



HAL
open science

Les défis du passage à l'échelle des Unités Départementales d'Assurance Maladie au Sénégal

Valéry Ridde, Mouhamadou Faly Ba, Babacar Kane, Anouk Chouaïd, Adama
Faye

► **To cite this version:**

Valéry Ridde, Mouhamadou Faly Ba, Babacar Kane, Anouk Chouaïd, Adama Faye. Les défis du passage à l'échelle des Unités Départementales d'Assurance Maladie au Sénégal. *Health Systems & Reform*, 2024, 10, 10.1080/23288604.2024.2402084 . hal-04742225

HAL Id: hal-04742225

<https://hal.science/hal-04742225v1>

Submitted on 17 Oct 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les défis du passage à l'échelle des Unités Départementales d'Assurance Maladie au Sénégal

Valéry Ridde¹⁻², Mouhamadou Faly Ba², Babacar Kane², Anouk Chouaïd¹, Adama Faye²

1- Université Paris Cité, IRD, INSERM, Cepad, F-75006 Paris, France

2- Institut de la santé et du développement (ISED), Université Cheikh Anta Diop, BP 16390, Fann-Dakar, Sénégal.

Article traduit par V Ridde avec l'aide de <https://webgate.ec.europa.eu/etranslation>, l'original en anglais est la référence : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2024.2402084>

Résumé

En réponse à l'échec des mutuelles de santé à base communautaire au niveau local, certains pays africains mettent en œuvre des mutuelles de district ou de département pour améliorer la couverture sanitaire universelle. Après avoir créé deux mutuelles au niveau départemental en 2014, le Sénégal a lancé une campagne de passage à l'échelle en 2022. Cet article présente les points de vue des parties prenantes sur les facteurs et les défis de la mise à l'échelle de la départementalisation des mutuelles au Sénégal. L'étude utilise une approche en méthodes mixtes : cartographie conceptuelle et groupe de discussion. L'échantillon se compose de 22 personnes impliquées dans le processus. L'analyse quantitative comprend l'analyse hiérarchique des grappes, l'analyse multidimensionnelle de l'échelle et le test du coefficient de Pearson. L'analyse qualitative implique une analyse de contenu pour trianguler les résultats. Les participants ont identifié 125 facteurs à prendre en considération pour la départementalisation des mutuelles. Ils ont été classés en neuf groupes selon leur degré d'importance (I) et leur facilité d'organisation (F): ensemble de services (I: 4.07; F : 2,26), communication (I: 4.05; F : 2.96), gouvernance (I: 3.96; F : 2,94), ressources humaines et logistiques (I: 3.94 ; F : 2,82), financement (I: 3.90; F : 2,31), la participation des autorités (I: 3.82; F : 2,75), la participation communautaire (I: 3.81; F : 2.76), adhésion (I: 3.70; F : 2.24, planification stratégique et mise en œuvre (I: 3.57; F : 2,62). Les principaux défis à relever étaient un processus perçu comme précipité et vertical et nécessitant davantage de négociations et de consultations. Les conditions d'accompagnement et de disponibilité des financements publics doivent être suffisamment prises en considération. L'étude propose des pistes d'actions pour promouvoir le passage à l'échelle de la départementalisation des mutuelles au Sénégal.

Mots-clés : Couverture sanitaire universelle, assurance maladie communautaire, Sénégal, Passage à l'échelle.

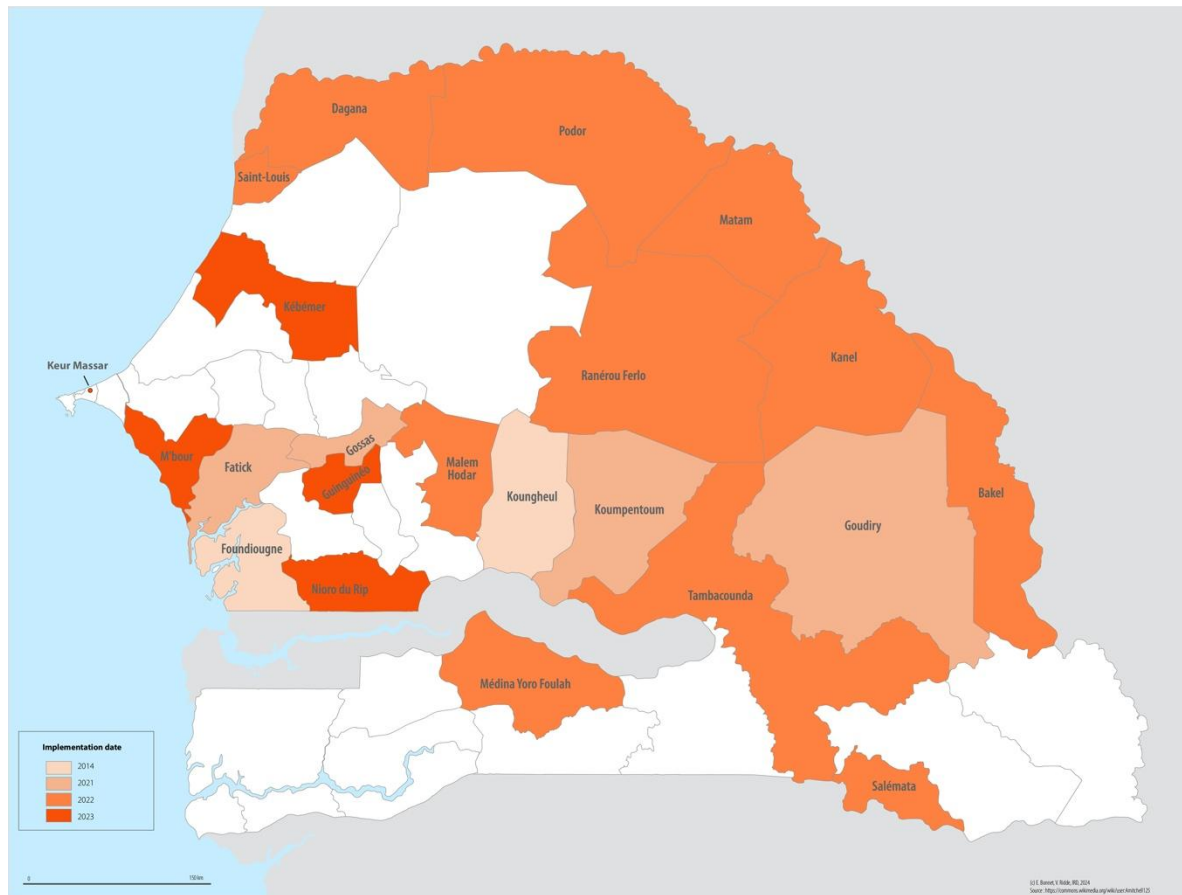
Introduction

Il y a plus de 25 ans, Bart Criel a proposé d'organiser et de développer des mutuelles de santé de district ¹ afin d'améliorer l'accès aux soins et de protéger les populations d'Afrique subsaharienne contre les dépenses de santé catastrophiques. Il a fondé sa proposition sur des considérations théoriques et des études empiriques en République centrafricaine, en République démocratique du Congo (RDC) et au Rwanda. Depuis lors, de nombreux projets ont visé à mettre en place des mutuelles communautaire de santé en Afrique subsaharienne.¹ Cependant, ces mutuelles sont restées à de petites échelles de partage des risques (communes, villages), ont été gérées par des bénévoles des communautés et sont basées sur l'adhésion volontaire.^{1,2} Bien qu'efficaces pour leurs membres, la couverture et les taux de pénétration de ces petites mutuelles ont été très décevants.²⁻⁴ En conséquence, cet instrument financier n'est plus recommandé pour la couverture sanitaire universelle (CSU).^{5,6}

Ainsi, seuls quelques pays d'Afrique subsaharienne (voir la synthèse⁷ ou l'expérience antérieure en RDC) ont tenté cette proposition de réforme avec des mutuelles de district ou de département⁸. Récemment, le Mali (2 districts, cofinancés par la France) et le Tchad (7 districts, cofinancés par la Suisse et l'Union européenne) ont organisé des mutuelles de district en Afrique francophone.⁹ Cependant, ils ne se sont pas poursuivis à la fin du financement exogène. Le Niger a récemment lancé une expérience similaire dans deux districts en 2022, à l'instar du Sénégal. Malgré l'ingérence politique dans le secteur de la santé, le financement public insuffisant et la fragmentation de ses instruments,^{10,11} le Sénégal est aujourd'hui un pionnier en Afrique de l'Ouest francophone pour les réformes du financement de la santé basé sur le mutuelles au niveau des districts/départements.¹² En effet, la politique nationale lancée en 2013 avec 676 mutuelles au niveau municipal n'a pas permis à plus de personnes d'être couvertes pour les risques sanitaires. Alors qu'en 2019, seuls 4,5 % des membres des ménages participant à l'enquête nationale étaient couverts par un mutuelle communale,¹³ l'étude la plus récente de 2023 révèle que la situation ne s'est pas améliorée, avec seulement 4,1 % couverts.¹⁴ En outre, les derniers comptes nationaux de la santé (CNS) confirment l'échec. Alors que le paiement anticipé volontaire (mutuelles) ne représentait que 6,8 % des dépenses courantes en 2017, il est tombé à 5 % en 2021, pour une moyenne de seulement 5,48 % sur cette période.¹⁵ En outre, les plus pauvres n'ont pas amélioré leur accès aux soins et n'ont pas été protégés contre les dépenses catastrophiques.^{16,17} Le manque de professionnels pour gérer le fonctionnement des mutuelles a été un facteur très limitant.¹⁸ Deux évaluations nationales ont démontré l'échec de cette politique et la nécessité d'une réforme.^{19,20}

Ainsi, après cette expérience nationale décevante, le Sénégal a décidé de dissoudre les mutuelles au niveau communal et d'organiser les mutuelles au niveau départemental en 2022. Les résultats des expériences menées dans deux départements depuis 2014^{21,22} ont alimenté l'évaluation nationale de 2021¹⁹ et ont permis de planifier le processus de mise à l'échelle. À la fin de 2021, quatre nouveaux départements ont lancé leurs mutuelles, 12 à la fin de 2022 et quatre autres en 2023 (Figure 1). L'ambition du Plan Stratégique (2023-2027) de l'Agence Nationale pour la Couverture Sanitaire Universelle (ANACMU) est que les 46 départements du pays disposent d'un mutuelles d'ici 2024.²³

Figure 1: Diffusion dans le temps du mutuelles départemental au Sénégal depuis 2014



Cependant, les écrits conceptuels et empiriques sur les stratégies de passage à l'échelle montrent qu'elles sont relativement peu étudiées.^{24–27} En Afrique, les études ont porté principalement sur la santé sexuelle et reproductive et le VIH et pas encore sur les réformes du financement de la santé.^{28–30} Les défis du passage à l'échelle doivent être inclus dans les débats sur la CSU.²⁸ À notre connaissance, il n'y a pas d'étude en Afrique de l'Ouest sur les défis de la mise à l'échelle des réformes de la mutuelle.⁷ Ainsi, cette étude met en évidence les facteurs et les défis de la mise à l'échelle des mutuelles départementales de santé au Sénégal selon le point de vue des personnes impliquées.

Méthodes

Cadre de l'étude

L'étude se déroule au Sénégal, disposant de 14 régions, 46 départements et 79 districts sanitaires. Les départements qui ont dissous leurs mutuelles communales et organisé une seule mutuelle départementale sont présentés à la figure 1.

Conception de l'étude

La recherche s'inscrit dans le cadre de l'étude sur les systèmes de santé²⁵ et utilise une approche mixte avec un plan de triangulation.³¹ Les données quantitatives et qualitatives ont le

même poids dans l'analyse parallèle. Des cadres théoriques n'ont pas été utilisés *a priori* pour la collecte de données mais ont été mobilisés *a posteriori* dans l'analyse. La recherche vise à rendre compte du point de vue des parties prenantes d'un point de vue éémique, similaire au travail effectué en Australie.³² Par conséquent, l'approche inductive était la plus appropriée.³³

La mise à l'échelle est un processus organisé visant à accroître l'impact d'une intervention innovante testée précédemment et destinée à bénéficier à davantage de personnes.^{25,26,34} L'unité d'analyse, « *scalable unit* », ²⁷ correspond aux mutuelles départementales de la santé, dont le fonctionnement est décrit ailleurs.^{21,22} Si les modalités techniques peuvent varier selon les départements, les points communs sont l'abolition des mutuelles communales et la création d'une mutuelle départementale unique, le recrutement de cadres professionnels, le maintien de la gouvernance communautaire et la portabilité départementale des services de santé couverts.

Population, collecte de données et analyse de données

Suivant l'approche d'échantillonnage suggérée par Patton,³⁵ les participants à l'étude ont été sélectionnés en fonction de leurs connaissances et de leur implication dans le processus de mise à l'échelle. En coordination avec l'ANACMU et Lux-Dev, qui financent un projet de soutien à l'expansion dans huit départements, le ministère de la santé a invité 22 experts à participer à l'étude. Les critères de sélection des participants étaient fondés sur leur connaissance des mutuelles et sur le processus de mise à l'échelle actuel (échantillonnage par critère). Il était essentiel d'avoir le point de vue des personnes impliquées et de connaître les enjeux pour atteindre notre objectif de recherche. En outre, nous avons également cherché à impliquer diverses parties prenantes, y compris des personnes que nous connaissions lors de nos recherches précédentes et qui pourraient avoir un point de vue critique sur la mise à l'échelle. Ces participants représentaient 11 mutuelles départementales et deux mutuelles régionales sur l'ensemble du territoire. Dans un souci de diversification interne de l'échantillon, les participants sont des administrateurs (salariés; N = 5); les présidents des conseils d'administration des mutuelles départementales (bénévoles; N=8); les chefs des services régionaux de l'ANACMU (n=4); le responsable de la restructuration du mutuelles au sein de l'ANCMU (n=1); un fonctionnaire de la division de la recherche du ministère de la santé (n=1); deux assistants techniques nationaux de Lux-Dev (n=2); et le président de l'Association nationale du mutuelles (n=1). La présence de représentants des parties prenantes gouvernementales ou des donateurs a également été importante, car ils ont participé à l'impulsion et à l'appui à l'expansion. Leur participation a été acceptée par les participants pendant la collecte des données. Les auteurs de cette étude ont regroupé ces 22 personnes (âge : 46,5 ans ± 9,0; trois femmes) ensemble pour un atelier d'une journée organisé en français et en wolof en novembre 2023. Comme le montrent les résultats, notre technique de facilitation a permis à chacun de s'exprimer librement, y compris de manière critique. Nous n'avons pas perçu de biais de désirabilité sociale lors de la collecte des données. Nous avons souligné aux participants que l'objectif n'était pas d'évaluer leurs activités personnelles, mais de tirer des leçons et de partager des idées pour soutenir le processus de mise à l'échelle.

Nous avons disposé de données empiriques à partir de deux techniques de collecte de données de groupe afin de tirer des leçons de la mise à l'échelle en examinant les facteurs à considérer et les défis rencontrés.

La première technique est la cartographie conceptuelle, une méthode expliquée en détail ailleurs.³⁶ Il permet un consensus de groupe en utilisant une approche mixte pour identifier les facteurs à prendre en compte lors de la mise à l'échelle. Nous avons commencé par demander aux participants de réfléchir, pendant environ une heure, à l'élaboration d'une liste d'énoncés (facteurs) pour répondre à la question suivante : « Si la départementalisation des mutuelles de santé devait être refaite, elle devrait... ». Ensuite, les participants devaient attribuer individuellement une note de 1 (moins) à 5 (plus) pour chaque facteur produit collectivement pour un critère d'importance et de facilité à organiser. Chaque participant devait ensuite regrouper tous les facteurs en grappes dans la mesure où cela avait du sens pour eux. Enfin, après l'entrée des données dans le logiciel CM Provalis®, nous avons effectué une analyse hiérarchique des groupes sur la distance euclidienne entre tous les énoncés, suivie d'une analyse à l'échelle multidimensionnelle sur la matrice de similarité. Les auteurs ont choisi le nombre de grappes finales sur une base heuristique. Nous avons calculé le coefficient de Pearson pour mesurer la corrélation entre les échelles de notation à deux facteurs. Enfin, nous avons nommé chaque grappe.

La deuxième technique a été un groupe de discussion pour mettre en évidence les défis de la départementalisation. Il a permis aux parties prenantes de partager et de discuter ensemble. Nous avons utilisé un guide ouvert de discussion pour permettre aux participants d'exposer leur point de vue sur les défis et les difficultés de la mise en œuvre de la départementalisation, les résistances rencontrées, l'appropriation du processus et, enfin, les leçons apprises. Mais les personnes pouvaient discuter de sujets imprévus. La discussion a duré deux heures. Nous avons enregistré et retranscrit intégralement le débat en français (31 pages). Ensuite, tout le texte a été relu plusieurs fois et une analyse de contenu inductive a été effectuée sans logiciel. Chaque extrait de discours correspondant à un thème a été identifié, et tous les extraits ont été regroupés par thème pour les rendre plus faciles à analyser. Ces données qualitatives ont également été triangulées avec les résultats de la cartographie conceptuelle.

Éthique

L'étude a été approuvée par le Comité national d'éthique sénégalais pour la recherche en santé (SEN22/135) et une approbation administrative du ministère de la Santé (21041/MSAS/DPRS/DP) a été obtenue. La discussion collective a été enregistrée avec le consentement des participants.

Résultats

Facteurs à prendre en considération pour le passage à l'échelle de la départementalisation

Les participants ont suggéré 125 facteurs à prendre en compte lors de la départementalisation de la mutuelle dans ce processus de mise à l'échelle. L'importance moyenne des facteurs est de $3,85 \pm 0,42$, tandis que la facilité moyenne de mise en œuvre était beaucoup plus faible ($2,67 \pm 0,51$). La corrélation de Pearson entre l'importance et la facilité est positive et modérée ($r = 0,45 [0,30-0,58]$).³⁷ Sans surprise, cela montre que la mise en œuvre est toujours plus complexe que la planification.

Le tableau 1 présente les 11 énoncés ayant obtenu les notes moyennes les plus élevées (majorité et facilité). La disponibilité des médicaments et la transférabilité des soins au niveau national apparaissent comme des impératifs opérationnels. Pendant longtemps, les membres des mutuelles ont été confrontés à des défis lorsqu'ils recevaient des médicaments dans des établissements publics. La question du remboursement des médicaments achetés dans les pharmacies privées est un besoin récurrent pour les membres et un débat en cours. Relever ce défi fait partie intégrante du processus de départementalisation. La même chose s'applique à la portabilité des soins de santé entre différentes structures de soins de santé en dehors du département. Cependant, l'information sur la population, l'appropriation et la participation du gouvernement sont également essentielles. La départementalisation implique des enjeux politiques importants, et l'interaction des acteurs communautaires et publics signifie que les parties prenantes doivent être bien informées et que les conditions d'un consensus sur le processus doivent être assurées. L'offre d'assurance doit être de haute qualité pour faciliter le passage à l'échelle car il n'est possible de renforcer la protection de la demande de soins qu'en garantissant la qualité de l'offre. Les participants ont déclaré que les aspects les plus accessibles de l'organisation sont liés au plan d'organisation et de communication. L'implication, la participation et la transparence sont au cœur des facteurs positifs. Ces éléments aident à construire un consensus et une compréhension des enjeux d'une réforme significative, où la résistance peut émerger sans la participation de toutes les parties prenantes.

Tableau 1: Note moyenne des facteurs les plus élevés par critère

Importance	Score	Facilité	Score
Disponibilité des médicaments	4,68	Avoir des statuts et règlements intérieurs	4,18
Assurer la portabilité des soins à l'échelle nationale	4,68	Assurer la transparence dans le processus de recrutement du personnel	3,82
Garantir la continuité des prestations	4,64	Bien définir un cahier des charges du personnel technique	3,73
Consensus entre tous les acteurs	4,59	Mieux impliquer les instances des mutuelles	3,64
Mieux impliquer l'État pour la pérennité	4,5	Tenir des réunions de suivi des conventions entre les mutuelles et les prestataires	3,64
Informers les populations	4,5	Réactualiser les conventions entre les mutuelles et les prestataires	3,5
Recruter un personnel qualifié et engagé	4,5	Mieux associer les acteurs mutualistes qui ont déjà réussi dans	3,45

		le modèle	
Mettre à disposition des ressources humaines, techniques et logistiques	4,5	Consolider l'ancrage communautaire	3,45
Veiller à la transparence dans la gestion des ressources	4,45	Respecter les différentes étapes de mise en place	3,45
Disponibilité de la liste inclusive des médicaments éligibles	4,45	Se baser sur l'existant	3,45
Renforcer le contrôle médical	4,45	Harmoniser et vulgariser les outils de gestion	3,45

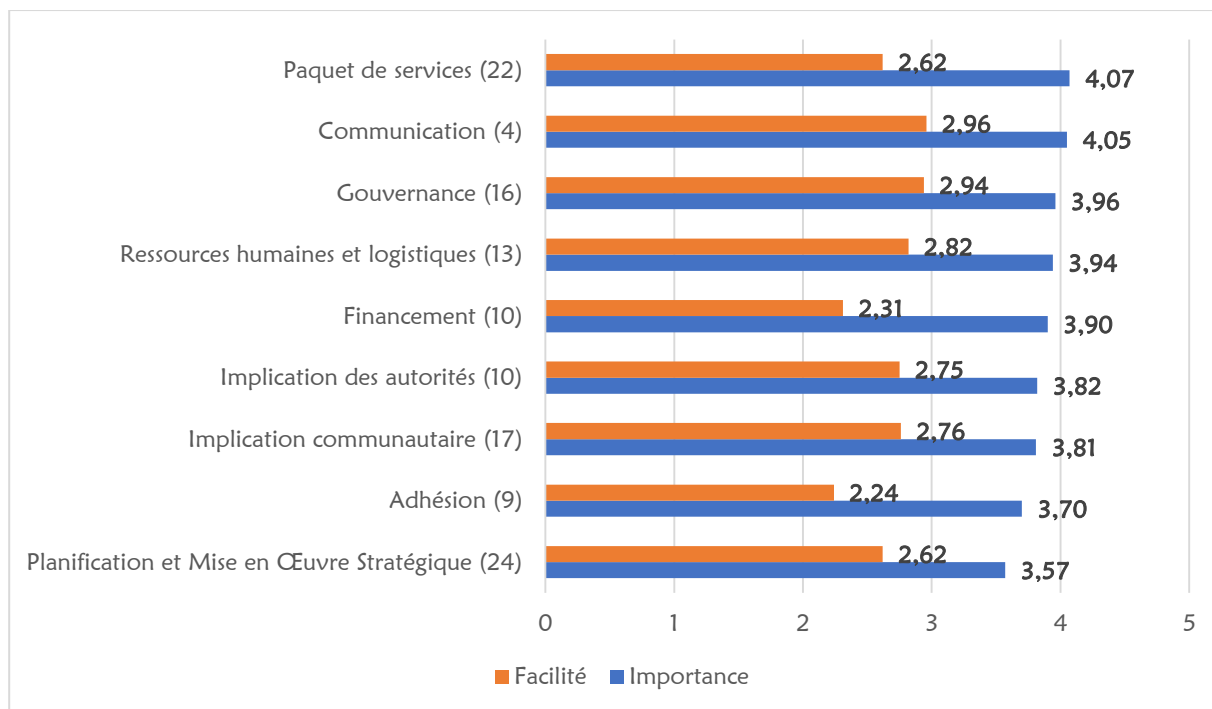
En examinant les énoncés ayant obtenu les notes les plus faibles (tableau 2), nous avons noté que les participants ont déclaré qu'il aurait été plus utile d'éliminer les mutuelles communautaires originales ou de tester d'autres modèles lors de la mise à l'échelle. Les participants ont exprimé leur point de vue sur la question des projets pilotes et des essais de la réforme. Ils semblent penser que c'est inutile et que les décisions devraient être appliquées avec peu d'hésitation ou d'expérimentation. La plupart des participants, hommes, n'ont pas jugé utile d'inclure davantage de femmes dans la gestion et la gouvernance des mutuelles ou d'impliquer la société civile. Nous sommes au cœur des défis de l'inclusion sociale au sein des mutuelles et du système de santé. L'action jugée la plus difficile à mettre en œuvre est la dépolitisation du milieu mutualiste, ce qui n'est pas surprenant puisque la politique des mutuelles était une promesse électorale. Cependant, le défi contemporain du caractère obligatoire de la contribution a été soulevé comme l'un des moins accessibles. C'est un thème récurrent dans les analyses des réformes du financement de la santé au Sénégal et qui est politiquement très difficile à aborder. Cependant, techniquement, c'est certainement une solution qui mérite d'être discutée. Les participants font référence à des expériences endogènes d'adhésion collective dans des villages (champs collectifs) ou des écoles pour enfants.

Tableau 2: Note moyenne des facteurs les plus bas par critère

Importance	Score	Facilité	Score
se préoccuper des mutuelles de base	3,32	aller vers les mutuelles sociales	1,95
étudier la faisabilité de la mettre en place partout	3,32	éviter le bénévolat	1,95
un plan de mitigation des risques	3,32	impliquer les organisations de la société civile à travers les organisations de défense des consommateurs	1,91
capitaliser le mécanisme de contournement de la cotisation directe	3,32	rémunérer les administrateurs des mutuelles	1,91
plus de femmes dans les organes de	3,27	régler le problème de la dette des	1,91

gouvernance		mutualistes avant le démarrage	
une politique dont les objectifs sont plus clairs	3,24	rendre l'adhésion obligatoire pour les élèves	1,86
commencer très tôt le processus	3,18	impliquer les mutualistes dans les conseils d'administration des EPS	1,86
réussir la rotation du personnel	3,14	éviter les inégalités territoriales causées par les PTFs	1,82
impliquer les organisations de la société civile à travers les organisations de défense des consommateurs	2,82	rendre obligatoire l'adhésion aux mutuelles	1,77
définir d'autres modalités pour la mise en place	2,59	dépolitiser le milieu mutualiste	1,68
tester plusieurs modèles	2,55		
mettre en place un mécanisme qui éliminerait les mutuelles à la base	2,33		

Au-delà des énoncés individuels, l'analyse statistique a suggéré de regrouper les 125 facteurs en neuf groupes (détails à l'annexe 1) de dimensions à prendre en considération (figure 2). Ils doivent être compris comme un ensemble complexe qui forme un tout lorsque l'on souhaite départementaliser les mutuelles et diffuser leur modèle. La plupart des facteurs sont regroupés en question de planification stratégique et de mise en œuvre (n=24) et en grappe des services offerts par les mutuelles (n=22). Les participants souhaitent donc attirer l'attention sur la nécessité impérieuse d'organiser les processus par étapes, de planifier la réforme en détail, d'impliquer toutes les parties prenantes en évitant les approches verticales et de réfléchir à tous les éléments stratégiques associés. En outre, il est essentiel de définir l'ensemble de services que le nouveau modèle de mutuelles départementales couvrira, car cela donne un signal clair sur les risques couverts pour les membres et l'offre de services et sa transférabilité pour assurer la continuité des soins. Les participants ont mis l'accent sur des questions techniques, telles que la nécessité d'accords contractuels, l'organisation du contrôle médical, la spécification des procédures d'achat de soins et de co-paiement, la participation du secteur privé et la garantie de la disponibilité des médicaments. Ce dernier pôle est présenté comme le plus important mais pas le plus facile à organiser, confirmant le caractère essentiel de l'offre offerte aux mutualistes. Ceci est suivi par la communication et la gouvernance, tous les attributs associés à la réactivité de l'assurance. Les questions de communication appellent une bonne préparation et une information aussi claire que possible des populations locales sur la réforme et la nouvelle offre d'assurance. La question de la gouvernance met en évidence la nécessité d'une gestion transparente, de procédures claires et d'un organe de surveillance.



Graphique 2: Scores moyens d'importance et de facilité par cluster

La comparaison (appariement des modèles) de l'importance et de la facilité des scores de mise en œuvre (annexe 2) confirme les défis d'offrir un ensemble de services aux mutualistes avec un financement adéquat et une adhésion appropriée. Ce dernier élément est le moins facile à organiser, car le soutien de la population est toujours difficile à obtenir malgré les subventions de l'État. Cette question concerne également l'adhésion des non-contributeurs (indigents, enfants) qui sont entièrement subventionnés par l'État mais dont les retards de paiement peuvent mettre en péril l'équilibre financier des mutuelles.

Les défis de la départementalisation

L'analyse des groupes de discussion fournit des détails qualitatifs sur les principaux défis rencontrés lors de la transition vers la départementalisation, reflétant souvent les facteurs identifiés lors de la cartographie des concepts.

Tout d'abord, plusieurs participants se sont interrogés sur le processus mis en place par l'ANACMU. Certains estiment qu'il a été précipité, organisé trop verticalement, et sans prendre le temps de consulter toutes les parties prenantes. Les responsables communautaires disent qu'ils pensent qu'il s'agit d'une transition imposée et non négociée : *« Les décideurs prennent des décisions sans consulter les organisations mutuelles. »* Ces réflexions s'alignent sur l'importance de la cartographie conceptuelle pour la formation de consensus précisant la nécessité d'impliquer les gestionnaires des mutuelles et les différentes déclarations concernant la mise en œuvre stratégique. Ce manque de communication peut avoir joué un rôle néfaste dans l'acceptation du nouveau modèle et explique la réticence de certains responsables communautaires des mutuelles dissoutes à les écarter au profit de professionnels gérant les nouvelles mutuelles départementales. Les questions de pouvoir sont donc au cœur des défis

posés par ce processus de départementalisation, comme le confirment les énoncés de la cartographie de concept sur l'implication communautaire et l'implication des autorités. Les parties prenantes ont souligné le manque de pédagogie et de consultation sur une période relativement longue. En outre, les preuves qui sous-tendent le modèle proposé doivent être suffisamment convaincantes pour tout le monde. Un représentant de l'Association nationale des mutuelles a déclaré : « *On n'a pas d'éléments convaincants, il n'y a pas un document qui va te dire voilà la départementalisation, ses avantages et ses inconvénients* ». Il se plaint de l'absence d'études de faisabilité, d'analyse des risques et de preuves de l'efficacité du modèle original.

Deuxièmement, les conditions du passage à l'échelle de la départementalisation n'étaient pas réunies partout. Certaines mutuelles se sont engagées dans la départementalisation parce qu'un projet leur avait promis de l'aide. Cette aide n'a pas toujours été accordée comme prévu : « *On nous a dit que XXX allait nous accompagner... c'est ce qu'on nous a vendu, et je sais que c'était très reluisant* », a déclaré un directeur du mutuelles. Les procédures administratives et comptables (contrats, décaissements, etc.) des partenaires techniques et financiers (PTF) sont remises en question. Deux affirmations dans la cartographie conceptuelle reflètent parfaitement ce défi : "*éviter les inégalités territoriales causées par les PTF*" et "*ne pas dépendre des partenaires*". Ils ont obtenu des scores de faisabilité superficiels, confirmant ainsi ce qui a été dit au cours du groupe de discussion. Les défis organisationnels du côté de l'ANACMU, qui a reçu un financement de ce PTF pour soutenir la mise à l'échelle, ont également été identifiés. De plus, d'autres mutuelles ne bénéficiaient pas du soutien d'un partenaire externe.

Le Sénégal subventionne 50% du taux de cotisation pour les mutualistes contributifs et 100% pour les personnes non contributives (indigentes) afin d'encourager l'adhésion. Cependant, les participants ont noté que les retards de remboursement importants du gouvernement et les dettes des mutuelles envers les fournisseurs de soins de santé sont d'immenses défis. Cette question n'a pas été suffisamment prise en compte dans la diffusion du modèle. L'ANACMU a même annoncé la fin prochaine de ces subventions aux mutuelles. Les mutuelles ne gèreraient plus les frais de soins fournis aux indigents, mais seraient remboursées directement aux établissements de santé, qui demanderaient le remboursement des prestations des mutualistes. Ces changements annoncés préoccupent les participants. Ainsi, « *le premier défi c'est le versement à temps échu de la contrepartie de l'État* », explique le président d'une mutuelle. Les défis de cette deuxième partie correspondent aux questions de gouvernance et de financement soulevées dans deux grappes, qui se classent 3^{ème} et 5^{ème} en importance sur les neuf clusters.

Les participants ont également expliqué que la loi des grands nombres est un défi important et que la « *massification* » est essentielle au succès du partage des risques. Pour y parvenir, ils insistent sur l'importance de la communication pour informer et convaincre les gens de leur intérêt à adhérer et sur la nécessité de stratégies pour aller de l'avant organisées par des dirigeants mutualistes. La communication est le deuxième groupe le plus crucial dans la cartographie conceptuelle, bien qu'il ait le moins d'énoncés. La massification ne doit pas se faire au détriment de l'« *ancrage communautaire* », affirme un autre président de la mutuelle. L'utilisation d'antennes locales au niveau municipal est également un défi.

Bien que la départementalisation soit un programme national et que la mise à l'échelle soit organisée par l'ANACMU, les participants ont fait valoir que la participation des collectivités locales et régionales et leur appropriation du modèle constituent un défi important. Cela se reflète dans les dix déclarations sur l'importance d'associer les autorités, en particulier les collectivités locales et régionales. La décentralisation dans le domaine de la santé est lente, et les stratégies doivent impliquer ces communautés et veiller à ce que la mise à l'échelle reste dans leur responsabilité de prendre soin de la population de leur territoire.

Enfin, au-delà des défis, les participants ont voulu revenir sur les leçons importantes apprises, qui sont résumées dans ces points critiques :

- Prendre le temps des négociations et fournir des informations détaillées et pédagogiques à toutes les parties prenantes,
- Impliquer très tôt et régulièrement toutes les personnes concernées par la réforme, y compris les autorités administratives décentralisées,
- Impliquer les dirigeants locaux des anciennes mutuelles pour construire sur la confiance précédemment établie avec les communautés,
- Évoluer progressivement de manière flexible, agile et inclusive,
- Organiser des voyages d'étude, des séances de partage et de capitalisation entre les unités qui se déplacent à l'échelle,
- Obtenir un soutien technique et financier de l'État et de ses partenaires internationaux.

Discussion

Cette étude est l'une des rares sur le passage à l'échelle d'une intervention de santé publique en Afrique de l'Ouest.^{28,38}

Pragmatiquement, les résultats sont intéressants pour les pays qui ont choisi de s'engager dans la diffusion plus large du modèle de mutuelle de district ou départementale. Les facteurs suggérés et les défis rencontrés sont tous des conseils opérationnels qui peuvent guider l'action. Conformément aux cadres d'analyses et aux études empiriques sur la mise à l'échelle,^{25,26,30,32} nous notons l'importance, au-delà^{28,30} des questions financières, des questions de communication et de négociation, et de disposer d'une équipe de soutien dédiée et compétente pour aider à diffuser le modèle innovant. Bien sûr, ce ne sont pas des leçons toutes faites. Elles doivent être adaptées aux contextes locaux et organisées dans un processus participatif et inclusif.^{26,39}

Au niveau stratégique, l'extension de ces mutuelles départementales au Sénégal a été réalisée en 2022 après plusieurs années de tests de modèles, une évaluation nationale et des études montrant l'importance de la gestion par des professionnels associées au leadership national de l'ANACMU.^{12,18,21} Bien que le choix du modèle ait été retardé,⁴⁰ la décision et son organisation ont été perçues comme rapides et descendantes. Ce type de processus vertical, souvent trouvé dans des contextes centralisés du passage à l'échelle,²⁴ est similaire à l'organisation administrative de la santé publique au Sénégal.⁴¹ Dans le cas des mutuelles, les enjeux de pouvoir sont importants et anciens.⁴² Les mutuelles sont souvent des lieux de pouvoir local, de capture par des élites ou d'influence pour les politiciens locaux. Ils peuvent utiliser les mutuelles

à des fins personnelles ou de carrière politique, l'achat de cartes mutuelles dans le contexte d'élections étant une pratique courante. L'inclusion sociale est un défi dans ce contexte et rappelle la nature essentielle des approches participatives des réformes de la santé.⁴³ Cela est d'autant plus crucial dans le contexte de l'implication du secteur politique dans le secteur de la santé, tant au Sénégal qu'ailleurs dans la région,¹¹ en particulier lors des élections présidentielles tumultueuses (2023-2024). Le contexte sociopolitique est le deuxième facteur externe le plus crucial influençant le passage à l'échelle.³⁸ En outre, le dilemme classique dans la région⁹ subsiste entre la nécessité d'une action publique et d'un financement public vital, ce qui n'est pas toujours le cas au Sénégal,¹⁰ et la volonté de donner de l'espace au mouvement communautaire mutualiste.⁴² L'étude confirme les défis posés par la dépendance à l'égard de partenaires externes dans le choix des modèles.^{11,28,40} En l'occurrence, le financement est l'élément d'influence le plus important dans le contexte externe du passage à l'échelle des interventions complexes en matière de santé et les facteurs les plus fréquemment cités.³⁸ Une récente étude de mise à l'échelle au Ghana, au Malawi et en Ouganda pose à juste titre cette question: « *L'analyse des*⁴⁴ *coûts est l'un des 12 éléments essentiels pour étudier le potentiel de mise à l'échelle* », comme le propose un outil d'auto-analyse récemment suggéré.³⁴

Comme les participants l'ont expliqué, la mise à l'échelle peut être facilitée par la reproduction d'un modèle identique, ce qui peut ne pas être possible ou souhaitable. Le modèle de base de la mutuelle départementale testée n'a pas été reproduit dans toutes ses dimensions, car il a été mis à l'échelle pour s'adapter aux contextes régionaux et faire face aux contraintes de ressources. Cependant, les acteurs ont établi des conditions minimales pour l'efficacité et la viabilité de ces assurances. Ces conditions s'alignent sur les données les plus récentes, telles que la qualité des services de soins de santé, le financement public et la gérance de l'État, l'efficacité de la bureaucratie, etc.^{2,4,8} Les efforts visant à passer à l'échelle sans satisfaire à ces conditions préalables seraient illogiques. Non seulement cela mettrait en péril les possibilités pour ces mutuelles départementales d'être considérées comme un pas vers un système national (comme ce fut le cas en Tanzanie ou au Rwanda),⁷ mais cela saperait également l'idée du principe d'assurance. L'État examine le caractère d'une adhésion systématique de l'adhésion depuis plusieurs années.⁴⁵

Notre étude n'avait pas d'objectif conceptuel, mais les résultats s'alignent bien avec la science de la mise à l'échelle²⁶ et ses cadres conceptuels,^{24-26,32,39} y compris en Afrique.^{27,29} Les cinq dimensions classiques de la mise à l'échelle (innovation, système de ressources, organisation des utilisateurs, stratégies de mise à l'échelle et environnement^{1,9,24}) se combinent bien avec les facteurs tirés des expériences des acteurs sénégalais. De même, les expériences partagées dans cet article correspondent aux huit écueils et aux sept facteurs favorables à la mise à l'échelle : une approche descendante, l'adaptation au contexte, l'implication des utilisateurs, la temporalité, la gouvernance, etc.^{18,38} Cependant, cette étude montre que la vision rationnelle d'un processus de mise à l'échelle, étape par étape, n'est pas ce qui est empiriquement observé.³⁰ Au lieu de cela, les processus se composent de vagues, de courants et de fenêtres d'opportunité,⁴⁶ comme l'ont expliqué les décideurs en Australie.³²

Limites

Une limite potentielle de cette étude est le biais de désirabilité sociale parmi les participants, car ils sont tous investis dans la mise à l'échelle. Des représentants du Ministère de la santé et un représentant des PTF étaient également présents lors de la collecte des données. Cependant, la facilitation a permis à chacun de s'exprimer librement, et les résultats montrent que la critique n'a pas été supprimée. La deuxième limite est temporelle parce que la collecte de données a eu lieu lors de la récente mise à l'échelle de la départementalisation. Il sera intéressant de reproduire l'analyse dans les années à venir et de mener des entretiens individuels approfondis pour mieux comprendre les défis et les problèmes de pouvoir qui peuvent ne pas être facilement discutés lors des réunions de groupe.

Conclusion

Depuis 2014, le Sénégal innove en testant une mutuelle de santé à l'échelle de deux départements. En raison de la nécessité d'une meilleure CSU et des résultats positifs de ce modèle, il est maintenant étendu en 2022 à 20 nouveaux départements. Les personnes impliquées dans cette mise à l'échelle ont mis en évidence de nombreux facteurs et défis, fournissant des recommandations pour informer les décideurs dans les pays qui cherchent à mettre en œuvre cette réforme. Seul le temps nous dira si elle a été efficace pour la CSU au Sénégal.

Financement

Ce travail a été soutenu par une subvention Lux-Dev Sénégal (SEN/031.22 2771). Lux-Dev n'a joué aucun rôle dans la conception de cette étude, son exécution, ses analyses, l'interprétation des données ou la décision de soumettre des résultats.

Références

- 1 Waelkens M-P, Soors W, Criel B. Community Health Insurance in Low- and Middle-Income Countries. In: International Encyclopedia of Public Health. Elsevier, 2017: 82–92.
- 2 Dror DM, Hossain SAS, Majumdar A, Pérez Koehlmoos TL, John D, Panda PK. What Factors Affect Voluntary Uptake of Community-Based Health Insurance Schemes in Low- and Middle-Income Countries? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE* 2016; **11**: e0160479.
- 3 Artignan J, Bellanger M. Does community-based health insurance improve access to care in sub-Saharan Africa? A rapid review. *Health Policy Plan* 2021; **36**: 572–84.
- 4 Adebayo EF, Uthman OA, Wiysonge CS, Stern EA, Lamont KT, Ataguba JE. A systematic review of factors that affect uptake of community-based health insurance in low-income and middle-income countries. *BMC Health Serv Res* 2015; **15**: 543.
- 5 Mathauer I, Mathivet B, Kutzin J. Community based health insurance: how can it contribute to progress towards UHC ? Geneva, Switzerland: WHO, 2017.
- 6 Ridde V, Asomaning Antwi A, Boidin B, Chemouni B, Hane F, Touré L. 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* 2018; **3**: e001056.
- 7 Ly MS, Bassoum O, Faye A. Universal health insurance in Africa: a narrative review of the

literature on institutional models. *BMJ Glob Health* 2022; **7**: e008219.

8 Criel B, Kegels G. A health insurance scheme for hospital care in Bwamanda district, Zaïre : lessons and questions after 10 years of functioning. *Trop Med Int Health* 1997; **2**: 654–72.

9 Touré L, Boivin P, Diarra Y, Diabaté S, Ridde, Valéry. Innovations in mutuality: challenges and learnings for the Universal Health Insurance Plan in Mali. *BMJ Glob Health* 2023; **7(Suppl 9):e011055**. DOI:10.1136/ bmjgh-2022-011055.

10 Paul E, Ndiaye Y, Sall FL, Fecher F, Porignon D. An assessment of the core capacities of the Senegalese health system to deliver Universal Health Coverage. *Health Policy OPEN* 2020; **1**: 100012.

11 Mladovsky P, Prince R, Hane F, Ridde V. The primacy of politics in neoliberal universal health coverage policy reform. A commentary on ‘Financing and Provision of Healthcare for Two Billion People in Low-Income Nations: Is the Cooperative Healthcare Model a Solution?’ by William C Hsiao and Winnie Yip. *Soc Sci Med* 2023; : 115742.

12 Daff BM, Diouf S, Diop ESM, *et al*. Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Senegal. *Bull World Health Organ* 2020; **98**: 100–8.

13 Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, ICF. Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2019)—Tableaux. Rockville, Maryland, USA: ANSD et ICF, 2020 <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR368/FR368.T.pdf>.

14 ANSD, ICF. Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue). Dakar: Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), Dakar, Sénégal, and The DHS Program, ICF, Rockville, Maryland, USA, 2024.

15 MSAS. Rapport des comptes de la santé 2017-21. Ministère de la Santé et de l’Action Sociale, 2022.

16 Ly MS, Faye A, Ba MF. Impact of community-based health insurance on healthcare utilisation and out-of-pocket expenditures for the poor in Senegal. *BMJ Open* 2022; **12**: e063035.

17 Bousmah M-Q, Diakhaté P, Toulao G à D, Le Hesran J-Y, Lalou R. Effects of a free health insurance programme for the poor on health service utilisation and financial protection in Senegal. *BMJ Glob Health* 2022; **7**: e009977.

18 Rouyard T, Mano Y, Daff BM, *et al*. 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 Plan* 2022; **37**: 858–71.

19 CRES. Les mutuelles de santé dans le système de la couverture maladie universelle du Sénégal. Dakar: ministère du développement communautaire, de l’équité sociale et territoriale ; CRES, 2021.

20 CESPPP. Evaluation de la politique nationale de santé et du système de santé. Dakar: Commission d’évaluation et de suivi des politiques et programmes publics, 2023.

21 Ridde V, Kane B, Mbow NB, Senghor I, Faye A. The sustainability of two departmental health insurance units in Senegal: A qualitative study. *SSM - Health Syst* 2024; **2**: 100006.

22 Mbow NB, Senghor I, Ridde V. The resilience of two professionalized departmental health insurance units during the COVID-19 pandemic in Senegal. *J Glob Health* 2020; **10**: 1–6.

23 Ministère du développement communautaire, de l’équité sociale et territoriale, ANACMU. Plan stratégique de développement Agence CMU 2023-2027. 2023.

- 24 Côté-Boileau É, Denis J-L, Callery B, Sabeau M. The unpredictable journeys of spreading, sustaining and scaling healthcare innovations: a scoping review. *Health Res Policy Syst* 2019; **17**: 84.
- 25 Simmons R, Fajans P, Ghiron L. Scaling up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes. Geneva: World Health Organization, 2007.
- 26 McLean R, Gargani J. Scaling impact: innovation for the public good. London ; New York : Ottawa: Routledge, Taylor & Francis Group ; International Development Research Centre, 2019.
- 27 Barker PM, Reid A, Schall MW. A framework for scaling up health interventions: lessons from large-scale improvement initiatives in Africa. *Implement Sci* 2016; **11**: 12.
- 28 Bulthuis SE, Kok MC, Raven J, Dieleman MA. Factors influencing the scale-up of public health interventions in low- and middle-income countries: a qualitative systematic literature review. *Health Policy Plan* 2020; **35**: 219–34.
- 29 Bulthuis S, Kok M, Onvlee O, *et al.* How to scale-up: a comparative case study of scaling up a district health management strengthening intervention in Ghana, Malawi and Uganda. *BMC Health Serv Res* 2023; **23**: 35.
- 30 Leeman J, Boisson A, Go V. Scaling Up Public Health Interventions: Engaging Partners Across Multiple Levels. *Annu Rev Public Health* 2022; **43**: 155–71.
- 31 De Allegri M, Sieleunou I, Abihiro GA, Ridde V. How far is mixed methods research in the field of health policy and systems in Africa? A scoping review. *Health Policy Plan* 2018; published online Jan 19. DOI:10.1093/heapol/czx182.
- 32 Lee K, Van Nassau F, Grunseit A, *et al.* Scaling up population health interventions from decision to sustainability – a window of opportunity? A qualitative view from policy-makers. *Health Res Policy Syst* 2020; **18**: 118.
- 33 Gilson L, editor. Health Policy and Systems research. A methodology reader. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, 2012.
- 34 Corôa RDC, Ben Charif A, Plourde K, Gogovor A, Légaré F. Questionnaire auto-administré sur le potentiel de mise à l'échelle des innovations en santé et en services sociaux. ISSaQ 4.0. Québec: Unité de Soutien SSA Québec, 2023.
- 35 Patton MQ. Sampling, Qualitative (Purposeful). In: Ritzer G, ed. The Blackwell Encyclopedia of Sociology, John Wiley&Sons. 2015. 10.1002/9781405165518.wbeoss012.pub2.
- 36 Péladeau N, Dagenais C, Ridde V. Concept mapping internal validity: A case of misconceived mapping? *Eval Program Plann* 2017; **62**: 56–63.
- 37 Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesth Analg* 2018; **126**: 1763–8.
- 38 Sun L, Booth A, Sworn K. Adaptability, Scalability and Sustainability (ASaS) of complex health interventions: a systematic review of theories, models and frameworks. *Implement Sci* 2024; **19**: 52.
- 39 Lee K, Crane M, Grunseit A, *et al.* Development and Application of the Scale-Up Reflection Guide (SRG). *Int J Environ Res Public Health* 2023; **20**: 6014.
- 40 Ridde V, Caffin J-H, Hane F. External influences over Senegalese health financing policy: delaying universal health coverage? *Health Policy Plan* 2024; **39**: 80–3.
- 41 Ridde V, Faye A. Policy response to COVID-19 in Senegal: power, politics, and the choice of policy instruments. *Policy Des Pract* 2022; : 1–20.
- 42 Alenda-Demoutiez J, Boidin B. Community-based mutual health organisations in Senegal:

a specific form of social and solidarity economy? *Rev Soc Econ* 2019; **77**: 417–41.

43 Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Soc Sci Med* 2003; **56**: 1453–68.

44 Raven J, Mansour W, Aikins M, *et al.* From PERFORM to PERFORM2Scale: lessons from scaling-up a health management strengthening intervention to support Universal Health Coverage in three African countries. *Health Policy Plan* 2024; : czae063.

45 Ridde V, Gaye I, Ventelou B, Paul E, Faye A. Mandatory membership of community-based mutual health insurance in Senegal: A national survey. *PLOS Glob Public Health* 2023; **3**: e0001859.

46 Kingdon JW. *Agendas, Alternatives and Publics Policies*, 2nd edn. New York: Harper Collins, 1995.

Annexe 1: énoncés (125) et grappes (9)

No.	Énoncés	Importance	Facilité	Spécificité	Nom de grappe
1	les autorités s'impliquent	3,91	3	4,92	Implication des autorités
98	impliquer les autorités administratives tout au long du processus	4,05	3,36	4,04	
102	renforcer la responsabilité des collectivités territoriales dans la gestion	3,55	2,14	4,71	
120	impliquer les collectivités territoriales dans les conseils d'administration des mutuelles	3,77	3,18	4,39	
76	un cadre de partenariat clair avec l'État	3,95	2,36	5,3	
99	mieux impliquer l'État pour la pérennité	4,5	2,68	5	
110	impliquer les organisations de la société civile à travers les organisations de défense des consommateurs	2,82	1,91	5,14	
105	Définir les relations entre les services régionaux et les organisations mutualistes	4	3,36	3,6	
31	mieux impliquer les CDS	3,5	2,86	3,82	
104	implication du MSAS	4,18	2,68	3,87	
	MOYENNE	3,82	2,75		
2	consensus entre tous les acteurs	4,59	2,41	3,82	Implication communautaire
13	tenir compte des réalités locales	4,14	3,27	4,49	
10	consensus des dirigeants mutualistes	4,18	2,59	3,21	
70	mieux associer les acteurs mutualistes qui ont déjà réussi dans le modèle	4	3,45	2,93	
35	se préoccuper des mutuelles de base	3,32	2,82	3,3	
86	éviter de contourner les acteurs mutualistes en passant par les autorités administratives	3,59	2,68	2,7	
37	consolider l'ancrage communautaire	4,05	3,45	3,02	
40	mettre en avant le leadership local	3,68	2,77	3,27	
116	impliquer tous les acteurs porteurs des dynamiques communautaires	4	2,91	2,43	
29	éviter les jeux de pouvoir	3,68	2,18	2,26	
83	éviter les conflits d'intérêt	3,64	2,41	2	
41	dépolitiser le milieu mutualiste	3,5	1,68	2,12	
47	une politique dont les objectifs sont plus clairs	3,24	2,41	2,21	
25	se baser sur l'existant	3,59	3,45	3,54	
63	partir des bonnes pratiques mutualistes	3,62	2,9	3,4	
109	aller vers les mutuelles sociales	3,64	1,95	2,07	
32	mieux impliquer les instances des mutuelles	4,33	3,64	2,22	
	MOYENNE	3,81	2,76		
46	mettre en place un mécanisme qui éliminerait les mutuelles à la base	2,33	2,36	2,89	Planification et Mise en Œuvre Stratégique
49	réussir le consensus national	3,86	2	2,69	
3	délai requis dans la mise en oeuvre	3,36	2,18	4,66	
6	commencer très tôt le processus	3,18	2,41	4,33	
12	aller progressivement dans la mise en oeuvre du modèle	3,82	3,05	4,52	

21	respecter les différentes étapes de mise en place	4,14	3,45	4,16	
22	faire la mise en échelle par étape	3,5	2,91	3,87	
9	tester plusieurs modèles	2,55	2,59	4,37	
101	définir d'autres modalités pour la mise en place	2,59	2,09	4,39	
7	planifier la mise en oeuvre	3,91	3,32	3,03	
55	réaliser une étude de faisabilité	3,73	2,64	3,98	
4	harmoniser le modèle	4,05	2,5	2,86	
58	uniformiser le modèle	3,43	2,33	3,42	
8	aller jusqu'au bout de la réforme	3,86	2,68	3,19	
11	éviter le topdown	4,05	2,52	3,19	
85	prendre le temps de la négociation	3,75	2,6	3,34	
23	évaluer les facteurs d'échec dans la mise en oeuvre	4,09	2,59	2,84	
65	faire une évaluation du fonctionnement des mutuelles déjà existantes	3,68	2,73	3,27	
111	éviter la fragmentation	3,91	2,86	2,45	
125	étudier la faisabilité de la mettre en place partout	3,32	2	3,14	
81	estimer le coût de la mise en place	3,59	2,77	2,55	
82	estimer le coût du fonctionnement	3,95	3,09	1,61	
24	un plan de mitigation des risques	3,32	2,5	1,73	
36	clarifier le cadre institutionnel des mutuelles	3,68	2,82	2,04	
	MOYENNE	3,57	2,62		
15	informer les populations	4,5	3,18	8,71	
16	un bon plan de communication	4,36	3,36	11,44	
28	un bon plan de marketing social	4	2,73	10,4	Communication
38	allouer un budget de communication et de fonctionnement des antennes	3,36	2,55	10,11	
	MOYENNE	4,05	2,96		
19	renforcer les capacités	4,05	2,82	6,85	
34	respecter les droits du personnel technique	3,68	3,41	8,12	
78	recruter un personnel qualifié et engagé	4,5	3,36	7,77	
123	assurer une formation continue du personnel	4,18	2,68	8,82	
94	bien définir un cahier des charges du personnel technique	4,36	3,73	6,95	
95	réussir la rotation du personnel	3,14	2,18	12,28	
80	une évaluation du personnel nécessaire à la gestion	3,73	2,77	11,39	Ressources humaines et logistiques
26	mettre à disposition des ressources humaines, techniques et logistiques	4,5	2,68	5,84	
93	assurer la transparence dans le processus de recrutement du personnel	4,32	3,82	5,04	
43	éviter le bénévolat	3,64	1,95	2,33	
44	rémunérer les administrateurs des mutuelles	3,41	1,91	4,12	
27	une expertise	3,5	2,59	2,9	
39	avoir un siège fonctionnel et attractif	4,27	2,82	2,48	
	MOYENNE	3,94	2,82		
33	améliorer la gouvernance du processus	4	3	2,92	Gouvernanc

52	veiller à la transparence dans la gestion des ressources	4,45	3,1	3,77	e
75	plus de femmes dans les organes de gouvernance	3,27	2,32	2,56	
64	élaborer des manuels de procédures	4,41	3,36	2,6	
66	avoir des statuts et règlements intérieurs	4,27	4,18	1,77	
61	renforcer le contrôle citoyen	3,5	2,32	2,61	
42	élaborer et mettre en place des contrats de performance par mutuelle	3,77	2,95	2,49	
56	tenir régulièrement des instances de suivi et de coordination	4,14	3,18	3,68	
112	mettre en place un comité de suivi national	3,5	2,5	1,9	
117	un système de suivi-évaluation	3,91	2,82	3,53	
106	instituer des moments de restitution au niveau communautaire	4	2,82	2,62	
53	avoir un logiciel de suivi des mutuelles	4,09	2,95	4,85	
121	avoir un bon logiciel de gestion	4,27	3,05	3,31	
54	avoir un bon système d'information	3,95	2,86	3,13	
119	dématérialiser toutes les procédures	3,76	2,24	3,1	
96	harmoniser et vulgariser les outils de gestion	4,05	3,45	2,62	
	MOYENNE	3,96	2,94		
5	accompagnement technique et financier par les partenaires	4	3,36	4,44	Financemen t
48	éviter les inégalités territoriales causées par les PTFs	3,59	1,82	2,49	
100	ne pas dépendre des partenaires	4,09	2	5,46	
17	régler le problème de la dette des mutualistes avant le démarrage	3,91	1,91	4,81	
20	s'assurer de la viabilité financière des mutuelles	3,77	2,23	5,26	
73	capter les financements innovants	3,77	2,14	9,74	
91	mettre en place un fond de garantie nationale	4,36	2,18	4,73	
45	raccourcir les délais de remboursement	3,59	2,18	6,12	
77	subvention des cotisations et du fonctionnement	4	2,32	4,92	
88	mutualiser les ressources	3,95	2,95	3,76	
	MOYENNE	3,9	2,31		
18	rendre obligatoire l'adhésion aux mutuelles	3,5	1,77	6,34	Adhésion
84	rendre l'adhésion obligatoire pour les élèves	3,73	1,86	5,27	
87	assujettir le bénéfice de certains services à l'adhésion aux mutuelles départementales	3,73	2,32	5,45	
67	renforcer les mécanismes endogènes d'adhésion de groupe	4,09	3,05	5,05	
69	capitaliser le mécanisme de contournement de la cotisation directe	3,32	2,09	4	
122	diversifier les modes de cotisation	3,64	2,36	6,71	
79	réintégration de la prise en charge des BSF	3,64	2,36	3,41	
113	revoir la prise en charge des bénéficiaires non contributifs	3,95	2,1	3,58	
124	intégrer toutes les initiatives de gratuité	3,73	2,27	3,82	
	MOYENNE	3,7	2,24		

14	impliquer les prestataires dès le départ	4,36	3,18	2,61	Paquet de services
68	impliquer le secteur privé de santé	3,48	2,23	4,25	
30	organiser l'offre de soins	3,91	2,05	14,45	
107	disponibilité des médicaments	4,68	2,18	17,5	
50	revoir le paquet de services	3,86	3,18	8,35	
90	élargir le paquet de base aux urgences	3,86	2,5	18,65	
74	mieux encadrer la prise en charge des médicaments de spécialité par les mutuelles	4,18	2,68	10,69	
108	disponibilité de la liste inclusive des médicaments éligibles	4,45	2,5	13,4	
51	intégrer les gros risques dans les paquets de service	3,64	2,14	7,32	
114	définir la prise en charge du paquet complémentaire dans les hôpitaux	3,82	2,91	8,18	
103	définir un paquet de services essentiels et garantis pour tous les bénéficiaires	3,95	2,5	6,31	
92	garantir la continuité des prestations	4,64	2,91	11,81	
72	promouvoir l'achat stratégique	3,5	2,36	5,98	
71	mettre en place la tarification forfaitaire	3,64	2,05	5,29	
89	assurer la portabilité des soins à l'échelle nationale	4,68	2,41	6,34	
60	avoir un médecin conseil	4	2,23	6,07	
62	renforcer le contrôle médical	4,45	2,82	6,01	
57	organiser des rencontres périodiques avec les prestataires de soin	4,14	2,77	4,7	
59	réactualiser les conventions entre les mutuelles et les prestataires	4,14	3,5	8,49	
97	conventions qui couvrent l'ensemble des structures sanitaires	4,05	3	5,02	
115	tenir des réunions de suivi des conventions entre les mutuelles et les prestataires	4,18	3,64	2,07	
118	impliquer les mutualistes dans les conseils d'administration des EPS	3,82	1,86	2,69	
	MOYENNE	4,07	2,62		

Annexe 2 : Comparaison (Pattern Matching) des scores moyens d'importance et de facilité de mise en œuvre des facteurs selon les grappes

#	GRAPPES	Importance		Facilité	GRAPPES	#
1	Paquet de services (22)	4,07	↔	2,96	Communication (4)	1
2	Communication (4)	4,05	↔	2,94	Gouvernance (16)	2
3	Gouvernance (16)	3,96	↔	2,82	Ressources humaines et logistiques (13)	3
4	Ressources humaines et logistiques (13)	3,94	↔	2,76	Implication communautaire (17)	4
5	Financement (10)	3,9	↔	2,75	Implication des autorités (10)	5
6	Implication des autorités (10)	3,82	↔	2,62	Paquet de services (22)	6
7	Implication communautaire (17)	3,81	↔	2,62	Planification et Mise en Œuvre Stratégique (24)	7
8	Adhésion (9)	3,7	↔	2,31	Financement (10)	8
9	Planification et Mise en Œuvre Stratégique (24)	3,57	↔	2,24	Adhésion (9)	9