



AFRICAN COLLABORATIVE
FOR HEALTH FINANCING
SOLUTIONS

Vers un dialogue politique et une prise de décision en matière de CSU fondés sur des données probantes

Application du forum d'intégration des données probantes au Bénin

January 2022

Hashim Hounpkatin, Kefilath Bello, Luc Kouwanou



Ce rapport est rendu possible par le soutien du peuple américain à travers l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Le contenu de ce rapport relève de la seule responsabilité de Results for Development, Duke, Feed the Children, Amref, Synergos, RAME, RESADE, CERRHUD et UHF et ne reflète pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du gouvernement des Etats-Unis.

Table des matières

Table des matières	2
Abréviations	3
Contexte	4
Méthodologie	4
Objectifs	5
L'approche FID	5
Détermination des besoins en connaissances	5
Production des données probantes	6
Contextualisation	6
Formatage des connaissances	6
Réalisations	6
Premier cycle	6
Deuxième cycle	7
Enseignements tirés	7
Conclusion	8
Recommandations	9
Bibliographie	10

Abréviations

ACS	Collaboratif africain pour des solutions de financement de la santé
AM-ARCH	Assurance Maladie de l'ARCH, composante assurance maladie du projet pour le renforcement du capital humain
ARCH	Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
CC	Cadre de Concertation
CERRHUD	Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie
CSU	Couverture sanitaire universelle
FID	Forum d'intégration des données probantes

Contexte

Le dialogue politique inclusif et efficace en matière de couverture sanitaire universelle (CSU) est un processus itératif qui associe les aspects techniques et politiques, introduit des données probantes et implique la tenue de débats politiques épineux auxquels participent un large éventail de parties prenantes [1]. Il est amplement prouvé que le dialogue politique inclusif et efficace est essentiel pour avancer vers la CSU car il favorise une meilleure coordination des parties prenantes, réduit la fragmentation des efforts, et améliore la réceptivité aux besoins des citoyens ainsi que leur participation [2]. Pourtant, malgré leur engagement, les parties prenantes nationales et les acteurs du développement rencontrent de nombreux obstacles lorsqu'ils tentent d'engager des dialogues politiques effectifs et durables [2,3]. L'un des obstacles les plus souvent cités (au même plan que la faiblesse de l'inclusivité et du leadership) est le fait que le dialogue politique ne repose pas toujours sur des données factuelles [3]. Ceci peut se traduire par un déséquilibre de pouvoir [4], des tensions entre des idées et idéologies divergentes, et des processus décisionnels qui favorisent certains sous-groupes de parties prenantes [2,5,6].

Les forums de dialogue créés pour promouvoir ce genre de concertation politique en Afrique n'échappent pas à ce problème. Étant donné qu'ils regroupent des parties prenantes d'horizons, de niveaux d'accès aux connaissances, d'intérêts et de niveaux d'influence différents, il est parfois difficile de maintenir tout le monde sur le même cap et de les faire avancer de façon productive dans le temps. Les prises de position contradictoires et les débats engendrés par la diversité au sein du forum, ne peuvent être positifs et constructifs que si le consensus est basé sur des données factuelles et non pas sur l'influence. Cela n'est malheureusement pas toujours le cas. Les raisons citées du manque d'intégration des données probantes au dialogue politique portent sur le style autoritaire des organisateurs des dialogues en question [4], la facilitation est peu efficace [2,7] et le manque de données pertinentes pour bien orienter le dialogue [8,9].

Pour remédier à ces lacunes, le collaboratif africain pour des solutions de financement de la santé (ACS) a testé la technique du Forum d'intégration des données probantes (FID) en soutien au Cadre de concertation du Bénin (CC) pour l'assurance maladie qui rassemble des techniciens des ministères de tutelle, des gestionnaires de district sanitaire, des prestataires, des représentants du secteur privé, et des acteurs de la société civile aux niveaux national, infranational et des districts, en appui à la réforme de l'assurance maladie. D'après les parties prenantes du CC, il y avait plusieurs questions ou besoins qui ressortaient régulièrement des discussions mais qui ne trouvaient pas de réponses claires. Ceci entravait l'avancement des discussions et limitait la qualité du processus décisionnel. La technique FID fut donc introduite pour mieux appréhender les besoins en connaissances du CC, trouver des données pertinentes et adaptées au contexte pour répondre aux besoins identifiés et utiliser ces données probantes dans le processus décisionnel.

Le présent rapport décrit le concept du FID, présente les résultats issus de son application au Bénin (d'avril à novembre 2021), et tire des enseignements pour la marche à suivre.

Méthodologie

Le CC du Bénin fut sélectionné comme étude de cas pour l'approche FID. En se basant sur l'évaluation des besoins des parties prenantes du Cadre, les expériences des dialogues tenus depuis le mois de février 2020 et les observations issues d'entretiens informels avec les informateurs clés, ACS Bénin et le Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD) ont conçu et mis en œuvre conjointement the FID et l'ont présenté aux parties prenantes en Avril 2021.

Objectifs

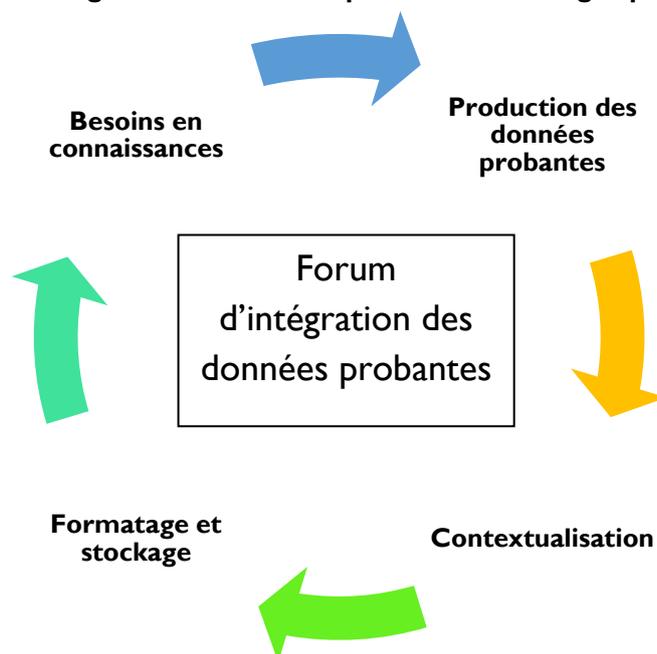
L'objectif global du FID visait à promouvoir l'utilisation des données probantes dans les processus décisionnels au sein du cadre de concertation du Bénin. Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Valoriser les expériences, suggestions et même les questions des parties prenantes du CC
- Habilitier les parties prenantes du CC à chercher les données pertinentes et contextuelles tout au long du dialogue politique et de la prise de décisions
- Encourager l'apprentissage entre pairs
- Promouvoir l'utilisation de l'approche par les membres du CC dans d'autres espaces multipartites

L'approche FID

L'approche FID compte quatre étapes représentées par la figure 1 :

Figure 1 : Processus d'intégration des données probantes au dialogue politique



Détermination des besoins en connaissances

Des personnes se sont portées volontaires pour la prise de note lors des réunions du cadre. Elles se sont engagées à suivre attentivement les conversations et ne participaient pas activement aux discussions mais plutôt notaient toutes les questions non résolues qui en ressortaient telles que les épreuves, frustrations, opinions divergentes quant à la meilleure façon de résoudre un problème, ou lorsqu'aucune des parties prenantes n'avait de solutions à suggérer. À la fin des discussions, les preneurs de notes volontaires se consultaient pour proposer une liste consolidée de besoins en connaissances en se basant sur leurs notes cumulées. La liste était présentée aux participants qui pouvaient modifier leurs propositions ou rajouter des questions manquantes le cas échéant. La liste finale issue de ce processus était retenue comme liste des besoins de connaissances convenus pour la réunion du CC, lesquels étaient inclus au procès-verbal général de la réunion.

Production des données probantes

A partir de la liste des besoins identifiés, les membres du CC choisissaient une question prioritaire au cours de leur discussion sur un groupe WhatsApp. Deux à trois personnes se sont portées volontaires pour former un groupe de travail afin de faire la lumière sur les besoins en connaissances identifiés et essayer d'y trouver des réponses. Elles étaient accompagnées par des chercheurs du CERRHUD et d'ACS dans le but non seulement de produire des données probantes fiables, mais également d'apprendre à travailler indépendamment. La participation au groupe de travail était faite sur une base tournante d'un cycle à l'autre alors que les coachs du CERRHUD et d'ACS restaient les mêmes.

Contextualisation

Les conclusions étaient présentées aux participants lors de la réunion suivante du CC. Les débats subséquents étaient donc fondés sur des conclusions tirées des données probantes. Les parties prenantes étaient plus à l'aise car elles pouvaient construire ou justifier leurs interventions grâce aux données factuelles concernant le thème abordé. Parce que les données probantes et les conclusions étaient pertinentes pour le contexte local, les membres du CC les trouvaient plus convaincantes pour orienter le dialogue et le processus décisionnel.

Formatage des connaissances

Le groupe de travail réalisait des produits de connaissance qui était présenté dans des formats différents qui variaient du simple rapport à une synthèse des données probantes issue d'une revue de littérature.

Réalisations

Premier cycle

L'approche d'intégration des preuves au dialogue politique fût présentée la première fois au Cadre de concertation lors de sa réunion d'avril 2021. L'un des experts s'est porté volontaire pour la prise de note lors du premier cycle : il s'agit d'un prestataire de soins d'un site pilote de la composante Assurance Maladie de l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain AM-ARCH. Ce dernier a été accompagné par deux chercheurs du CERRHUD. Les trois membres de cette équipe ont suivi les discussions et identifié les questions et les besoins non résolus. Ils ont recensé 13 thèmes non résolus après la mise en commun de leurs notes à la fin de la session :

1. Comment le soutien technique et les outils de communication peuvent-ils favoriser l'utilisation des services de l'AM-ARCH ?
2. Comment mieux communiquer sur le contenu des prestations de l'AM-ARCH ?
3. Comment se fait-il que la liste des personnes vulnérables éligibles à l'AM-ARCH ne soit pas publique ?
4. Convendrait-il de mettre en place un système complémentaire de recensement des bénéficiaires (pauvres et extrêmement pauvres) à des fins de justice sociale ?
5. Quelles sont les stratégies pour assurer la redevabilité des personnes responsables de la mise en œuvre des recommandations issues des réunions du CC ?
6. Pourquoi les résultats de l'évaluation de la phase pilote du projet AM-ARCH ne sont-ils pas mis à la disposition des parties prenantes pour validation ?
7. Comment et où lever des fonds pour la mobilisation sociale ?
8. A quelle fréquence la base de données des bénéficiaires doit-elle être mise à jour ?
9. Comment réduire les délais de remboursement des formations sanitaires ?
- 10. Quelles sont les causes du faible taux d'utilisation des services par la population ?**
11. Comment construire des partenariats solides autour de l'AM-ARCH (mairies, mutuelles, districts de santé pilotes, privé / organisations confessionnelles) ?
12. Quelles leçons de la phase pilote soutiennent l'intensification de l'initiative ?
13. Quel est le rôle du système de gestion des plaintes dans le processus global ?

ACS a facilité une discussion entre les membres du CC membres sur le groupe WhatsApp pour identifier les questions prioritaires à résoudre. Ils ont sélectionné la question no. 10 « Quelles sont les causes du faible taux d'utilisation des services par la population ? ».

Afin de répondre à cette question, le groupe de travail s'est entretenu avec des informateurs clés dans tous les sites pilotes. De plus, l'équipe locale d'ACS a tiré parti de son soutien aux acteurs de terrain responsables de la mise en œuvre de l'initiative AM-ARCH pour recueillir les impressions des gestionnaires d'hôpitaux, de centres de promotion sociale et des bénéficiaires peu enclins à utiliser les services dans les sites pilotes. Un [rapport](#) contenant les principales conclusions fût présenté aux membres du CC lors de la réunion du mois de juillet. Le débat généré par les observations de première main émanant du terrain a suscité une discussion animée et riche.

Deuxième cycle

Le deuxième cycle a débuté à la réunion du cadre de concertation de juillet 2021 dont les travaux ont commencé par une brève séance de rappel de l'approche FID. Deux experts se sont proposés pour la prise de note : un représentant de la société civile en provenance d'une organisation pour personnes âgées, et un prestataire. Une troisième personne, un chercheur du CERRHUD, les a accompagnés dans cette tâche. Les volontaires ont suivi les discussions, mis en commun leurs notes et identifié 5 thèmes non résolus :

1. Quelles sont les causes des retards enregistrés dans le remboursement des formations sanitaires, et quelles seraient les solutions éventuelles ?
2. L'étiquette "extrême pauvre" influence-t-elle la demande de soins de santé ?
3. Quelle est la meilleure façon d'actualiser les bénéficiaires ciblés par l'AM-ARCH ?
4. **Comment un partenariat public-privé peut-il fonctionner pour la mise en œuvre de l'AM-ARCH ?**
5. Comment combler l'écart entre les coûts de production des centres de santé privés et les coûts minimum remboursés par l'AM-ARCH ?

A la suite à une discussion, les membres du cadre ont choisi la question 4 « Comment un partenariat public-privé peut-il fonctionner pour la mise en œuvre de l'AM-ARCH ? »

Une possibilité de réponses a été entrevue lorsque le Président de la plateforme de santé privée du Bénin a demandé au responsable d'ACS-Bénin d'organiser une session d'information lors de leur prochain forum annuel, sur la meilleure façon d'inclure le secteur privé dans la dynamique AM-ARCH. La session fut organisée dans le cadre de la [Semaine Santé Bénin](#) conduite par la plateforme sous le coparrainage du Ministère de la santé et du Ministère des affaires sociales et du microfinancement, avec la participation d'une gamme variée de parties prenantes. Le résultat attendu était une synthèse des connaissances sur les mécanismes de collaboration avec le secteur privé et les différents niveaux de leur intégration dans les dispositifs d'assurance maladie dans le contexte africain. Le résultat correspondait à la question prioritaire qui émergea lors du second cycle du FID. Les équipes du CERRHUD et d'ACS-Bénin se sont associées pour mener une revue de littérature afin de répondre à cette demande. Le rapport est disponible [ici](#).

Enseignements tirés

Après deux cycles d'intégration des données probantes au sein du CC Bénin, plusieurs enseignements ont fait surface :

- L'approche FID offre la possibilité d'extraire et de documenter systématiquement les questions non résolues et en suspens, sans pour autant interrompre le flux des discussions, grâce à la façon discrète dont les observateurs consignent les thèmes non résolus. Toutes les préoccupations étaient incorporées dans le compte-rendu de sessions ainsi que la liste de problèmes non résolus. Les participants avaient l'impression d'avoir été entendus lors des sessions du CC et pendant le processus de priorisation.
- Lorsque l'approche FID est bien communiquée aux participants avant d'être employée, ils sont plus enclins à participer activement à son application.
- Dans son format actuel, le FID ne peut pas répondre à toutes les questions. Nous conseillons de prioriser une par cycle. Il pourrait être utile de réfléchir à des stratégies permettant de répondre à un plus grand nombre de questions sans perdre le niveau de détail accordé à chacune. Les hubs CSU africains pourraient jouer un rôle important en soutenant durablement les plateformes de dialogue politique comme le CC.
- Le processus de priorisation des questions n'est pas encore bien codifié bien que les parties prenantes participent au choix de la question prioritaire à résoudre.
- Bien qu'ils étaient enthousiastes pendant les réunions, les membres du groupe de travail consacraient moins de temps et d'engagement à la production effective des données après les réunions du CC au cours desquelles ils bénéficiaient de l'encadrement des chercheurs. La majeure partie du travail était effectuée par les équipes d'ACS et/ou du CERRHUD, ce qui signifie que le transfert de compétences prévu pour la production de données probantes n'a quasiment pas été réalisé.

Conclusion

Pour que les plateformes de dialogue politique soient inclusives et efficaces, elles requièrent des approches de facilitation qui encouragent et valorisent les contributions des parties prenantes. L'approche FID testée au Bénin combine l'évaluation continue des besoins et la capacitation des utilisateurs pour adopter des stratégies et données probantes répondant à leurs besoins. Cependant, un soutien supplémentaire est encore nécessaire pour garantir que les homologues nationaux du Bénin puissent procéder de manière autonome à l'intégration de données probantes dans leur dialogue politique.

Recommandations

Les recommandations suivantes s'adressent aux responsables de cycles futurs du FID et aux organisations intéressées par l'approche :

- Il serait utile de trouver un nom "accrocheur" pour l'approche afin d'encourager son adoption et son utilisation.
- Un groupe de travail technique permanent doit être mis en place pour traiter les questions brûlantes en suspens, avec le soutien des parties prenantes qui ont déjà participé à un cycle du FID. Il sera important de fournir des incitations aux parties prenantes et au groupe de travail technique à prendre part aux cycles. Une autre stratégie pour traiter les questions restantes consiste à lier l'approche FID à l'agenda d'apprentissage du pays.
- Il pourrait être utile d'établir des critères pour la sélection des membres du groupe de travail afin d'inclure systématiquement certains types de profils à des fins de représentativité.
- Un formulaire est requis pour la priorisation des questions par les participants. Des critères de priorisation doivent être élaborés et approuvés par les parties prenantes, en tenant compte par exemple de la fréquence, de l'importance, du coût, du temps, des avantages potentiels, de la facilité de mise en œuvre, de la faisabilité, etc. Une matrice de priorisation serait utile pour guider les votes et la sélection des questions.
- Une plateforme de gestion de connaissances conviviale ou répertoire partagé est nécessaire pour faciliter l'accès aux données probantes et à la documentation concernant les questions déjà résolues.

Bibliographie

1. Rajan D, Adam T, El Hussein D, Porignon D, Ghaffar A, Schmets G. Policy dialogue : What it is and how it can contribute to. 2015.
2. Nabyonga-orem J, Dovlo D, Kwamie A, Nadege A, Guangya W. Policy dialogue to improve health outcomes in low income countries : what are the issues and way forward ? BMC Health Serv Res [Internet]. 2016;16(Suppl 4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1450-2>
3. Dovlo D, Monono ME, Elongo T, Nabyonga-orem J. Health policy dialogue : experiences from Africa. BMC Health Serv Res [Internet]. 2016;16(Suppl 4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1447-x>
4. Nabyonga-orem J, Ousman K, Estrelli Y, Rene AKM, Yakouba Z. Perspectives on health policy dialogue : definition , perceived importance and coordination. BMC Health Serv Res [Internet]. 2016;16(Suppl 4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1451-1>
5. Mwisongo A, Nabyonga-Orem J, Yao T, Dovlo D. The role of power in health policy dialogues: lessons from African countries. BMC Health Serv Res. 2016;16(4):337–46.
6. Atim C, Koduah A. How and why do countries make Universal Health Care policies ? Interplay of country and global factors. 2021;11:1–12.
7. Makadzange K, Radebe Z, Maseko N, Lukhele V. Implementation of Urban Health Equity Assessment and Response Tool : a Case of Matsapha , Swaziland. 2020;
8. Edwards A, Zweigenthal V, Olivier J. Evidence map of knowledge translation strategies, outcomes, facilitators and barriers in African health systems. Heal Res policy Syst. 2019 Feb;17(1):16.
9. Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. BMC Heal Serv Res 2014 141 [Internet]. 2014 Jan 3 [cited 2021 Sep 23];14(1):1–12. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-2>