



GOUVERNEMENT DU BOTSWANA

CARTOGRAPHIE DES EFFORTS DE REDEVABILITÉ EN MATIÈRE DE COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE AU BOTSWANA

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE
NOVEMBRE 2020



*This report is published in English and French. There may be some slight differences due to the translation
Ce rapport est publié en anglais et en français. Il peut y avoir de légères différences dues à la traduction*

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Cette publication a pu être réalisée grâce à un appui généreux du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Le contenu est la responsabilité de Results for Development, Duke University Global Health Innovation Center, Amref, Synergos, RESADE, CERRHUD, et Feed the Children et ne représente pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement américain.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF	6
CHAPITRE 1: MÉTHODOLOGIE	8
Introduction	8
À propos de l'exercice de cartographie de la redevabilité	8
Conception, portée et limites de l'étude	9
CHAPITRE 2: LA REDEVABILITÉ EN MATIÈRE DE CSU DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ DU BOTSWANA	10
Structure et organisation du secteur de la santé au Botswana	10
Progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) au Botswana	12
Historique des efforts de redevabilité dans le secteur de la santé au Botswana	12
CHAPITRE 3: RÉSULTATS DE LA CARTOGRAPHIE	14
Acteurs et leur rôle en matière de redevabilité	14
Approches et outils de redevabilité	15
Analyse documentaire complémentaire	16
CHAPITRE 4: RECOMMANDATIONS POUR RENFORCER LA REDEVABILITÉ	18
Leçons et opportunités pour renforcer la redevabilité en matière de CSU au Botswana	18
ANNEXES:	20
OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES	
ERC POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITÉ Gouvernement et partenaires au développement	20
ERC POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITÉ Médias	22
GROUPE DE DISCUSSION POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITÉ OSC, groupes et réseaux de jeunes et de femmes, etc..	24

SOMMAIRE

EXÉCUTIF

L'exercice de cartographie dans le cadre de l'étude sur la redevabilité en matière de couverture sanitaire universelle (CSU) est mené sous l'égide de l'USAID, qui soutient le gouvernement du Botswana par l'intermédiaire du ministère de la Santé et du Bien-être, le département de la planification politique et de la recherche et du développement. L'étude est menée grâce à l'appui technique d'Amref Health Africa pour le compte du projet : La Collaborative Africaine pour les Solutions de Financement de la Santé (ACS). L'ACS est un projet de cinq ans (2017-2022) soutenu par l'USAID, dont l'objectif principal est de promouvoir la mise en œuvre de politiques de financement de la santé qui soutiennent les efforts en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU) en Afrique subsaharienne (ASS). L'ACS apporte un soutien technique, une facilitation et un accompagnement aux pays qui doivent faire des progrès vers la couverture maladie universelle. Ce projet est géré par Results for Development en partenariat avec le Duke Global Health Innovation Center, Feed the Children, Amref Health Africa, Synergos, RESADE et le CERRHUD. Les résultats de cet exercice seront utilisés pour orienter les efforts de renforcement des capacités en matière de la CSU au Botswana et en Afrique subsaharienne.

Plus précisément, l'exercice de cartographie visait à :

- i. Identifier les principales parties prenantes (le gouvernement, le secteur privé, les OSC, les jeunes, etc.), les réseaux et les initiatives impliqués dans la promotion de la redevabilité dans le secteur sanitaire au Botswana.
- ii. Identifier les stratégies, les approches ainsi que les plateformes qui ont et/ou peuvent être (avec succès) utilisées pour promouvoir la redevabilité.
- iii. Identifier les lacunes existantes dans la promotion de la redevabilité par la capacité des différents acteurs à favoriser la redevabilité à travers les différentes plateformes

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), "la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de santé dont elle a besoin, au moment et à l'endroit où elle en a besoin, sans que cela n'entraîne de difficultés financières. Elle comprend toute une gamme de services de santé essentiels, allant de la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs. (https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1). Par rapport à cette définition, le Partenariat interne pour la santé (2018) affirme que la couverture sanitaire universelle (CSU) peut donc être considérée comme un "contrat social entre l'État et la population", en vertu duquel "les gouvernements sont redevables envers leur population pour ce qui est de la réalisation du droit à la santé". Cette évaluation a porté sur la définition de stratégies et de processus de redevabilité au Botswana dans le cadre du troisième objectif de développement durable (ODD 3) qui vise à **"permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être pour tous à tout âge"**.

Les résultats révèlent que diverses stratégies et processus de redevabilité sont en place au Botswana.

Au niveau politique, le parlement a toujours affecté une part importante du budget au secteur de la santé. Il dispose également d'un comité des comptes publics qui examine les dépenses publiques. Le ministère des Finances et du Développement économique (MFED) a détaché des agents auprès du MOHW pour veiller au respect des réglementations en matière de planification et de budgétisation. Cette mesure vise également à garantir des processus de planification et de gestion financière inclusifs, car les experts de la santé travaillent directement avec les planificateurs et les spécialistes du budget à l'élaboration des programmes de santé. Le MFED organise des forums consultatifs avec le secteur privé, la société civile et le grand public à des intervalles stratégiques pour établir les priorités de planification du développement national, ainsi que des examens à mi-parcours pour évaluer les performances et prendre des mesures

correctives. L'Agence nationale de promotion de la santé et de la lutte contre le SIDA (NAHPA) organise des sessions de planification conjointe avec toutes les parties prenantes, qui se tiennent chaque année et sont alignées sur les exercices financiers du gouvernement. Ces sessions ont pour but d'identifier les priorités et les lacunes des programmes et d'orienter l'allocation des ressources. En dépit de ces stratégies et processus, quelques lacunes ont été observées. Il est donc nécessaire de procéder à des évaluations périodiques des politiques afin de renforcer l'efficacité des structures de redevabilité au niveau parlementaire.

Au niveau du programme, il a été constaté que les équipes de gestion sanitaire de district (DHMT) disposent de solides processus de redevabilité tels que les rapports hebdomadaires et mensuels des structures sanitaires qu'elles gèrent. Les structures hiérarchiques et les attentes sont clairement définies et respectées. Cependant, cela n'a pas été répliqué vers le haut, c'est-à-dire entre les districts et le niveau national où les rapports de routine sur la performance des programmes sont faibles en raison d'un système de suivi et d'évaluation (S&E) centralisé qui a des difficultés à gérer tous les domaines du programme. En conséquence, certains programmes établissent leurs propres rapports, qui ne sont pas basés sur des plans de S&E clairs.

Les organisations de la société civile (OSC) sont principalement impliquées dans la mobilisation communautaire et le plaidoyer. La plupart d'entre elles dépendent des financements des bailleurs et des gouvernements pour leurs opérations, ce qui risque de compromettre leur rôle en matière de plaidoyer et par extension de redevabilité. Pour jouer plus pleinement leur rôle en matière de redevabilité, les OSC doivent moins dépendre des financements des bailleurs et/ou du gouvernement. Cela peut être réalisé en renforçant les efforts de mobilisation des ressources et en élargissant leurs sources de revenus.

En ce qui concerne les médias, même si des efforts ont été faits pour sensibiliser les professionnels des médias aux stratégies et aux priorités en matière de santé, l'impact de ces efforts n'est pas évident. Il existe une relation conflictuelle entre les médias et l'État. Les médias sont confrontés à un problème d'accès à l'information, en particulier dans le domaine gouvernemental. Ceci est attribué à l'absence de loi sur l'accès à l'information. Les informations sont partagées à la discrétion du gouvernement, et les demandes de renseignements supplémentaires sont envahies par la bureaucratie. Cela remet en cause le rôle et la redevabilité des médias en tant que garde-fou du public.

Au niveau communautaire, le Comité de santé de village (CSV), composé de volontaires communautaires autour d'un dispensaire ou d'un poste de santé, sert d'extension du système de santé, notamment en identifiant les patients ayant besoin de soins à domicile et en assurant la promotion de la santé de base, comme l'illustre la récente épidémie de COVID 19. Les CSV interagissent avec les dirigeants politiques tels que les conseillers et les membres de la communauté lors des réunions communautaires et plaident en faveur de la priorisation des questions de santé. Les CSV constituent un système de soutien viable pour le système de santé, à condition que leurs capacités soient renforcées afin d'assurer une compréhension adéquate des concepts et des problèmes liés à la santé.

CHAPITRE 1:

MÉTHODOLOGIE

INTRODUCTION

Le Botswana est un pays enclavé d'une superficie de 582 000 kilomètres carrés, délimité par le Zimbabwe, l'Afrique du Sud, la Namibie et la Zambie. Le recensement de la population et des habitations de 2011 prévoyait qu'en 2020 la population serait de 2 383 118 habitants (Statistics Botswana, 2015), avec une proportion des sexes de 95,5 hommes pour 100 femmes et une espérance de vie de 68 ans (70 pour les femmes et 66 pour les hommes). La population du Botswana est relativement jeune, avec 52,9% de personnes âgées de 24 ans et moins. Le pays a connu une urbanisation constante et quelque peu rapide depuis l'indépendance en 1966, le pourcentage de la population vivant en zone urbaine étant passé de 9 % en 1974 à 64,1 % en 2011 (Statistics Botswana, 2014).

Entre les années 1970 et le début des années 2000, le Botswana a connu une croissance économique impressionnante. Cependant, depuis lors, les performances sont en baisse. Si le taux de croissance du produit intérieur brut (PIB) était en moyenne de 9,2 % jusqu'en 2007/2008, il est tombé à 3,3 % par la suite. Bien que la part du secteur minier dans le PIB ait progressivement diminué au cours des 30 dernières années, ce secteur reste important dans l'économie. L'exploitation minière (en particulier les diamants) est le secteur le plus important pour les recettes en devises étrangères au Botswana et les exportations de diamants représentaient environ 90 % des exportations totales du pays en 2019. Le tourisme est également une industrie de plus en plus importante au Botswana, représentant près de 12% du PIB en 2019 et ce, parce que l'un des écosystèmes uniques au monde, le delta de l'Okavango, se trouve au Botswana (PND 11). Une partie importante de la population du Botswana vit dans les zones rurales et dépend des cultures et de l'élevage de subsistance. L'agriculture contribue pour environ 2,8 % au PIB, principalement grâce aux exportations de viande bovine (Banque africaine de développement, 2016).



À PROPOS DE L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE LA REDEVABILITÉ

L'étude est menée par le ministère de la Santé et du Bien-être, département de la planification des politiques et de la recherche, avec le soutien d'Amref Health Africa dans le cadre du projet : La Collaborative Africaine pour les Solutions de Financement de la Santé (ACS). L'un des objectifs de l'ACS est de renforcer la redevabilité afin que les solutions de financement de la santé pour la CSU soient conçues, mises en œuvre et suivies selon un processus fondé sur des preuves, transparent et accessible. Le pilier " redevabilité " du projet vise à promouvoir l'apprentissage de la redevabilité pour une action éclairée et une progression vers la réalisation de la CSU.

L'exercice de cartographie au niveau des pays est une première étape dans la collecte de données sur l'état de la redevabilité en matière de la CSU dans la région. L'exercice multi-pays visait à recenser les principales parties prenantes impliquées dans la redevabilité en matière de soins de santé primaires, les

approches utilisées pour promouvoir la redevabilité dans différents contextes en Afrique, et à identifier les lacunes dans la capacité des acteurs à promouvoir la redevabilité en matière de soins de santé primaires. Les résultats de cet exercice de cartographie seront utilisés pour informer les initiatives de renforcement des capacités afin de renforcer la capacité des parties prenantes, en particulier les jeunes et les mouvements d'OSC, afin qu'ils jouent un rôle actif dans la promotion de la redevabilité pour les soins de santé universels.

L'exercice de cartographie vise à:

- i. Identifier les principales parties prenantes (gouvernement, secteur privé, OSC, jeunesse, etc.), les réseaux et les mouvements impliqués dans le renforcement de la redevabilité dans le secteur de la santé au Botswana.
- ii. Identifier les stratégies, les approches ainsi que les plateformes qui ont et/ou peuvent être utilisées (avec succès) pour encourager la redevabilité.
- iii. Identifier les lacunes existantes dans la promotion de la redevabilité par la capacité des différentes parties prenantes à promouvoir la redevabilité par le biais des différentes plateformes.

À partir des objectifs de l'étude exposés ci-haut, l'étude a été orientée par les questions de recherche suivantes:

- a. Quels sont les principaux acteurs œuvrant pour une plus grande redevabilité dans le secteur de la santé au Botswana ?
 - i. Comment ces acteurs sont-ils organisés, quelles sont les plateformes existantes et dans quelle mesure sont-elles inclusives et représentatives ?
 - ii. Quels types de structures, de politiques et de dispositions institutionnelles ces acteurs ciblent-ils pour obtenir des changements dans le cadre de leurs activités ?
- b. Quelles sont les stratégies employées pour encourager une plus grande redevabilité ?
 - i. Dans quelle mesure ces stratégies ont-elles été pertinentes et applicables pour obtenir le changement souhaité ?
 - ii. Quelles autres stratégies viables pourraient être utilisées pour améliorer et maintenir la sensibilisation, l'autonomisation et l'engagement des citoyens en matière de redevabilité en faveur de la CSU ??
- c. Quelles sont les lacunes (capacités, politiques, ressources, etc.) qui existent pour promouvoir le programme de redevabilité ?
 - i. Quelles sont les causes fondamentales de ces lacunes ?
 - ii. Quelles sont les méthodes réalisables pour combler ces lacunes, en particulier les lacunes en matière de capacités ?
 - iii. Quels sont les moyens privilégiés pour combler les lacunes identifiées ?

CONCEPTION, PORTÉE ET LIMITES DE L'ÉTUDE

L'étude a utilisé presque exclusivement des entretiens avec des répondants clés (ERC), un seul groupe de discussion (FGD), celui-ci étant un comité de santé de village. Dans cette mesure, une liste de répondants potentiels a été élaborée en collaboration avec l'ACS et le Ministère de la Santé.

1. **Analyse documentaire** de la littérature disponible - une liste de politiques, de rapports, de documents scientifiques et de littérature grise ont été recueillis et examinés afin de formuler des impressions sur l'état de la CSU et de la redevabilité au Botswana. Plus précisément, la recherche documentaire a porté sur l'identification de documents liés à l'engagement du pays à atteindre les Objectifs de développement durable (ODD), en particulier l'Objectif 3 : Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge et sa cible 3.8 : Assurer une couverture sanitaire universelle. Ces documents sont mentionnés dans les chapitres Revue de la littérature et Résultats du présent rapport et sont énumérés dans la section Références. Ils ont également été utiles pour façonner les ERC qui ont été menés comme principale source de données pour cet exercice..
2. **La collecte de données qualitatives** wa été effectuée par le biais d'ERC et d'un groupe de discussion. Une liste de répondants clés composée des principales parties prenantes a été fournie. La liste a délimité six (6) groupes distincts - les décideurs politiques, les responsables de programmes, la société civile, les jeunes, les partenaires au développement et les médias. Chacun de ces groupes est traité séparément dans le chapitre sur les résultats. En outre, une discussion de groupe avec un comité de santé de village a été menée avec le soutien de l'équipe de gestion de la santé du district de Kgatleng (DHMT).
3. **Analyse des données et rédaction du rapport:** Afin d'analyser les données qualitatives, les transcriptions des entretiens ont été étudiées, regroupées par thème, puis analysées afin d'établir des modèles périodiques d'intérêt. Les points de vue qui ne correspondaient pas aux modèles dominants de chaque thème ont été réexaminés en relisant les transcriptions originales, afin de déterminer les contextes dans lesquels le répondant les a exprimés.
4. **Limites de l'évaluation:** Cet exercice a été mené dans le cadre de restrictions liées au COVID. Par conséquent, il n'a pas été possible d'interviewer de nombreux répondants potentiels, notamment dans le secteur privé et le milieu universitaire, car il n'a pas été possible d'obtenir des rendez-vous dans le temps imparti pour la collecte des données. Cela a eu pour effet net de limiter la triangulation des informations obtenues à partir des quelques entretiens qui ont été menés. De plus, en raison du pic de la pandémie de COVID-19, période pendant laquelle les déplacements étaient limités au Botswana, tous les entretiens ont été réalisés dans le Grand Gaborone, ce qui a privé l'évaluation des points de vue des autres parties du pays. Dans la mesure où les personnes interrogées l'acceptaient, les questionnaires ont été envoyés par courrier électronique, et le suivi a été assuré par des appels téléphoniques et WhatsApp. Si cette approche a donné des résultats positifs dans certains cas, dans d'autres, les répondants ont promis mais n'ont jamais tenu leurs promesses.

CHAPITRE 2:

LA REDEVABILITÉ EN MATIÈRE DE CSU DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ DU BOTSWANA

STRUCTURE ET ORGANISATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU BOTSWANA

Le système de santé est décentralisé, les soins de santé primaires étant le pilier des soins de santé. Au niveau national, 84 % de la population vit dans un rayon de 5 km de la structure sanitaire la plus proche et 11 % de plus dans un rayon de 5 à 8 km, ce qui se traduit par un total de 95 % de la population vivant dans un rayon de 8 km (Statistics Botswana, 2017). Structurellement, le système de prestation de soins de santé au Botswana comporte six niveaux : les hôpitaux de référence nationaux, les hôpitaux de district, les hôpitaux primaires, les cliniques, les postes sanitaires et les cliniques mobiles. À l'exception des hôpitaux de référence nationaux, le réseau de prestation du ministère de la Santé est regroupé dans le cadre de 27 districts sanitaires (Banque mondiale, 2016), qui sont actuellement en cours de restructuration pour constituer 18 régions sanitaires.

Au total, le pays compte 1 454 cliniques et postes sanitaires, dont 101 sont des cliniques d'hospitalisation, 171 des cliniques de consultation externe, 338 des postes sanitaires et 844 des cliniques mobiles. En outre, il existe trois hôpitaux de référence, situés stratégiquement dans différentes parties du pays pour en faciliter l'accès. En outre, il existe 15 hôpitaux de district et 17 hôpitaux primaires répartis dans tout le pays. En 2014, environ 95 % de la population totale et 82 % de la population rurale avaient accès à une structure sanitaire dans un rayon de 8 km, ce qui montre que les services de santé disponibles sont assez accessibles. (Setlhare, 2014).

Le Botswana est signataire de l'Agenda 2030 pour le développement durable, adopté par les États membres de l'ONU en septembre 2015 et qui compte dix-sept (17) Objectifs de développement durable (ODD) et 169 cibles visant à résoudre les problèmes non résolus des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Les ODD font de l'éradication de la pauvreté leur objectif principal, qui s'articule autour des cinq "P" que sont les populations, la planète, la prospérité, la paix et le partenariat.

Pour intégrer les ODD, le Botswana a aligné ses principaux cadres de développement sur les objectifs de cet engagement mondial. Il s'agit notamment du onzième plan de développement national (PND 11), de la vision nationale 2036, du troisième cadre stratégique national pour le VIH et le sida (NSFIII) 2019-2023 et de la politique nationale de santé révisée. Dans ces textes, le pays expose clairement son programme de développement et montre comment celui-ci est lié aux ODD, sur la base de l'évaluation des performances des programmes de développement menés dans le cadre des plans de développement précédents. Par exemple, bien que l'objectif 3 des ODD soit d'"Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous", le Plan national de développement et la Vision 2036 consacrent respectivement un espace important au "Développement humain et social" et au "Développement social", où les priorités nationales qui facilitent la réalisation de cet objectif mondial sont identifiées et les stratégies tracées. Le PND 11 souligne que cette synergie vise à générer un élan "pour aider à renforcer la résilience nationale par le biais d'une augmentation de l'emploi et des moyens de subsistance, d'un accès plus équitable aux ressources, d'une meilleure protection contre les chocs économiques et environnementaux, et d'une capacité beaucoup plus forte à se préparer et à faire face aux conséquences des catastrophes naturelles, en particulier lorsqu'elles sont exacerbées par le changement climatique". Les structures clés chargées d'assurer la mise en œuvre et la redevabilité de ces politiques sont identifiées. Par exemple, un comité de pilotage national sur les ODD, coprésidé par le coordinateur résident des Nations unies et le secrétaire à l'économie et à la politique économique (poste équivalent à celui de secrétaire permanent), a été créé pour piloter la mise en œuvre des programmes adoptés dans ces politiques et rationaliser l'allocation des ressources.

Le gouvernement du Botswana est responsable des soins de santé universels pour ses citoyens. Avec l'adoption de la politique nationale de santé révisée de 2011, le Botswana s'est engagé à atteindre les soins universels d'un ensemble de services de santé essentiels de haute qualité. Dans la poursuite de cet objectif, le PND 11 reconnaît la nécessité d'établir un système de financement de la santé durable visant à atteindre les principes de protection financière, de hauts niveaux d'efficacité, d'équité et de qualité, comme stipulé dans la stratégie de financement de la santé (Health Policy Project, 2016), qui sont les objectifs de la CSU. Le cadre stratégique national pour le VIH et le sida III de 2018 identifie également comme une priorité le financement durable de la santé pour le VIH, qui est un moteur majeur des dépenses de santé au Botswana.

TABLEAU 1: INDICATEURS CLÉS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

<i>Indicador</i>	<i>2009/2010</i>	<i>2013/2014</i>
Population totale	1,776,496	2,101,741
Taux de change	6.6711	8.6822
PIB (en 2013/2014 réels BWP)	68,507,360,119	124,223,200,000
PIB par habitant (en 2013/2014 réels BWP)	38,563	59,105
DCS (en 2013/2014 réels BWP)	4,339,196,344	7,801,524,020
<i>Total dépenses courantes de santé</i>	--	7589480340
<i>Dépenses totales de santé en capital</i>	--	212,043,680
DCS par habitant	2,443	3,712
DCS par habitant (au taux de change moyen du dollar US)	366	428
DCS/PIB	6.3%	6.3%
Dépenses publiques totales de santé (en BWP réels 2013/2014)	2,954,820,995	5,103,432,920
Dépenses publiques courantes de santé	--	4,909,702,640
Dépenses publiques de santé en capital	--	193,730,280
Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses publiques générales	17.8%	12.2%
COMBIEN LES MÉNAGES DÉPENSENT-ILS? DÉPENSES DES MÉNAGES (% DCS)		
Dépenses totales des ménages (paiements au titre de l'aide médicale et paiements directs aux prestataires en % de DCS)	18.5	11.5
Dépenses directes des ménages (paiements directs aux prestataires uniquement) en % des dépenses totales de santé	4.4	4.2

Source: Botswana Health Accounts Report (2014)

Le tableau 1 montre que le Botswana avait un PIB par habitant de 6 897 dollars en 2013. Les dépenses totales de santé (DTS) par rapport au PIB en 2013, définies comme la " somme des dépenses de santé publiques et privées par rapport au PIB " étaient de 6,3 %, comme en 2009, soit 2,9 points de moins que la moyenne mondiale de 9,2 %. Les allocations publiques destinées à financer le secteur de la santé (dépenses publiques de santé par rapport au PIB (GHE)) se sont élevées à 12,2 % en 2013. Il s'agit d'une baisse de 5,6 % par rapport à 2009 et d'une courte chute par rapport à la moyenne mondiale de 15 % en 2012. Les rapports concernant les comptes de la santé du Botswana (2014) ont illustré une dépense de santé du gouvernement de 68% des DTS en 2009 qui a baissé de 3% en 2013, rapportant une dépense du gouvernement de 65%. Le reste provenait d'autres partenaires tels que les bailleurs de fonds (Health Policy Project, 2016). Le rapport concernant les comptes de la santé du Botswana indique en outre que le gouvernement du Botswana est la principale source de financement. Le rapport précise que le gouvernement représente 65% des dépenses comme indiqué ci-dessus, suivi par les employeurs à 16%, les ménages représentant 12% et enfin les bailleurs de fonds à 7%. Cependant, le pays a connu une baisse du soutien des bailleurs de fonds au cours des dernières années malgré l'augmentation de la charge de la maladie, notamment à cause du VIH et du SIDA.

Un système de recouvrement des coûts nominaux est en place pour les services dans les structures publiques, avec des frais de consultation minimales de 0,45 \$ (5 BWP) qui sont facturés et payés directement à la structure. La population vulnérable, y compris les personnes en situation de handicap, les enfants citoyens jusqu'à l'âge de 16 ans, les indigents enregistrés auprès des services de protection sociale, les réfugiés dans les camps de réfugiés désignés, les prisonniers citoyens et non-citoyens et les personnes en garde à vue dans l'attente de leur procès, le traitement de toutes les maladies de santé publique pour les citoyens et les non-citoyens, à l'exception du traitement du VIH (dont les ARV sont fournis gratuitement aux citoyens et à certains non-citoyens dans la catégorie des populations clés, par exemple les prisonniers), les services de santé maternelle et néonatale pour les citoyens, les services de santé infantile, y compris la vaccination pour les citoyens et les non-citoyens, etc. sont toutefois exemptés de paiement. Les patients généraux qui ne peuvent pas se permettre de payer ce montant ne sont pas privés de services.

Dans le cadre des recommandations de l'étude "Financing health services in Developing Countries : an agenda for reform", la Banque mondiale (1978) a suggéré aux pays d'introduire des charges de santé. Cela a encouragé l'utilisation d'assurances personnelles pour couvrir les risques de santé (Akin, J. S., Birdsall, N., De, F. D. M., 1987). Ce fut le début des régimes privés de soins de santé au Botswana. Même si

les services gouvernementaux étaient presque gratuits, le secteur privé continuait à facturer ses services de santé, en utilisant les régimes d'assurance privée mis en place par une poignée de prestataires de services ainsi que le paiement direct. En 2016, environ 17% de la population était couverte par ces régimes de soins médicaux, qui étaient au nombre de 9 au total, les 3 plus importants couvrant 88% des bénéficiaires (Health Policy Project, 2016). Les régimes d'assurance privés couvrent jusqu'à 80% de la facture du client. Les 20% restants, qui sont payés directement au prestataire de services par le client, constituent les dépenses de santé directes. Même si une bonne partie de la population connaît l'existence des services de soins médicaux, elle choisit de ne pas s'y inscrire car elle n'est pas obligatoire et les services gouvernementaux sont gratuits. L'échec ou la réticence à obtenir une couverture est également attribué à la perception que les régimes sont conçus pour exclure le groupe à faible revenu ainsi que la population sans emploi, créant ainsi une discrimination perçue et un refus de participer. Ce groupe dépend alors entièrement des services gouvernementaux sous-gratuits (Mbogo & McGill, 2016).

PROGRÈS VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE (CSU) AU BOTSWANA

Bien que l'approche des soins de santé primaires ait bien fonctionné dans le pays, la politique nationale de santé du Botswana de 2011 indique que le pays est toujours confronté à une pénurie de personnel formé et qualifié, ce qui nuit à la qualité des soins de santé dans le pays. En outre, l'ajout de programmes et de projets, en particulier liés au VIH/sida, a augmenté la demande sur la main-d'œuvre qualifiée déjà surchargée. En réponse, le Botswana a progressivement mis en place une formation agressive des professionnels de la santé - avec huit établissements de formation en soins infirmiers et une école de médecine. Le pays envoie également de nombreux jeunes citoyens en formation dans d'autres parties du monde, notamment aux États-Unis d'Amérique, outre, des stratégies de déplacement de la main-d'œuvre ont été mises en place afin d'atténuer la situation (Roy, Sekis et James, 2017).

Afin d'évaluer objectivement la performance du système de santé, il convient d'examiner certains indicateurs clés de la santé, au fil du temps, et de mesurer leur orientation. Le gouvernement du Botswana, comme d'autres pays à revenu intermédiaire, est confronté à la charge de fournir une assistance médicale aux personnes touchées par des maladies non transmissibles, ce qui entraîne une augmentation des coûts de santé. L'accès au traitement des personnes touchées par les maladies non transmissibles s'élève à 85 %, tandis que 15 % ne reçoivent pas de traitement, même si les MNT sont bien couvertes par les régimes médicaux. Pour gérer la charge financière occasionnée par les MNT, le gouvernement a investi dans des mesures préventives et élaboré plusieurs stratégies. La promotion de la santé et l'éducation ont été une stratégie utilisée par le gouvernement du Botswana avec ses partenaires (ONG, OSC, médias, etc.) pour sensibiliser le public aux mesures de prévention des MNT ainsi qu'à d'autres problèmes de santé attribués au mode de vie (Roy, Sekis et James, 2017). Cela se fait par le biais de campagnes, de marches, de publicités dans les médias et d'affiches IEC dans les communautés. Ces activités sont également menées dans le cadre d'autres maladies afin de sensibiliser et de préparer la population. Elles engagent les communautés (médias, population, personnel soignant, etc.) et encouragent les échanges sur le système de soins de santé, ce qui incite la population à tenir le gouvernement, les ONG et les OSC redevables en ce qui concerne la CSU.

Même si le pays dispose d'un accès exceptionnel aux services de santé, il est encore possible d'améliorer la situation pour parvenir à un système de santé universel en collaborant avec le secteur privé et la société civile et en améliorant les interventions existantes afin de promouvoir l'accès à la meilleure qualité de soins pour chaque individu au Botswana.

Les systèmes de soins de santé constituent un puissant facteur d'égalisation dans la réalisation du droit de l'homme aux soins de santé. Ces systèmes peuvent également renforcer l'autonomie des populations socialement défavorisées et marginalisées, et influencer positivement les déterminants socio-économiques et politiques plus larges de l'équité en matière de santé. Les faits et l'expérience ont montré que les ressources publiques sont fondamentales pour garantir des progrès efficaces et équitables vers un système de santé universel. L'engagement en faveur de la santé universelle implique également un engagement budgétaire important de la part des gouvernements. Une augmentation du financement de la santé à elle seule ne permettra pas nécessairement de parvenir à la CSU, surtout si elle n'est pas utilisée efficacement pour garantir des services et des interventions prioritaires aux personnes marginalisées. Au cœur de la notion de renforcement de la redevabilité dans le secteur de la santé se trouve la nécessité de s'assurer que les ressources sont utilisées avec prudence, qu'elles sont comptabilisées et que des résultats tangibles et bénéfiques en matière de santé en découlent, en particulier pour les personnes les plus vulnérables et les plus marginalisées.

HISTORIQUE DES EFFORTS DE REDEVABILITÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ AU BOTSWANA

L'histoire du passage du Botswana de la misère à l'indépendance en 1966 à la richesse suite à la découverte de diamants quelques années plus tard est bien documentée. Le pays ne comptait que trois hôpitaux en 1966 (Nthomang, 2012) et tous avaient été créés et gérés par des missionnaires. Sous la direction du premier président Sir Seretse Khama, le pays a adopté un processus de planification du développement national qui a identifié les priorités de développement, lesquelles ont servi de base à l'allocation des ressources nationales. Grâce à cette approche, une grande partie de la nouvelle richesse a été investie dans des infrastructures telles que les routes, les télécommunications, les écoles, les structures de santé et autres. Dès les premières années qui ont suivi l'indépendance, le développement du secteur de la santé a été piloté par deux instruments principaux : le plan national de santé (1968 à 1969) et la politique de développement rural (1972 à 1980), qui ont tous deux permis d'améliorer considérablement les infrastructures sanitaires. En 1985, le Botswana a adopté la stratégie de soins de santé primaires et a étendu considérablement la portée et la couverture des services de santé. Au début des années 1990, on estimait que 81 % de la population du pays vivait dans un rayon de 10 km d'une structure sanitaire (Nthomang, 2012).

De plus, des services de santé mobiles ont été mis en place pour apporter des services aux citoyens plus éloignés. Ces investissements ont rapidement porté leurs fruits puisque des réductions de la mortalité et des gains d'espérance de vie ont été enregistrés. Par exemple, le taux de mortalité infantile est passé de 97 décès pour 1000 en 1971 à 48 décès pour 1000 naissances vivantes en 1991, tandis que la mortalité des moins de 5 ans est passée de 152 décès en 1971 à 65 décès en 1991 (Statistics Botswana, 2018).

Ces dernières années, l'accent est passé du développement des infrastructures à l'amélioration des performances du secteur de la santé. Dans un texte intitulé *Integrated Health Service Plan (IHSP) : A Strategy for Changing the Health Sector For Healthy Botswana 2010-2020* (Ministère de la Santé, 2010), le Ministère a reconnu que le pays n'était pas sur la bonne voie pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et a identifié i) un manque de personnel formé et qualifié ii) des demandes croissantes sur la main-d'œuvre qualifiée déjà trop sollicitée en raison de programmes et de projets supplémentaires, en particulier ceux liés au VIH/SIDA iii) une rotation élevée du personnel, iv) le déploiement inéquitable et l'incapacité à optimiser la combinaison de compétences existante v) la faiblesse des systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement, qui se traduit par une disponibilité limitée et des ruptures de stock régulières des médicaments essentiels, et vi) la faiblesse de la gestion de l'information sanitaire, qui entraîne des retards dans la collecte, le regroupement, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des données, autant de goulets d'étranglement qui entravent la performance optimale du système de santé. Tout en reconnaissant l'importance de moderniser et d'équiper les structures sanitaires, le Plan de services de santé intégrés met l'accent sur la résolution des problèmes susmentionnés afin d'améliorer la qualité des services de santé fournis aux citoyens. Une autre dimension importante du Plan de services de santé intégrés est l'accent mis sur le rapport coût-efficacité en tant qu'aspect clé du financement de la santé - dont les objectifs sont "de mobiliser des ressources suffisantes pour garantir que tous les citoyens aient accès à une gamme d'interventions rentables à un prix abordable ; de veiller à ce que des incitations et des systèmes financiers soient en place pour fournir des services de manière efficace et en accordant une attention particulière aux besoins des groupes vulnérables".

CHAPITRE 3:

RÉSULTATS DE LA CARTOGRAPHIE

Ce chapitre présente les résultats des efforts de redevabilité en matière de la CSU au Botswana. Tout d'abord, les acteurs de la redevabilité, leurs rôles dans la redevabilité, l'état des efforts de redevabilité et ensuite les recommandations pour l'avenir. La deuxième partie met en évidence les approches de redevabilité actuellement utilisées par les différentes parties prenantes ainsi que les défis rencontrés. Une revue complémentaire de la littérature est également présentée pour mieux contextualiser les résultats.

ACTEURS ET LEUR RÔLE EN MATIÈRE DE REDEVABILITÉ

Les décideurs politiques

Le rôle principal des décideurs politiques est de définir le programme de développement et de formuler des politiques pour mener à bien ce programme. Leur rôle comprend également l'affectation de ressources aux programmes conçus pour rendre ces politiques opérationnelles, généralement dans le cadre de besoins de développement changeants et concurrents par rapport à des ressources limitées. Les décideurs politiques ont également la responsabilité d'évaluer les politiques afin d'en mesurer la pertinence. Voici quelques-unes des conclusions essentielles qui se dégagent de cet exercice:

- Le Parlement a toujours alloué une part importante du budget au secteur de la santé. Il dispose d'une commission des comptes publics qui surveille les dépenses publiques.
- Le ministère des Finances et du Développement économique a détaché des agents auprès du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour veiller au respect des réglementations en matière de planification et de budgétisation. Cette mesure vise également à garantir des processus de planification et de gestion financière inclusifs, car les experts de la santé s'engagent directement avec les planificateurs et les spécialistes du budget dans l'élaboration des programmes de santé.
- Le ministère des Finances et du Développement économique organise des forums consultatifs à intervalles stratégiques pour établir les priorités de planification du développement national, ainsi que des examens à mi-parcours pour évaluer les performances et prendre des mesures correctives.
- Des sessions de planification conjointes entre la NAHPA et toutes les parties prenantes sont organisées chaque année et alignées sur les exercices financiers du gouvernement. Elles ont pour but d'identifier les priorités et les lacunes en matière de programmation et d'orienter l'allocation des ressources.

Prestataires publics et responsables de la santé

Les prestataires de services de santé sont les moteurs de la politique de santé. Une fois la politique adoptée par les décideurs, ce groupe assume la responsabilité de sa mise en œuvre en concevant des programmes et des projets qui visent à actualiser les objectifs de la politique. Les prestataires de services de santé sont en première ligne de l'engagement communautaire pour promouvoir l'adoption des programmes et des projets, surveiller leur utilisation et proposer les ressources financières nécessaires pour assurer la disponibilité et l'accès aux services. Les résultats essentiels de l'exercice sont les suivants:

- D'après les entretiens et la revue documentaire, les structures hiérarchiques entre les DHMT et les structures de santé sont claires. Les structures sanitaires font des rapports hebdomadaires et mensuels aux DHMT. En revanche, la déconnexion semble se produire entre les programmes et les décideurs. Plus précisément, les rapports de routine sur la performance des programmes sont faibles, la raison en étant un système de S&E centralisé qui a des difficultés à desservir tous les domaines du programme. Par conséquent, certains programmes produisent leurs propres rapports, qui ne sont pas basés sur des plans de S&E clairs.

Membres communautaires, représentants communautaires

D'un côté, la communauté est destinataire ou bénéficiaire des services de développement du gouvernement. D'un autre côté, la communauté a la responsabilité de définir ses besoins et d'engager les décideurs politiques afin de s'assurer que ses besoins sont pris en compte dans les processus de formulation des politiques. La communauté s'organise pour plaider en faveur de la fourniture de services conformes à ses propres priorités. Au Botswana, la communauté a joué un rôle de premier plan dans les décisions relatives à la mise en place de structures sanitaires, en faisant du lobbying pour améliorer la prestation des services de santé et augmenter le nombre de professionnels de la santé. Les résultats essentiels de l'exercice sont les suivants:

- L'une des structures utilisées dans la plupart des villages est le comité de santé de village (CSV), qui constitue le niveau le plus bas des autorités locales : le conseiller régional siège au sommet, le comité de développement du village (CDV) suit et le CSV est une sous-structure du CDV. Les membres du CSV sont des bénévoles issus de la communauté vivant à proximité d'une clinique ou d'un poste sanitaire. Les CSV servent à étendre le système de santé, notamment en promouvant les bonnes pratiques de santé, y compris le respect des protocoles du COVID-19 au niveau communautaire. Les CSV sont également actifs dans la recherche et l'enregistrement des patients pour les soins à domicile.

- Lors des réunions de Kgotla auxquelles participent des responsables politiques tels que des conseillers et des députés, le CSV se voit normalement attribuer un créneau pour présenter ses problèmes, les débats sont documentés et des mesures sont prises par les différentes parties prenantes. Les CSV constituent un système de soutien viable pour le système de santé, à condition que leurs capacités soient renforcées pour garantir une bonne compréhension des concepts et des problèmes de santé.

Organisations de la société civile

La société civile joue le rôle consistant à étendre les services gouvernementaux à la communauté, au-delà des structures sanitaires, pour un prix raisonnable. Elle identifie les lacunes des services et engage le gouvernement à les combler et à mettre les services de santé à la portée de ceux qui, pour diverses raisons, n'ont pas accès aux services de santé. Les résultats essentiels de cet exercice sont les suivants:

- Les organisations à base communautaire sont principalement impliquées dans la fourniture de services de santé, la mobilisation communautaire et le plaidoyer. La plupart d'entre elles dépendent du financement des bailleurs de fonds et du gouvernement pour leurs opérations, ce qui peut compromettre leur rôle en matière de redevabilité et de plaidoyer.
- Pour la plupart des organisations à base communautaire, les protocoles régissant leur relation hiérarchique avec leurs bailleurs de fonds sont clairs. Leur rôle en matière de redevabilité peut être freiné par leur dépendance à l'égard des bailleurs de fonds pour leur survie.

Médias

Les médias offrent une plateforme permettant au gouvernement/aux décideurs politiques de "rencontrer" la communauté, au sens virtuel du terme. Les responsables politiques sont normalement engagés à la radio pour expliquer la politique gouvernementale au grand public, qui dispose à son tour d'un temps pour contribuer à la discussion en posant des questions et en exprimant ses préoccupations. La presse écrite réserve également un espace aux questions de santé, afin de remplir son mandat de promotion de la redevabilité dans la prestation des services de santé. Les résultats de l'étude ont révélé que:

- Bien que des efforts aient été faits pour sensibiliser les professionnels des médias aux stratégies et priorités en matière de santé, l'impact de ces efforts n'est pas évident. Il existe une relation conflictuelle entre les médias et l'État.
- Les informations sont partagées à la discrétion du gouvernement, et les demandes de renseignements supplémentaires se heurtent à une bureaucratie considérable.

Recommandations

TABLEAU 2: RECOMMANDATIONS FOR ACCOUNTABILITY ACTORS'ENGAGEMENT

Agent de redevabilité	Recommandations
Les décideurs politiques	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les évaluations des politiques afin de renforcer l'efficacité des structures parlementaires de redevabilité. • Améliorer l'engagement entre le MFED et les ministères de tutelle, en particulier au niveau des programmes, afin de garantir la coordination des évaluations des programmes de santé.
Prestataires publics et responsables de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Décentraliser le département de suivi et d'évaluation au sein du ministère de la santé afin de garantir la qualité des rapports.
Membres communautaires, Représentants communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le renforcement des capacités pour renforcer les compétences des membres du CSV
Organisations de la société civile	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les efforts de mobilisation des ressources et développer les sources de revenus afin de limiter la dépendance à l'égard des bailleurs de fonds et/ou du gouvernement
Médias	<ul style="list-style-type: none"> • Promulguer une loi sur le droit à la liberté d'information afin d'accroître la redevabilité des gouvernements en créant un espace permettant aux autorités publiques d'être redevables.

APPROCHES ET OUTILS DE REDEVABILITÉ

Au cours de l'exercice de cartographie, les répondants ont indiqué un certain nombre de structures et d'approches qui ont été utilisées avec succès pour coordonner le programme de développement national comme une indication de la redevabilité politique, de performance et financière au Botswana. Les exemples donnés sont les suivants.

TABLEAU 3: APPROCHES DE REDEVABILITÉ UTILISÉES AU BOTSWANA

Type de redevabilité	Approches de redevabilité
Performance	<ul style="list-style-type: none"> • Formulation participative des politiques • Financement basé sur les résultats • Canaux de médias publics tels que la radio et la presse écrite • Évaluation conjointe nationale et sous-nationale (par les comités de santé, le système national de suivi et d'évaluation (NMES))
Politique	<ul style="list-style-type: none"> • Rassemblements publics comme le système Bogosi, le système Kgotla • Contrôle parlementaire (par le Comité des comptes publics, le Comité de la santé et du VIH et SIDA. • Formulation participative des politiques, comme les comités directeurs nationaux sur les ODD, coprésidés par le coordinateur résident des Nations unies et le secrétaire à la politique économique, le Conseil consultatif de haut niveau (HLCC), le Conseil de la population, le Conseil du développement rural, etc.
Financière	<ul style="list-style-type: none"> • Sessions de planification conjointe avec les comités de santé • Suivi de la conformité des processus de gestion des finances publiques (PFM)

Système Bogosi

Le bogosi est organisé autour des chefs et fournit une plateforme permettant aux citoyens ordinaires de s'engager auprès des autorités sur leurs besoins en matière de santé et de développement. Les grandes décisions prises au Botswana sont le fruit d'une consultation intense via le système kgotla, dans le cadre duquel des réunions sont convoquées par les dikgosi (chefs traditionnels) et les questions sont soumises

au morafe (tribu). Les preuves recueillies indiquent qu'historiquement, les dikgosi ont toujours dirigé leur morafe sur les questions de santé, entre autres, comme la sécurité. Ceci est inscrit dans la loi Bogosi de 2008 comme l'une des fonctions du dikgosi : " exercer ses pouvoirs en vertu de cette loi pour promouvoir le bien-être des membres de sa tribu ".

Système Kgotla

Chaque Kgosi préside un Kgotla (pluriel Dikgotla), un lieu de rassemblement public où les problèmes communautaires sont discutés et résolus. Un dicton commun dit que mafoko a kgotla a mantle otlhe - traduit pour signifier "il n'y a pas de faux ou de vrai au kgotla, ce qui est censé encourager tout le monde à dire ce qu'il pense. Le kgotla est également un point d'entrée pour le gouvernement (députés, ministres, fonctionnaires) pour interagir avec et engager les communautés sur les questions qui les concernent, y compris la santé. Historiquement, les déclarations politiques étaient faites au Kgotla et les membres de la communauté avaient l'occasion d'interroger la politique ainsi prononcée pour mieux la comprendre.

Comités de santé de village

Chaque structure sanitaire en zone rurale peut avoir un CSV, qui est mobilisé et organisé par les agents de santé de la structure. Il s'agit d'un groupe de bénévoles qui aident les agents de santé à mener des activités de promotion de la santé au niveau communautaire. Ils recueillent les besoins des communautés en matière de santé afin d'éclairer les processus d'élaboration des politiques de santé, car ils ont la possibilité de dialoguer avec les fonctionnaires, les responsables politiques ou toute autre partie prenante lors de dialogues communautaires tels que les réunions kgotla.

Botsogo Pitso

Le Botsogo Pitso est un forum sur la santé communautaire qui vise à promouvoir les échanges entre le gouvernement et la communauté. Le DHMT du Grand Gaborone organise régulièrement de tels rassemblements. Lors de ces plateformes, les parties prenantes discutent des questions liées à la santé communautaire et donnent leur avis sur les sujets abordés lors des réunions précédentes. Ces plateformes pourraient être étendues à d'autres domaines.

Médias

Les médias jouent un rôle de premier plan dans la formation de l'opinion publique et donc dans la réponse du public aux problèmes de société. Bien qu'il existe quelques programmes sur la radio d'État, tels que Dikgang tsa Botsogo (Nouvelles de la santé) sur Radio Botswana, on pourrait faire davantage pour engager le public sur les questions de redevabilité à travers la radio.

Tableaux de bord publics

Les tableaux de bord publics destinés à faire participer le public et à le tenir au courant des résultats de la lutte contre le VIH/SIDA ont été cités comme une initiative ayant eu un impact positif sur l'engagement des communautés et leur adhésion à un objectif commun. Ces tableaux ont été dressés dans un lieu central, comme le Kgotla, et les mesures convenues lors d'une réunion sont affichées à la vue de tous. Les mises à jour et les commentaires sont également affichés publiquement pour assurer un engagement continu.

TABLEAU 4: RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER LA REDEVABILITÉ AU BOTSWANA

Approches de redevabilité	Recommandations
Système Bogosi	<ul style="list-style-type: none">• Mettre Dikgosi au cœur des interactions avec les communautés, notamment dans le cadre de la lutte contre les épidémies, comme c'est le cas pour la riposte en cours au COVID-19.
Système Kgotla	<ul style="list-style-type: none">• Modération impartiale du système de Kgotla pour résoudre les interrogations subtiles sur les questions de redevabilité en raison de la révérence tacite envers le kgosi et toute personne en position d'autorité.• Élargir le mandat des kgotla pour le VIH/SIDA afin de fournir une plateforme d'expression pour tous les problèmes liés à la santé
Comités de santé de village	<ul style="list-style-type: none">• Plaider en faveur de la motivation des CSV car ils jouent un rôle clé dans la mobilisation de la communauté et servent de lien entre la communauté et les agents de santé.
Botsogo Pitso	<ul style="list-style-type: none">• Intégrer la fonction de facilitation dans l'initiative Botsogo Pitso avant de l'étendre à l'ensemble du pays.

ANALYSE DOCUMENTAIRE COMPLÉMENTAIRE

Une analyse bibliographique effectuée avant l'exercice de cartographie a révélé que le Botswana a une longue histoire de consultation entre le gouvernement et les citoyens, fondée sur le "système kgotla", un lieu de rencontre traditionnel qui fournit une plateforme pour les citoyens ordinaires de s'engager avec les autorités telles que les fonctionnaires de tous niveaux, y compris le Président de la République sur le programme de développement national, dont la santé. Les citoyens utilisent cette plateforme pour tenir leurs représentants redevables sur les questions relatives au développement social, entre autres. Une participation élargie est fortement encouragée sur cette plateforme

afin que la communauté soit libre d'exprimer ses points de vue, en exprimant généralement des demandes de services tels que des installations sanitaires, l'amélioration de la qualité des services de santé, etc. Les personnes interrogées dans le cadre de l'exercice de cartographie ont convenu que ce système permet de garantir aux membres de la communauté la possibilité d'exprimer leurs besoins et leurs attentes, mais aussi de tenir responsables les élus.

Au niveau politique, les répondants étaient convaincus que des systèmes étaient en place pour mesurer la performance des programmes de développement du gouvernement, soulignant la domestication des indicateurs des ODD et l'adoption du système national de suivi et d'évaluation (NMES), qui vise à aller "au-delà du système complet de suivi et d'évaluation et comprend : un cadre politique et des directives d'examen, le renforcement des capacités, l'harmonisation des politiques et des stratégies et la diffusion des informations" (PND). Le système a été discuté au parlement récemment dans le cadre de la révision du PND 11 et a été diffusé dans le Botswana Daily News du 14 septembre 2020.

Au niveau du programme, et parmi la société civile et les partenaires au développement, le sentiment général est que les systèmes de suivi et d'évaluation ne sont pas efficaces. L'existence du département du suivi, de l'évaluation et de l'assurance qualité au sein du ministère de la santé et du bien-être ainsi que de l'agence nationale de promotion de la santé et de lutte contre le sida (NAHPA) est reconnue. Cependant, ces services sont largement considérés comme centralisés et manquent de présence au niveau des programmes. Les cas de décaissement de fonds aux partenaires de mise en œuvre, en particulier les OSC, sans contrôle financier pour vérifier la conformité sont également considérés comme une grande préoccupation, en particulier par les partenaires au développement.

CHAPITRE 4:

RECOMMANDATIONS POUR RENFORCER LA REDEVABILITÉ

LEÇONS ET OPPORTUNITÉS POUR RENFORCER LA REDEVABILITÉ EN MATIÈRE DE CSU AU BOTSWANA

À partir de l'analyse, des enjeux et des tendances récurrents ont été extraits et sont brièvement discutés dans cette section, en plus des opportunités pour renforcer la redevabilité en matière de CSU au Botswana. There is need to improve policy evaluations in order to strengthen effectiveness of parliamentary accountability structures. Currently there seems to be a gap between policy decision making function of parliament and actual assessment of the impact of these policies.

1. Il est nécessaire d'améliorer les évaluations des politiques afin de renforcer l'efficacité des structures parlementaires de redevabilité. Actuellement, il semble y avoir un écart entre la fonction de prise de décision politique du parlement et l'évaluation réelle de l'impact de ces politiques.
2. L'approche traditionnelle de la planification des programmes, d'une part, et de leur mise en œuvre, d'autre part, doit être supprimée. Par exemple, le ministère des Finances et du Développement économique (MFED), en tant que gardien des coffres publics, ne s'est pas engagé de manière significative avec les départements de mise en œuvre au sein du ministère de la Santé et du Bien-être sur les processus budgétaires, ce qui a conduit à une mauvaise affectation des ressources, limite l'efficacité budgétaire et la capacité des ministères à faire un suivi détaillé et complet de l'utilisation des fonds. Il convient donc de renforcer les liens entre le MFED et les ministères de tutelle, notamment au niveau des programmes.
3. Il est nécessaire de décentraliser le S&E au sein du ministère de la Santé et du Bien-être afin d'assurer l'efficacité des rapports. Les dispositions actuelles, en vertu desquelles aucun agent de S&E n'est affecté aux programmes, compromettent la capacité des programmes à justifier leurs performances sur une base régulière et prévisible, étant donné que le cadre national de S&E ne peut être mis en œuvre de manière efficace.
4. Les efforts en cours pour relancer le Forum de partenariat doivent être poursuivis avec plus de vigueur afin que les partenaires du secteur de la santé disposent d'une plateforme où les ressources limitées sont rationalisées et affectées en toute transparence afin d'en faire profiter au maximum les citoyens.
5. Améliorer le renforcement des capacités afin de consolider la base de compétences des membres du CSV. Certaines des compétences requises sont la mobilisation des ressources, l'élaboration de propositions, l'identification de bailleurs de fonds potentiels, etc. En complément de cet effort, il faudrait renforcer les capacités en matière de gestion financière, ce qui est une exigence pour les bailleurs de fonds du monde entier.
6. Les OSC doivent réduire au minimum leur dépendance vis-à-vis du financement des bailleurs de fonds et/ou du gouvernement, car cela tend à compromettre leur indépendance et leur capacité à tenir les bailleurs de fonds redevables. Cela peut être réalisé en renforçant les efforts de mobilisation des ressources et en élargissant leurs sources de revenus.
7. Il est nécessaire d'adopter une loi sur la liberté de l'information au Botswana, afin que les membres du public soient en droit de demander des informations auprès des autorités publiques chaque fois qu'il est nécessaire de les tenir redevables. En l'état actuel de la situation, les informations ne sont pas partagées en fonction des besoins, mais plutôt à la discrétion de ceux qui en ont la charge.

CONCLUSION

De manière générale, le bilan montre que la redevabilité est assez forte au Botswana, principalement en raison de la stabilité politique, d'un solide contrôle financier de haut niveau et d'un engagement fort du gouvernement et de la communauté. Les mécanismes traditionnels de régulation sociale, tels que les systèmes Bogosi et Kgotla, se sont avérés efficaces pour garantir que les agents publics sont tenus redevables de la fourniture de biens publics conformes aux normes et standards sociétaux. Toutefois, l'étude a mis en évidence des lacunes individuelles et institutionnelles auxquelles il faut remédier par des efforts délibérés visant à renforcer les aptitudes et les compétences des principaux agents de la redevabilité, tels que les CSV, les OSC, les détenteurs de budget, etc.

RÉFÉRENCES

1. Health Policy Project. Health Financing Profile - Botswana. Heal Policy Proj [Internet]. 2016;(May):39–40. Available from: http://www.healthpolicyproject.com/pubs/7887/Botswana_HFP.pdf
2. Botswana M of H and W. National Health Policy. 2011.
3. Akin, J. S., Birdsall, N., De, F. D. M. & WB. Financing health services in developing countries: An agenda for reform. World Bank J. 1987;
4. Mbogo BA, McGill D. “perspectives on financing population-based health care towards Universal Health Coverage among employed individuals in Ghanzi district, Botswana: A qualitative study.” BMC Health Serv Res. 2016;16(1):1–15.
5. Setlhare V. Reflections on primary health care and family medicine in Botswana. African J Prim Heal Care Fam Med. 2014;6(1):6–8.
6. National Development Plan 11 Volume 1 April 2017 – March 2023. Vol. 1. 2017.
7. Abiiri GA, Mbera GB, De Allegri M. Gaps in universal health coverage in Malawi: A qualitative study in rural communities. BMC Health Serv Res. 2014;14(1).
8. Achoki T, Lesego A. The imperative for systems thinking to promote access to medicines, efficient delivery, and cost-effectiveness when implementing health financing reforms: a qualitative study. Int J Equity Health. 2017;16(1):1–14.
9. Amir Q, Frode F, Fergus M, Günter O, Sue P, Philip VDW. Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines. Ann Intern Med. 2012;7(156):525–31.
10. Billy T, Setlhare V, Nkomazana O. Developing the Botswana Primary Care Guideline : an integrated , symptom-based primary care guideline for the adult patient in a resource - limited setting. 2016;(August).
11. Emmanuel B, Batlang S. The role of civil society in the public policy-making process in Botswana. J public policy Africa. 2018;6(1).
12. Evidence G. HEALTH POLICY PROJECT / BOTSWANA.
13. Foster AA, Tulenko K, Broughton E. Monitoring and accountability platform for national governments and global partners In developing, implementing, and managing CHW programs. 2013;1–26. Available from: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/M_A_CHWs.pdf?ua=1
14. Hosseinpoor AR, Victora CG, Bergen N, Barros AJD, Boerma T. Towards universal health coverage: The role of within-country wealth-related inequality in 28 countries in sub-Saharan Africa. Bull World Health Organ. 2011;89(12):881–90.
15. Ministry of finance and economic development. BOTSWANA DOMESTICATED SDGs I NDI CATORS. 2017; Available from: http://www.statsbots.org/bw/sites/default/files/special_documents/Botswana_Domesticated_SDG%27s.pdf
16. Ministry of finance and economic development. BOTSWANA SDGs ROADMAP. 2017.
17. Ministry of Health and Wellness Botswana. Integrated Health Service Plan: A Strategy for Changing the Health Sector for Healthy Botswana 2010-2020. 2010.
18. Miseda MH, Were SO, Murianki CA, Mutuku MP, Mutwiwa SN. The implication of the shortage of health workforce specialist on universal health coverage in Kenya. Hum Resour Health. 2017;15(1):1–8.
19. Mogalakwe M, Sebudubudu D. TRENDS IN STATE-CIVIL SOCIETY RELATIONS IN BOTSWANA. 2018;(December 2006).
20. Nthomang, Keitseope, 2012; Basic Social Services and Poverty Reduction in Botswana, in Onalenna Selolwane, Poverty Reduction and Changing Policy Regimes in Botswana, PALGRAVE MACMILLAN 2012
21. Report B. World Health Organisation. 2017;
22. Report S. BOTSWANA DEMOGRAPHIC SURVEY REPORT 2017. 2017.
23. Roy T, Sekis M, James J. The status of health promotion in Botswana. J Public Health Africa. 2017;6(899):1–4.
24. Series WP. Claudia Baez-Camargo Accountability for better healthcare provision : A framework and guidelines to define understand and assess accountability in health systems Basel Institute on Governance. (10).
25. Umeh CA. Challenges toward achieving universal health coverage in Ghana, Kenya, Nigeria, and Tanzania. Int J Health Plann Manage. 2018;33(4):794–805.
26. UNICEF. BOTSWANA BUDGET BRIEF 2018. 2020.
27. Brinkerhoff, D. W. (2004) ‘Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance’, Health Policy and Planning, 19(6), pp. 371–379. doi: 10.1093/heapol/czh052.
28. Cali, J. and Avila, C. (2016) ‘Health Financing in Botswana: A Landscape Analysis’, (February).
29. Govt, Botswana. (2008) ‘Chapter 41:01 bogosi’, in.
30. Health Policy Project (2016) ‘Health Financing Profile - Botswana’, Health Policy Project, (May), pp. 39–40. Available at: http://www.healthpolicyproject.com/pubs/7887/Botswana_HFP.pdf.
31. Iyer, P. (2017) ESTIMATED RESOURCE NEEDS FOR KEY HEALTH INTERVENTIONS OFFERED UNDER BOTSWANA ’ S ESSENTIAL HEALTH SERVICES.
32. MOHW Botswana (2011) National Health Policy.
33. Seabo, B., Lekorwe, M. and Moseki, K. (2017) ‘Political Accountability In Botswana’s Liberal Democracy: A Critical Appraisal’, Advances in Social Sciences Research Journal, 4(17). doi: 10.14738/assrj.417.3619.
34. UHC2030 (2019) ‘Moving Together to Build a Healthier World: Key Asks from the UHC Movement UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage’, UHC230. Available at: https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/UHC_Key_Ask_fina.pdf.
35. UNDP (2010) ‘Social Accountability in a Changing Region - Actors and Mechanism’, pp. 11–24. Available at: https://www.shareweb.ch/site/DDLGN/Documents/Social_accountability_changing_region_Report_English_Gov_Week_Cairo_March_14.pdf.
36. kin, J. S., Birdsall, N., De, F. D. M., & W. B. (1987). Financing health services in developing countries: An agenda for reform. World Bank Journal.
37. Gwebu, T. D. (2013). Urbanization patterns and processes and their policy implications in Botswana. In Population and Housing Census 2011: Dissemination Seminar (Issue December).

ANNEXES:

OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

ERC POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITÉ GOUVERNEMENT ET PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT

La présente étude a été réalisée par le département de la planification des politiques et de la recherche du ministère de la Santé et du Bien-être avec le soutien d'Amref Health Africa pour le compte du projet La Collaborative Africaine pour les Solutions de Financement de la Santé (ACS). L'ACS est un projet quinquennal (2017-2022), soutenu par l'USAID, dont l'objectif principal est d'accélérer la mise en œuvre des politiques de financement de la santé qui soutiennent les efforts en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU) en Afrique subsaharienne. L'ACS offre un soutien technique, une facilitation et un accompagnement aux pays qui souhaitent avancer vers la couverture sanitaire universelle. Le projet est dirigé par Results for Development en partenariat avec le Duke Global Health Innovation Center, Feed the Children, Amref Health Africa et Synergos.

L'un des piliers de l'ACS est de renforcer la redevabilité afin que les solutions de financement de la santé pour la CSU soient conçues, mises en œuvre et suivies par un processus basé sur des preuves, transparent et accessible. L'ASC a formé la collaboration régionale d'apprentissage sur la redevabilité (ALC) dans le but de générer des preuves et de promouvoir l'apprentissage sur la redevabilité pour une action éclairée vers la CSU. L'exercice de cartographie est une première étape vers la collecte de données sur l'état de la redevabilité pour la couverture sanitaire universelle dans la région. L'exercice consistera à recenser les principales parties prenantes impliquées dans la redevabilité pour la couverture sanitaire universelle, les approches employées pour promouvoir la redevabilité en Afrique et les lacunes dans la capacité des acteurs à promouvoir la redevabilité autour de la couverture sanitaire universelle. Les conclusions de cet exercice de cartographie éclaireront les initiatives de renforcement des capacités à mener dans le but de renforcer la capacité des parties prenantes, en particulier les jeunes et les mouvements d'OSC, à promouvoir la redevabilité pour la CSU. L'étude permettra également de générer et de diffuser des connaissances afin de promouvoir l'apprentissage entre pairs et l'assimilation de l'apprentissage sur la redevabilité.

Collecte des données

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Cette interview contient une série de questions sur les processus qui stimulent la coopération locale entre les gouvernements nationaux et locaux, les prestataires de services de santé et les citoyens/utilisateurs de manière à soutenir et à améliorer la prestation des services de santé. Nous tenons à vous assurer que toutes les informations que vous fournirez au cours de cette interview seront traitées avec une stricte confidentialité. Nous estimons que nous prendrons environ une heure à cet entretien. Nous espérons avoir votre autorisation pour poursuivre cette interview.

1. Introduction
 - a. Nom et profession
 - b. Institution et rôle dans le secteur de la santé
2. Efforts autour de la CSU dans votre pays
 - a. La CSU est-elle une priorité au Botswana ?
 - b. Y a-t-il des tentatives d'élaboration de documents de politique et de sensibilisation pour donner une orientation à la réalisation de la CSU ?
 - c. Donnez des exemples dans la mesure du possible.
 - d. Y a-t-il des acquis jusqu'à présent ?
 - e. Pensez-vous que la redevabilité puisse jouer un rôle dans la réalisation de la CSU ?
3. Efforts de redevabilité auxquels vous participez pour la santé/la CSU - Planification et prévisions en matière de santé
 - a. Y a-t-il un lien entre la redevabilité et le travail que vous faites ?
 - b. Le Botswana met actuellement en œuvre le Plan de développement national 11. Dans quelle mesure le processus du plan de développement du PND 11 a-t-il été participatif ?
 - c. Comment les parties prenantes ont-elles été sensibilisées à leur rôle dans la mise en œuvre du plan ?
 - d. Quels mécanismes de redevabilité ont été mis en place pour assurer la réussite de la mise en œuvre du plan ? Qui ou quoi est visé par ces activités ?
 - e. Y a-t-il des outils ou des approches spécifiques qui sont utilisés pour promouvoir la redevabilité dans le secteur de la santé ? Exemples de réponses possibles : contrats de performance, audits de performance, sessions d'examen, enquêtes/rapports de satisfaction, cartes, chartes de service, garde-fou des OSC, etc.)
 - f. Quels sont les plateformes/réseaux d'engagement des parties prenantes qui existent pour renforcer les efforts de redevabilité ? et dans quelle mesure sont-ils inclusifs et représentatifs ?
 - g. Quelles sont les plateformes disponibles pour suivre la planification et la mise en œuvre du PND 11 ?
 - h. Dans quelle mesure la société civile est-elle impliquée pour assurer la redevabilité dans la prestation des services de santé ?
 - i. Y a-t-il des acteurs (bailleurs de fonds, partenaires, institutions académiques, etc.) qui travaillent avec votre bureau pour

- promouvoir la redevabilité dans la prestation de services de santé ? Si oui, citez-en quelques-uns
- j. À votre avis, dans quelle mesure ces efforts ont-ils été couronnés de succès ? Quels enseignements tirez-vous de la manière dont les efforts de redevabilité fonctionnent dans la pratique ?
4. Parlons des preuves que vous utilisez dans vos engagements en matière de la redevabilité pour l'amélioration de la santé
 - a. Comment et où obtenez-vous les preuves dont vous avez besoin pour la planification sanitaire ?
 - b. Comment l'information circule-t-elle dans le système de gestion des informations de santé? Quelle est la fiabilité des données du système ?
 - c. Existe-t-il un mécanisme de retour d'information aux niveaux périphérique et intermédiaire sur la qualité des preuves/ données partagées ?
 5. Efforts supplémentaires pour la redevabilité sanitaire / la CSU dans les milieux où vous êtes actifs
 - a. Que faut-il faire différemment pour accélérer la redevabilité en faveur de la couverture sanitaire universelle ?
 - b. Quel est le degré d'implication des: (1) jeunes (2) femmes (3) personnes en situation de handicap dans les processus de redevabilité ?
 - c. Faut-il faire davantage pour que ces groupes démographiques soient plus impliqués dans ces processus ? Veuillez expliquer les raisons de ce sentiment et ce que l'on peut faire..

ERC POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITÉ

MÉDIAS

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Cette interview contient une série de questions sur les processus qui stimulent la coopération locale entre les gouvernements nationaux et locaux, les prestataires de services de santé et les citoyens/utilisateurs de manière à soutenir et à améliorer la prestation des services de santé. Nous tenons à vous assurer que toutes les informations que vous fournirez au cours de cette interview seront traitées avec une stricte confidentialité. Nous estimons que nous prendrons environ une heure à cet entretien. Nous espérons avoir votre autorisation pour poursuivre cette interview.

1. Introduction
 - a. Noms, professions et rôle dans le secteur de la santé
 - b. Domaines d'intervention, adhésion, etc.
 - c. Institution - domaine d'activité (régional, national, local, etc.)
2. Efforts dans le cadre de la CSU dans votre pays
 - a. Avez-vous entendu parler de la couverture sanitaire universelle ? La CSU est-elle une priorité dans votre pays ? Avez-vous été sensibilisé à la CSU ?
 - b. Y a-t-il des acquis ? À votre avis, quel est le rôle de la redevabilité dans la réalisation de la CSU ?
 - c. L'assurance maladie a été identifiée comme l'une des interventions clés pour améliorer la protection sociale des citoyens pauvres et vulnérables. À votre avis, les médias ont-ils un rôle à jouer dans ce programme ?
 - d. Avez-vous été sensibilisé au programme ?
 - e. Contribuez-vous à l'élaboration de documents politiques afin de garantir que le rôle des médias soit inclus dans la politique de santé ? Si oui, comment ?
3. Efforts de redevabilité dans lesquels vous êtes impliqué(e)s pour la santé/la CSU
 - a. L'OMS a déclaré que la santé fait partie des droits de l'homme. Qu'est-ce que cela signifie pour vous ?
 - b. À votre avis, les citoyens sont-ils conscients de leur droit à la santé ? Pensez-vous que les médias ont un rôle à jouer dans l'amélioration de la sensibilisation des citoyens à leur droit à la santé ?
 - c. Comment les médias se renseignent-ils sur les questions et les priorités de santé dans le pays ?
 - d. Existe-t-il des efforts délibérés pour sensibiliser les professionnels des médias aux stratégies et priorités en matière de santé ?
 - e. Existe-t-il des plateformes permettant aux médias de contribuer au programme de santé du pays ?
 - f. À votre avis, les médias ont-ils un rôle à jouer pour influencer les priorités de santé dans le pays ?
 - g. À votre avis, dans quelle mesure la population générale est-elle renseignée sur les questions de santé ?
 - h. La population générale est-elle consciente de ses rôles et responsabilités en ce qui concerne l'accès à des soins de santé de qualité ?
 - i. Selon vous, que signifie la redevabilité dans la prestation des services de santé ?
 - j. Les médias font-ils des efforts pour promouvoir la redevabilité dans le domaine de la santé ? Pourriez-vous décrire brièvement les activités de redevabilité auxquelles vous participez ? (exemples de réponses possibles - émissions de radio et de télévision mettant en avant des questions de santé, campagnes anti-corruption menées par des citoyens/OSC/jeunes, contribution à des documents de politique, etc.)
 - k. Quel est l'objectif de ces activités ?
 - l. Depuis combien de temps ces activités sont-elles menées ?
 - m. Existe-t-il des preuves documentées de l'existence de ces activités ? Pouvez-vous nous y référer ?
 - n. Le cas échéant, quels sont les plateformes/réseaux d'engagement qui existent pour renforcer vos efforts de redevabilité ? et dans quelle mesure sont-ils inclusifs et représentatifs ?
 - o. Y a-t-il des outils ou des approches spécifiques utilisés par les médias pour promouvoir la redevabilité ?
 - p. À votre avis, dans quelle mesure ces efforts ont-ils été couronnés de succès ? Quels enseignements tirez-vous de la façon dont les efforts de redevabilité fonctionnent dans la pratique ?
 - q. Avez-vous des engagements de collaboration avec d'autres acteurs pour plaider en faveur d'une meilleure redevabilité en matière de santé / de couverture sanitaire universelle ?
 - r. À quels niveaux du système de santé ou du domaine politique ces collaborations sont-elles les plus importantes ? Comment cela s'explique-t-il ?
 - s. Comment peut-on vous aider à vous engager dans la redevabilité en matière de santé pour améliorer la qualité générale des services de santé ??
4. Parlons des données probantes que vous utilisez dans vos engagements en lien avec la redevabilité pour l'amélioration de la santé ?
 - a. Comment et où obtenez-vous les preuves dont vous avez besoin pour faire campagne en faveur de la santé ?
 - b. Quelle est la crédibilité de ces preuves ? Veuillez expliquer brièvement les raisons qui vous poussent à le dire.
 - c. Est-il facile pour vous d'obtenir les preuves que vous utilisez ?
 - d. Comment traitez-vous et utilisez-vous les éléments de preuve ?
 - e. Pensez-vous que la collecte et la présentation de preuves sont nécessaires pour le programme de la redevabilité ?
5. Efforts supplémentaires pour la redevabilité sanitaire/pour la CSU dans les milieux où vous êtes actifs
 - a. Selon votre propre évaluation, quelle est l'efficacité des processus, approches et stratégies actuels ?
 - b. Selon votre propre évaluation, quelle est l'efficacité des processus, approches et stratégies actuels ?
 - c. Que faut-il faire différemment pour accélérer le processus de redevabilité en faveur de la couverture sanitaire universelle ?
 - d. Quelle est la participation: (1) des jeunes (2) des femmes (3) des personnes en situation de handicap dans les processus de redevabilité ?

- e. Faut-il faire davantage pour que ces groupes démographiques soient plus impliqués dans ces processus ? Veuillez expliquer les raisons de ce sentiment et ce que l'on peut faire?

GROUPE DE DISCUSSION POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITÉ **OSC, GROUPES ET RÉSEAUX DE JEUNES ET DE FEMMES, ETC.**

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude. Cette interview contient une série de questions sur les processus qui stimulent la coopération locale entre les gouvernements nationaux et locaux, les prestataires de services de santé et les citoyens/utilisateurs de manière à soutenir et à améliorer la prestation des services de santé. Nous tenons à vous assurer que toutes les informations que vous fournirez au cours de cette interview seront traitées avec une stricte confidentialité. Nous estimons que nous prendrons environ une heure à cet entretien. Nous espérons avoir votre autorisation pour poursuivre cette interview.

1. Introduction
 - a. Nom de l'ONG, adresse, domaines d'intervention, nombre d'adhérents, etc.
 - i. Structure
 - b. Quel est le rôle des ONG dans le secteur de la santé ? Examinez leur rôle en matière de redevabilité
 - c. Comment tous les membres de l'ONG sont-ils 1) identifiés 2) sensibilisés à leur rôle en tant qu'adhérents aux ONG ?
2. Efforts dans le cadre de la CSU dans votre pays
 - a. Avez-vous entendu parler de la couverture sanitaire universelle ? Si oui La CSU est-elle une priorité dans votre pays ?
 - b. Avez-vous été sensibilisé(e)(s) à la CSU ? Oui
 - c. Y a-t-il des acquis ? A votre avis, quel est le rôle de la redevabilité dans la réalisation de la CSU ?
3. Efforts de redevabilité dans lesquels vous êtes impliqué(e)(s) pour la santé/la CSU
 - a. Y a-t-il des éléments de redevabilité dans le travail que vous faites ?
 - b. Pouvez-vous décrire brièvement les activités de redevabilité dans lesquelles vous êtes impliqué(e)(s) ? (exemples de réponses possibles - Campagnes de lutte contre la corruption menées par les citoyens/OSC/jeunes, documents politiques, auto surveillance, codes de conduite, contrats de performance, audits de performance, contrôle parlementaire, etc.)
 - c. Existe-t-il des preuves documentées de l'existence de ces activités ? Pouvez-vous nous y référer ?
 - d. Où obtenez-vous les informations ou les preuves pour vous engager dans les efforts de redevabilité ? Sont-elles fiables ?
 - e. Quels sont les plateformes/réseaux d'engagement qui existent pour renforcer vos efforts de redevabilité ? Et dans quelle mesure sont-ils inclusifs et représentatifs ?
 - f. Y a-t-il des outils ou des approches spécifiques qui sont utilisés pour promouvoir la redevabilité ? Exemples de réponses possibles - Enquêtes/rapports de satisfaction, cartes, chartes de services, garde-fou des OSC, etc.)
 - g. Selon vous, dans quelle mesure ces efforts ont-ils été couronnés de succès ? Quels enseignements tirez-vous de la façon dont les efforts de redevabilité fonctionnent dans la pratique ?
 - h. Avez-vous des engagements de collaboration avec d'autres acteurs pour plaider en faveur d'une meilleure redevabilité en matière de santé / de couverture sanitaire universelle ?
 - i. Comment peut-on vous appuyer pour vous engager dans la redevabilité en matière de santé afin d'améliorer la qualité générale des services de santé ?
4. Efforts supplémentaires pour la redevabilité sanitaire/pour la CSU dans les milieux où vous êtes actifs
 - a. Que faut-il faire différemment pour accélérer le processus de redevabilité en faveur de la couverture sanitaire universelle ?
 - b. Quelle est la participation: (1) des jeunes (2) des femmes (3) des personnes en situation de handicap dans les processus de redevabilité ?
 - c. Faut-il faire davantage pour que ces groupes démographiques soient plus impliqués dans ces processus ? Veuillez expliquer les raisons de ce sentiment et ce que l'on peut faire

