivers to cross.
- The Royal Government of Cambodia, 2017. National social protection policy framework: 2016-2025.
- Traoré, S., s.d. Le régime d'assurance maladie universelle au Mali et la délégation de gestion.

Tricco, A.C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K.K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M.D., Horsley, T., Weeks, L., 2018. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine* 169, 467–473.

Verbrugge, B., Ajuaye, A., Van Ongevalle, J., 2018. Contributory Social Protection For The Informal Economy? Insights from Community-Based Health Insurance (CBHI) in Senegal and Tanzania. University of Namur, Department of Economics.

WHO, 2004. Regional overview of social health insurance in South-East Asia. WHO Regional Office for South-East Asia.

ⁱ Tous les auteur.e.sⁱ ont contribué à la conception de la revue de la portée et l'élaboration des questions de recherche. MN, EG, OMS et VR ont participé à toutes les étapes de la revue, notamment l'acquisition et la sélection des documents, l'extraction et l'analyse des documents inclus. MN a produit la première version de l'article avec l'implication de tous les autres co-auteurs. LT, MM, AI, OLG ont apporté leurs expertises techniques dans l'ensemble de la démarche. LT et MM ont validé les résultats de l'analyse et contribué à la rédaction de la version finale de l'article, qui a été lue et approuvée par tous les auteurs.