



ÉTUDE DE L'ÉTAT DES LIEUX DE LA REDEVABILITÉ DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE (CSU) AU BÉNIN

SEPTEMBRE 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

LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
RÉSUMÉ	6
CHAPITRE 1 : METHODOLOGIE	8
Introduction	8
A propos de l'exercice de cartographie des initiatives de redevabilité	8
Conception, portée et limites de l'étude	9
CHAPITRE 2 : REDEVABILITE POUR LA CSU DANS LE SYSTEME DE SANTE DU BENIN	10
Structure et organisation du secteur de la santé au Bénin	10
Progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) au Bénin	11
Historique des efforts de redevabilité dans le secteur de la santé au Bénin	12
CHAPITRE 3 : RESULTATS DE LA CARTOGRAPHIE	14
Acteurs and leur role dans la redevabilité	14
Approches et outils de redevabilité	16
Revue de littérature complémentaire	18
CHAPITRE 4 : RECOMMANDATIONS POUR LE RENFORCEMENT DE LA REDEVABILITE	19
Leçons et opportunités pour le renforcement de la redevabilité des CHU au Bénin	19
Conclusion	20
ANNEXES: OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES	21
INTERVIEW DES INFORMATEURS CLES POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITE OSC, groupes et réseaux de jeunes et de femmes, etc.	21
INTERVIEW DES INFORMATEURS CLES POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITE Prestataires de services de santé	22
INTERVIEW DES INFORMATEURS CLES POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITE Médias	23
INTERVIEW DES INFORMATEURS CLES POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITE Participation du secteur privé	25
INTERVIEW DES INFORMATEURS CLES POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITE Anam	26
INTERVIEW DES INFORMATEURS CLES POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITE Direction de la Planification et de la Prospective	28

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACS	Collaboration africaine pour des solutions de financement de la santé
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
ARCH	Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
ASS	Afrique subsaharienne
CAR	Collaboratif d'apprentissage sur la redevabilité
CSU	Couverture sanitaire universelle
CTB	Agence belge de développement (CTB)
COGECS	Comité de Gestion du Centre de Santé
EAIC	Entretiens approfondi avec des informateurs clés
FBR	Financement basé sur les résultats
OSC	Organisations de la société civile
DDS	Direction Départementale de la Santé
MdS	Ministère de la Santé
MNT	Maladies non transmissibles
OC	Organisations confessionnelles
ODD	Objectifs de développement durable
ONG	Organisations non gouvernementales
OMS	Organisation mondiale de la santé
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise du SIDA
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

RÉSUMÉ

La redevabilité est un large concept pour lequel il n'existe pas de définition consensuelle parmi les acteurs travaillant sur ce sujet. La Collaborative Africaine pour des Solutions de financement de la Santé (ACS) a adopté une définition de la Banque mondiale (2004) qui stipule que la redevabilité est "l'obligation des personnes qui ont le pouvoir de rendre compte, ou d'assumer la responsabilité de leurs actions". Elle a été reconnue comme un élément essentiel, non seulement de la gouvernance démocratique, mais de tous les aspects du développement humain, car elle contribue à garantir la prise en compte des intérêts des groupes les plus pauvres et les plus marginalisés de la société. Ce document est le résultat d'une cartographie réalisée sur l'état des lieux de la redevabilité pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au Bénin. L'étude a été réalisée par ACS, un projet de cinq ans (2017-2022) soutenu par l'USAID, dont l'objectif principal est de faire progresser la mise en œuvre des politiques de financement de la santé soutenant les efforts des pays d'Afrique subsaharienne (ASS) dans leur cheminement vers la couverture sanitaire universelle. L'étude a été menée dans le but de produire des données probantes sur les principaux acteurs de la redevabilité, les approches, les outils et les processus de redevabilité et les opportunités de renforcement de la redevabilité dans la région. Les résultats de l'étude seront utilisés pour promouvoir l'apprentissage sur la redevabilité pour une action éclairée en faveur de la CSU dans toute la région. Les conclusions et recommandations présentées sont basées sur une revue de littérature approfondie des documents pertinents et la collecte de données primaires par le biais d'entretiens avec les principaux acteurs de la redevabilité au Bénin.

Dans l'ensemble, divers acteurs participent aux efforts de redevabilité dans le secteur de la santé au Bénin. Les acteurs identifiés dans le cadre de cette étude comprennent :

1. les membres des Comités de Gestion du Centre de Santé (COGECS) qui sont des personnes de confiance représentant leur communauté
2. les prestataires de services au niveau des établissements de santé
3. les gouvernants locaux tels que les maires
4. les travailleurs sociaux
5. les membres de la communauté y compris les jeunes et les personnes vivant avec un handicap
6. les mutuelles de santé. Ces acteurs ont utilisé diverses approches de redevabilité telles que des lignes d'assistance téléphonique, des audiences publiques, des boîtes à suggestions et à plaintes ainsi que des processus participatifs de formulation des politiques.

Il existe au Bénin une volonté politique renouvelée de réaliser la CSU par le déploiement du programme de protection sociale dénommée Assurance pour le Renforcement du Capital Humain ARCH. La mise à profit de cet engagement pour créer un "espace" de redevabilité garantirait l'efficacité du déploiement du programme phare de réforme du financement de la santé pour la CSU au Bénin. Les recommandations formulées pour renforcer la redevabilité en se basant sur les résultats de l'étude sont notamment les suivantes :

1. **Sensibiliser les responsables sanitaires** au niveau national, zonal et communal ainsi que les prestataires de soins sur le rôle de la redevabilité sociale dans l'amélioration de l'état de santé au regard du soutien actuel pour la CSU au Bénin visant les pauvres et les très pauvres, une cohorte unique qui nécessite des solutions uniques pour participer pleinement aux efforts de redevabilité.
2. **Améliorer le fonctionnement des comités de santé** au niveau des zones (district sanitaire) et communes ainsi que des centres de santé (COGECS) qui constituent le lien entre les communautés et le système de santé formel. Ceci serait en partie réalisé par le déploiement du "*Manuel de procédures de mise en place et de fonctionnement des organes de gestion*" qui contient lesdites procédures pour les comités de gestion de la santé. Ces comités sont essentiels pour assurer la redevabilité de performance dans la prestation des services de santé.
3. **Renforcer les capacités des COGECS** ainsi que les organisations de la société civile qui sont un lien de confiance entre la communauté et le système de santé formel au Bénin. Ils représentent la meilleure opportunité de promouvoir la redevabilité et l'engagement communautaire, en particulier en encourageant la sensibilisation des citoyens et la participation de la communauté aux efforts de redevabilité. La motivation des membres du COGECS par des incitations permettrait de maintenir leur engagement envers la cause. Actuellement, la capacité institutionnelle et l'opportunité offertes par les COGECS pour renforcer la redevabilité ne sont pas encore pleinement exploitées.
4. **Exploiter pleinement les outils de redevabilité disponibles**, par exemple le service d'assistance téléphonique, la radio, pour renforcer la redevabilité. L'utilisation du service d'assistance téléphonique a été très faible, principalement à cause d'une mauvaise stratégie de déploiement contrariée par le manque de capacité à utiliser l'interface en raison des faibles niveaux d'alphabétisation. Il est donc recommandé que le gouvernement sensibilise les citoyens au service d'assistance téléphonique ou mette à leur disposition des espaces publics où ils peuvent s'adresser directement aux mandataires ou à travers leur intermédiaire pour obtenir une forte redevabilité au sein du système de santé.
5. **Engagement des médias**: Les radios communautaires sont un canal privilégié pour la participation citoyenne en matière de redevabilité, étant donné leur grande disponibilité et leur capacité à utiliser les langues locales pour engager les membres de la communauté. Les journalistes travaillant dans les stations de radio communautaires devraient être soutenus pour aller bien au-delà de l'éducation à la santé et promouvoir la transparence et la redevabilité dans leurs programmes. Pour que les citoyens puissent faire part de leurs préoccupations, ils ont besoin non seulement d'informations sur leurs droits, mais aussi d'une "interface" accessible où ils peuvent dialoguer avec les mandataires.
6. Il est essentiel que **le programme ARCH s'appuie sur les enseignements tirés des modèles** existants, tels que le financement basé sur les résultats FBR et la mutuelle communautaire, afin de raccourcir la courbe d'apprentissage et améliorer l'efficacité de l'ensemble du projet.
7. Le travail collectif à travers **un engagement des parties prenantes dans les plateformes de dialogue** tout en incluant les cohortes souvent laissées de côté telles que les jeunes, les femmes et les personnes handicapées pendant la conception et la mise en œuvre du programme ARCH accélérera le cheminement du pays vers la CSU.

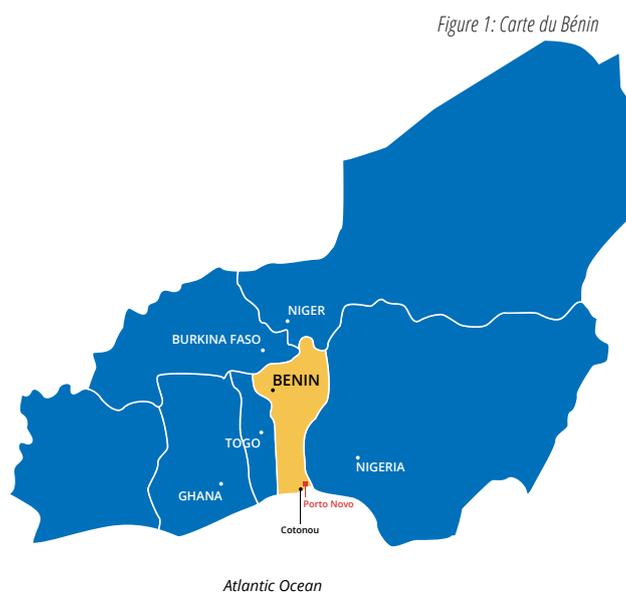
CHAPITRE 1:

METHODOLOGIE

INTRODUCTION

Le Bénin est un petit pays géographiquement (114.763 kilomètres carrés), niché entre le Nigeria, le Niger, le Burkina Faso et le Togo sur la côte Ouest Africaine (voir figure 1). La Banque Mondiale estime la population totale du Bénin à 11.485.098 habitants en 2018. Il a obtenu son indépendance de la France en 1960 et comprend une multitude de groupes ethniques et linguistiques¹.

Ce document est le résultat d'un exercice de cartographie mené sur l'état des lieux de la redevabilité pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au Bénin. Il est basé sur une revue de littérature des documents pertinents et sur des entretiens avec des informateurs clés sur le terrain, ainsi que sur une enquête quantitative. Le rapport présente un résumé des résultats de l'exercice de cartographie en mettant l'accent sur les acteurs, les approches et les outils de redevabilité, ainsi que des recommandations sur la manière dont le pays peut accélérer la marche vers la CSU grâce à de solides mécanismes de redevabilité.



L'exercice de cartographie a été conduit par la Collaborative Africaine pour des Solutions de Financement de la Santé (ACS). ACS est un projet de cinq ans (2017-2022), soutenu par l'USAID, dont l'objectif principal est de faire progresser la mise en œuvre des politiques de financement de la santé soutenant les efforts des pays d'Afrique subsaharienne (ASS) dans leur marche vers la CSU. Mené par Results for Development en partenariat avec le Duke Global Health Innovation Center, Feed the Children, Amref Health Africa et Synergos, ACS offre le soutien technique, la facilitation et l'encadrement dont les pays ont besoin pour progresser vers la CSU.

A PROPOS DE L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DES INITIATIVES DE REDEVABILITÉ

L'un des piliers d'ACS consiste à 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 éclairé par des données probantes, transparent et accessible. ACS a créé une collaborative d'apprentissage sur la redevabilité (CAR) dans le but de produire des preuves et promouvoir l'apprentissage sur la redevabilité pour des actions éclairées vers la CSU en Afrique. Cet exercice de cartographie sur la redevabilité a été mené comme une première étape vers la détermination du statut de la redevabilité au Bénin, tout en identifiant les défis liés à la redevabilité qui pourraient entraver la mise en œuvre réussie des politiques et stratégies pour la CSU. Plus précisément, les objectifs de l'exercice étaient les suivants :

1. identifier les principaux acteurs (gouvernement, organisations de la société civile OSC, jeunesse, etc.), les réseaux et mouvements impliqués dans la promotion de la redevabilité dans le secteur de la santé au Bénin.
2. identifier les processus, stratégies, approches ainsi que les plateformes qui ont et/ou peuvent être (avec succès) utilisées pour promouvoir la redevabilité au Bénin.
3. Déterminer les facteurs favorisant et les obstacles à la promotion de la redevabilité par les différents acteurs du secteur de la santé.
4. Formuler des recommandations sur les possibilités de renforcement de la redevabilité au Bénin.

L'étude a également cherché à obtenir des informations sur les priorités en matière de redevabilité identifiées lors d'une réunion des acteurs de la redevabilité dans la région qui s'est tenue en Avril 2019 au Kenya. Parmi les questions identifiées lors de cette réunion, on peut citer

1. Comment améliorer et maintenir la sensibilisation, la capacitation et l'engagement des citoyens en matière de redevabilité pour la CSU?
2. Comment renforcer la capacité des différents acteurs de la redevabilité à jouer efficacement leur rôle (OSC, médias, parlementaires, décideurs politiques, prestataires) ?
3. Comment communiquer et transmettre des informations aux différentes parties prenantes afin qu'elles comprennent leur intérêt et s'engagent ?

¹ Adeya, G., A. Bigirimana, K. Cavanaugh, and L. Miller Franco. 2007. *Rapid Assessment of the Health System in Benin*, April 2006. Submitted to the U.S. Agency for International Development

L'ensemble des preuves générées par l'exercice de cartographie cherche à alimenter la documentation afin de promouvoir l'apprentissage parmi les acteurs de la redevabilité dans la région ainsi que d'éclairer les efforts de renforcement des capacités en redevabilité pour les mécanismes de redevabilité basés sur les preuves au Bénin et dans la région dans son ensemble.

CONCEPTION, PORTÉE ET LIMITES DE L'ÉTUDE

L'équipe chargée de l'étude a utilisé la méthodologie suivante pour atteindre ses objectifs:

1. **Revue documentaire:** Un examen systématique des documents a été effectué, qui a exploré des thèmes spécifiques dans les efforts de redevabilité au Bénin, dans la région de l'Afrique subsaharienne et dans le monde. L'objectif était d'identifier les publications et la littérature grise sur les stratégies utilisées en matière de redevabilité pour la prestation de services de santé, les contextes dans lesquels elles ont été utilisées et les résultats sanitaires et institutionnels qui en découlent. En outre, les citations mentionnées dans la littérature ont été passées en revue et tout autre lien dans la littérature a été exploré. Afin d'aligner cette mission sur d'autres travaux menés dans le cadre du projet ACS, un examen de la documentation d'ACS sur la redevabilité tels que le cadre de redevabilité ACS a également été inclus dans l'étude documentaire et les conclusions.
2. **Collecte de données primaires:** Au total, 39 répondants ont été identifiés pour des entretiens approfondis avec des informateurs clés EAIC au Bénin pour l'étude. Les EAIC ont été menées et enregistrées après avoir obtenu le consentement éclairé des personnes interrogées. Les enregistrements ont ensuite été transcrits en français, puis traduits en anglais. Une centaine d'autres jeunes ont été identifiés et ont fourni des données quantitatives sur les perceptions et les expériences des jeunes en matière de services de santé, leur compréhension de la CSU et leur implication dans les processus de redevabilité pour la CSU.

Les répondants à l'étude ont été regroupés dans les catégories suivantes :

Table 1 : Catégorisation des informateurs

Parties prenantes	Exemples de parties prenantes
Niveau national	Décideurs politiques au sein du Ministère de la Santé (Mds), y compris les parlementaires qui participent à la supervision du Ministère, les chefs des institutions publiques telles que les conseils et organes de coordination de la lutte contre le sida, les représentants des réseaux nationaux d'OSC et les représentants des organes nationaux d'ONG.
Responsables de la mise en œuvre	ONG nationales axées sur la défense des intérêts, la redevabilité et la gouvernance dans le secteur de la santé, représentants des organisations confessionnelles OC aux niveaux national et sous-national, etc
Secteur privé	Représentant de la fédération de santé du secteur privé
Niveau sous-national	Gestionnaires de district sanitaire, représentants de réseaux d'OSC, etc.
Niveau communautaire	Prestataires de santé, comités des établissements de santé, OSC, groupes locaux de militants et de citoyens, par exemple femmes, jeunes, personnes handicapées, réseaux de femmes et associations de personnes handicapées.
Médias et chaînes de radio	Représentants des stations de radio nationales et locales

3. **Analyse des données et rédaction du rapport :** Les données quantitatives ont ensuite été saisies dans SPSS et analysées. Les données qualitatives ont été classées par thème et analysées pour repérer les tendances et les modèles récurrents. Les transcriptions des entretiens ont été examinées et regroupées par thème. Les thèmes similaires apparaissant dans les transcriptions des entretiens ont été regroupés et analysés pour établir des modèles récurrents autour d'indicateurs d'intérêt. Les points de vue qui s'écartaient des tendances dominantes au sein de chaque thème ont été réexaminés en relisant les transcriptions originales afin de déterminer les contextes dans lesquels le répondant a exprimé ces points de vue. Un jugement a ensuite été porté sur la plausibilité des affirmations de la personne interrogée, en comparant d'autres réponses du même répondant sur d'autres questions connexes. Dans la plupart des cas, ces points de vue divergents ont été traités soit comme étant basés sur les expériences uniques d'un répondant sur une question, soit comme des cas isolés du même phénomène qui ne correspondent pas au scénario dominant habituel mais qui existent néanmoins en tant que réalités au sein de la même communauté. Ce rapport résume les conclusions de l'étude et fait des recommandations sur la manière dont la redevabilité pour la CSU peut être renforcée au Bénin.
4. **Limites de l'étude -** L'étude a utilisé une méthodologie d'échantillonnage raisonné. Les répondants à l'étude ont été délibérément identifiés étant donné la nécessité de cibler uniquement ceux qui avaient un intérêt à promouvoir la redevabilité dans le secteur de la santé. Afin d'éliminer les éventuels biais dus à cette méthodologie, les répondants à l'étude ont été identifiés dans les régions du sud, du centre et du nord du Bénin. La deuxième limite concerne les barrières linguistiques. Les entretiens ont nécessité une traduction anglais-français et un retour au français, un processus qui pourrait introduire un certain degré de nuance dû à la traduction. Cependant, les résultats de l'étude fournissent dans l'ensemble, une bonne base pour comprendre l'état de la redevabilité au Bénin.

CHAPITRE 2:

REDEVABILITE POUR LA CSU DANS LE SYSTEME DE SANTE DU BENIN

Les sections suivantes explorent le contexte actuel du système de santé au Bénin, la redevabilité pour la CSU ainsi qu'un aperçu des approches et outils utilisés pour promouvoir la redevabilité pour la CSU dans la région.

STRUCTURE ET ORGANISATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU BÉNIN

Le système de santé au Bénin est basé sur la division administrative du pays en 12 départements et 77 conseils municipaux. Il a une forme pyramidale avec trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Chacun de ces niveaux dispose d'un organe administratif et d'une infrastructure sanitaire. Le niveau central ou national, conformément au décret 426 du 20 juillet 2016, est chargé de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de la politique de santé de l'État, conformément aux lois et règlements en vigueur au Bénin et aux visions et politiques de développement du gouvernement. Il est responsable des orientations stratégiques, de l'élaboration des politiques et de la prise de décision concernant le développement du secteur de la santé et lance des plans d'action sanitaire pour le secteur. Elle est également responsable de la promotion de la santé au Bénin.

Le niveau intermédiaire, composé de 12 directions départementales de la santé (DDS), est responsable de la programmation et de l'appui à la mise en œuvre et au suivi de la politique de santé telle que définie par le gouvernement et de la coordination de toutes les activités des services de santé au niveau départemental. Les DDS supervisent les structures de santé aux niveaux intermédiaire et périphérique. Le Centre Hospitalier Départemental ou Centre Hospitalier Universitaire Départemental est la structure de référence au niveau départemental. Le niveau périphérique est la base de la pyramide sanitaire. La zone de santé représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé.

Le pays compte 34 zones de santé réparties sur l'ensemble du territoire national. Chaque zone de santé dispose d'un réseau de services de santé publique de premier contact (Maternités et dispensaires seuls, Centres de santé) et d'établissements de santé privés, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé (hôpital de zone) destiné à desservir une zone de 100 000 à 200 000 habitants. Il existe également le secteur privé de la santé et le secteur pharmaceutique. L'essentiel du financement du secteur de la santé provient des allocations gouvernementales, qui, ces dernières années, sont tombées en dessous du niveau minimum de l'OMS, soit 15 % du budget total.

L'état de santé au Bénin est comparable à celui d'un pays à faible revenu. L'espérance de vie globale en bonne santé et les taux de morbidité et de mortalité sont inférieurs à la moyenne régionale². Pour les pauvres, l'inaccessibilité aux services de santé ne résulte pas des frais élevés, mais de la marginalisation totale du système en raison de la pauvreté. En ce qui concerne les obstacles culturels à l'utilisation des services de santé, les méthodes conventionnelles de sensibilisation ont montré leur limite, affectant fortement l'utilisation des services. En effet, la plupart des gens pratiquent l'automédication à domicile ou préfèrent la médecine traditionnelle. Pour encourager l'utilisation des services de santé, le gouvernement a introduit les fonds mutuels de santé. Les fonds mutuels de santé sont des systèmes d'assurance santé gérés par la communauté qui permettent à leurs membres d'avoir un accès financier aux soins de santé tout au long de l'année. Les membres de la mutuelle paient une prime, afin de s'assurer qu'ils sont couverts pour un certain nombre de services médicaux déterminés au préalable, quel que soit le montant de la cotisation versée. Toutefois, il existe peu de documents sur le succès de ce modèle.



Figure 2: Carte des communes du Bénin

² Health status in the WHO African Region: an analysis of the state of health, health services and health systems in the context of sustainable development goals. WHO Regional Office for Africa 2018.

PROGRÈS VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE (CSU) AU BÉNIN

La CSU vise à garantir que chaque individu et chaque communauté, quelle que soit leur situation, reçoivent les services de santé dont ils ont besoin sans risquer de subir des difficultés financières³. La CSU est au cœur des objectifs de santé des objectifs de développement durable (ODD). Les principaux plans de développement du Bénin sont tous ancrés dans la réalisation des ODD. Les cadres politiques nationaux qui guident l'engagement du gouvernement envers les ODD comprennent le Programme d'Actions du Gouvernement (PAG, 2016-21) et le Plan National de Développement (PND, 2018-25). Le PAG identifie trois grands leviers qui pourraient aider le Bénin à atteindre les objectifs de l'Agenda pour le développement de 2030 à savoir les projets prioritaires, 45 projets phares et les réformes structurelles⁴.

La Constitution du Bénin consacre la santé comme un droit de l'homme. En outre, le droit à la santé pour chaque citoyen est mis en évidence dans le Document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté (DSRP). Le PNDS, pour sa part, est opérationnalisé à travers les Plans Triennaux de Développement (PTD). Il vise, entre autres, à garantir l'accès universel et la fourniture de soins de santé de qualité afin de réaliser les ODD, d'améliorer les partenariats en santé et de renforcer la gouvernance et la gestion des ressources sanitaires. Le PNDS 2018-2022 est subdivisé en six (6) orientations stratégiques qui sont (OS1) Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé; (OS2) Prestation de services et amélioration de la qualité des soins; (OS3) Développement des ressources humaines pour la santé; (OS4) Développement des infrastructures, équipements et produits de santé; (OS5) Amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé; et (OS6) Amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture sanitaire universelle. Dans sa logique d'intervention, chaque orientation stratégique est déclinée en objectifs spécifiques, puis en lignes d'intervention et ensuite chaque ligne d'intervention en actions prioritaires.

Le lancement d'un programme appelé Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en 2011⁵ marque un tournant important de la marche du Bénin vers la CSU. Le RAMU devait offrir une couverture d'assurance à toute la population par l'intermédiaire d'une agence nationale (Agence Nationale de l'Assurance Maladie, ANAM) qui a été créée en 2012. Cependant, le RAMU est devenu très politisé, ce qui a occulté ses aspects techniques. En Décembre 2015, l'Assemblée Nationale a adopté une loi établissant le RAMU comme un régime obligatoire qui couvrirait progressivement tous les Béninois⁶.

Le Président nouvellement élu, Patrice Talon, a annoncé sa décision de révoquer la RAMU, après son élection en Mars 2016 afin de mettre en œuvre un nouveau projet appelé Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH)⁷. Sous son Plan d'action 2016-2021, le gouvernement du Bénin cherche à fournir une protection sociale aux pauvres et aux plus vulnérables, visant à terme à soutenir quatre millions de citoyens béninois grâce à un système de couverture médicale universelle. Cela implique de fournir à chaque communauté des équipements et des infrastructures de santé, l'accès à l'eau potable et à l'électricité, ainsi que le recrutement de médecins pour élargir l'accès aux soins médicaux. En outre, l'adoption d'un nouveau cadre législatif et réglementaire permettra la mise en place d'une politique de protection sociale avec des contributions individuelles des bénéficiaires complétées par une subvention de l'État. Un objectif complémentaire est de créer un fonds d'assurance (ARCH) pour renforcer le capital humain du Bénin, en offrant quatre types différents de prestations sociales aux agriculteurs, commerçants, artistes et artisans du secteur informel. L'ARCH comprend l'assurance maladie, la formation professionnelle, l'octroi de microcrédits et l'assurance retraite pour les personnes du secteur formel et informel⁸ à terme.

Le cadre juridique créant ARCH a été adopté en Mai 2017. ARCH vise à garantir une assurance maladie efficace et abordable à la population béninoise, en particulier aux pauvres (40 % de la population totale). L'assurance maladie est la principale composante de l'ARCH et sa mise en œuvre est la plus avancée. Elle remplace les politiques d'exemption et implique également une réforme des régimes de sécurité sociale pour les travailleurs de la fonction publique et du secteur privé. Ce régime vise à exonérer les personnes extrêmement pauvres de payer des cotisations, ainsi qu'à subventionner partiellement le reste de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté. En 2019, le gouvernement a lancé une phase pilote dans trois zones de santé Abomey Calavi/Sô-Ava, Dassa-Glazoué, Djougou-Ouaké-Copargo en identifiant et en testant le système sur les populations les plus pauvres. L'assurance devrait être progressivement étendue au reste de la population et devenir pleinement opérationnelle d'ici 2022.

3 *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring report* <<http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PUBLIC.pdf>>

4 Delphine Prady and Mouhamadou Sy, *The Spending Challenge for Reaching the SDGs in Sub-Saharan Africa: Lessons Learned from Benin and Rwanda* IMF Working Paper WP/19/270; December 2019)

5 Céline Deville, *Same objective, different paths : An analysis of Universal Health Coverage policies in Benin and Senegal* International Conference on Global Dynamics of Social Policy Social policy dynamics in (West and Central) Africa 25-26 October 2018, University of Bremen

6 *Idem*

7 *Idem*

8 Delphine Prady and Mouhamadou Sy, *The Spending Challenge for Reaching the SDGs in Sub-Saharan Africa: Lessons Learned from Benin and Rwanda* (IMF Working Paper WP/19/270; December 2019)

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

Pour comprendre la manière dont la réflexion sur la redevabilité dans le secteur de la santé au Bénin a évolué au fil du temps, il est important de fournir un bref historique, comme suit.

Un Forum national de la santé a été organisé au Bénin en Novembre 2007, réunissant 600 participants. Le Forum a permis une évaluation approfondie du contexte du secteur de la santé et a servi à formuler un certain nombre de recommandations qui ont guidé la conception, en 2009, du plan décennal de développement du secteur de la santé. Les principaux problèmes identifiés concernaient la gouvernance dans le secteur de la santé (mauvaises performances, manque de leadership), la mauvaise qualité des soins de santé, l'insuffisance des infrastructures et des équipements, et la nécessité d'encourager les ressources humaines dans le secteur de la santé⁹.

Avant ce forum, les travailleurs de la santé et les établissements de santé n'étaient tenus pratiquement à aucune redevabilité. Selon un rapport de la Banque Mondiale¹⁰, l'absentéisme, la corruption, le double emploi, le vol de médicaments et la non-réponse aux besoins des patients étaient répandus et les sanctions n'étaient jamais appliquées. Les promotions et les récompenses étaient rares et n'avaient que peu de rapport avec les performances réelles. Les établissements de santé recevaient des ressources limitées du gouvernement (environ 22 % de leurs coûts annuels récurrents), et ces petits montants étaient pour la plupart déterminés sur une base discrétionnaire (qui n'était pas mesurée). Les budgets, qui n'étaient pas complets, n'étaient pas clairement liés à des plans fondés sur des données probantes. Plusieurs directions ou programmes verticaux au sein du MdS ont préparé et mettaient en œuvre leurs propres plans, sans les faire passer par le processus de planification nationale, qui n'avait pas encore été décentralisé.

Un développement connexe a été la création d'une plateforme commune de renforcement des systèmes de santé (RSS), suite à la signature, en Novembre 2010, du premier "Compact" entre le MdS et cinq bailleurs dans le cadre du Partenariat international pour la santé et des initiatives connexes pour mettre en œuvre le financement basé sur les résultats (FBR) pour le secteur de la santé au Bénin. La plateforme RSS rassemble la Banque mondiale, le Fonds Mondial FM, GAVI et l'Agence belge de développement (CTB) autour du MdS, avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Afin d'améliorer les performances du système de santé, le MdS s'est engagé dans la préparation de trois réformes importantes, notamment (i) la mise en place d'un mécanisme de FBR pour rétablir la redevabilité des établissements et des agents de santé ; (ii) la réforme du Fonds d'équité en matière de santé (FES), ainsi que la mise en place d'un système de soins de santé permettant de mieux identifier les plus pauvres et l'élaboration d'un régime de couverture maladie universelle (RAMU), afin d'accroître l'accessibilité financière aux services de santé ; et (iii) la révision de ses processus de planification, de budgétisation et de gestion, ainsi que la préparation de l'approche sectorielle en santé (SWAp) visant à améliorer l'efficacité de l'allocation du budget de la santé.

Dans ce contexte, les quatre principaux bailleurs ont convenu d'une répartition géographique de leur soutien au RSS de manière à couvrir l'ensemble des 34 districts sanitaires du pays : 8 étaient déjà soutenus par la Banque Mondiale et 5 par la CTB ; GAVI et le FM ont convenu de soutenir respectivement 2 et 19 districts restants. En dehors du modèle FBR de la CTB, tous les autres bailleurs ont adopté un modèle de FBR qui repose sur une unité de coordination de projet pour le pilotage, sur une firme externe pour la vérification des résultats et sur des organisations communautaires pour la contre-vérification¹¹.

Une caractéristique importante du FBR en général est la séparation entre les différentes fonctions de régulation, de financement, d'achat, de prestation de services et de vérification des données, ce qui crée une répartition claire du travail entre chaque acteur et contribue à la transparence. Le modèle soutenu par la CTB a confié la coordination du FBR à un comité de pilotage organisé trimestriellement au niveau départemental (provincial), composé de représentants de la direction départementale de la santé, des bailleurs de fonds, des maires, des organisations de la société civile (OSC), des plateformes d'usagers des services de santé, du médecin-conseil des mutuelles de santé et des prestataires de services. Ce comité était chargé de l'adaptation de l'approche globale du FBR au contexte local, la détermination du niveau des subventions du FBR sur la base des résultats vérifiés par le biais de la vérification et de la contre-vérification, et de la gestion des plaintes.

Dans les deux modèles de mise en œuvre du FBR, il est rapporté que l'attitude des agents de santé a changé et qu'il y a eu quelques améliorations dans la qualité des services. Toutefois, il n'est pas clair si les résultats de santé se sont améliorés en conséquence. Il a été noté que le FBR n'est pas une politique nationale, mais qu'il est piloté par les bailleurs au Bénin¹². En fait, il a été confronté initialement par l'opposition de certains anciens cadres supérieurs du MdS, et ce n'est qu'après un lobbying intensif de la Banque Mondiale (notamment des ateliers et des voyages d'étude au Rwanda) qu'ils ont finalement accepté l'idée. Toutefois, l'appropriation du projet FBR au sein et en dehors du MdS reste limitée à quelques personnes - et pendant longtemps, seule l'approche de la Banque Mondiale a eu une certaine visibilité en

9 Elisabeth Paul, Mohamed Lamine Dramé, Jean-Pierre Kashala, Armand Ekambi Ndema, Marcel Kounnou, Julien Codjovi Aissan, Karel Gyselinck *Performance-Based Financing to Strengthen the Health System in Benin: Challenging the Mainstream Approach* Int J Health Policy Manage 2018, 7(1), 35-47

10 Report No: ICR00004222, IMPLEMENTATION, COMPLETION, AND RESULTS REPORT, The World Bank, May 31, 2018

11 Report No: ICR00004222, IMPLEMENTATION, COMPLETION, AND RESULTS REPORT, The World Bank, May 31, 2018

12 Idem

dehors de l'unité de coordination du projet et de quelques cadres supérieurs du Mds.

Le rapport de la Banque Mondiale observe que même si le projet a été très efficace dans la mise en œuvre du FBR au niveau des établissements de santé, le FBR n'a pas été discuté dans le cadre d'une stratégie globale de financement de la santé avec le gouvernement. Les établissements de santé du Bénin disposent de deux sources de financement parallèles : par le biais du FBR, des subventions sont envoyées aux établissements de santé et aux agents de santé, et le gouvernement continue à payer les salaires du personnel et à envoyer les budgets alloués aux établissements de santé sans aucun lien avec les performances. Il était nécessaire d'intégrer le FBR dans le système financier du gouvernement ; « **le FBR n'était pas suffisamment ancré dans une approche de réforme cohérente et globale¹³** » (soulignement les auteurs).

Le nouveau gouvernement est arrivé avec un programme de santé bien défini et a perçu l'approche FBR uniquement comme une distribution de primes au personnel de santé. Le gouvernement avait également une politique de non "complément" aux fonctionnaires. Malgré l'engagement fort du dialogue politique de l'unité de gestion du pays (UGP) et des responsables des pratiques de santé, nutrition et population (SPN), avec le Ministre de la Santé et le Chef de l'État, cette vision sur les primes de performance n'a pas changé. Le nouveau gouvernement n'a eu aucun intérêt financier dans le FBR, et n'a fait aucun effort pour mettre en place des structures au niveau central pour promouvoir et gérer le FBR. Il est encore trop tôt pour prédire dans quelle mesure les mécanismes de redevabilité pour la CSU seront mis en place sous l'ARCH. Le gouvernement a mis en place des mécanismes pour rendre l'ARCH opérationnelle sous l'égide de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, (ANAM).

En outre, on estime que le Bénin, pour atteindre ses objectifs en matière de CSU, devrait consacrer environ 9,3% de son produit intérieur brut PIB à la santé (119 dollars US par habitant) d'ici 2030 alors que les dépenses totales actuelles (2019) en matière de santé équivalent à 4,2 % du PIB (33 dollars US par habitant). Cela implique de recruter : (i) 8 fois plus de médecins et (ii) 4 fois plus de personnel de soutien qu'en 2019¹⁴. Ces chiffres sont basés sur les faibles performances actuelles dans le domaine de la santé et sur les besoins pour atteindre l'objectif du projet ARCH (Assurance pour le renforcement du capital humain), qui est d'offrir un régime d'assurance maladie universelle. Ceci présente un argument fort sur la nécessité de mettre en place des mécanismes de redevabilité solides pour assurer une augmentation progressive des engagements en santé pour la CSU au Bénin.

¹³ Report No: ICR00004222, IMPLEMENTATION, COMPLETION, AND RESULTS REPORT, The World Bank, May 31, 2018

¹⁴ Delphine Prady and Mouhamadou Sy, *The Spending Challenge for Reaching the SDGs in Sub-Saharan Africa: Lessons Learned from Benin and Rwanda (IMF Working Paper WP/19/270; December 2019)*

CHAPITRE 3:

RESULTATS DE LA CARTOGRAPHIE

Ce chapitre présente les principales conclusions sur le statut des acteurs, parties prenantes, approches et outils de redevabilité au Bénin. Dans l'ensemble, cette discussion sur le rôle de la redevabilité dans le secteur de la santé arrive à point nommé compte tenu de l'engagement renouvelé d'améliorer l'offre de services de santé dans le cadre du cheminement vers la CSU au Bénin. Cette discussion fait suite à l'engagement du Président Patrice Talon dans le cadre du "Programme Benin Révélé", une feuille de route pour l'action gouvernementale de 2016 à 2021 visant à transformer les conditions sociales et économiques au Bénin. Il est donc nécessaire de tirer parti de cet engagement politique renouvelé pour créer un "espace" de redevabilité, qui est l'un des moyens d'assurer le succès du programme ARCH.

Cela dit, il est tentant de présenter les bénéficiaires du programme ARCH comme un nouveau groupe distinct de parties prenantes. En effet, cette cohorte de la population se trouve être "doublement marginalisée" en termes de recours aux soins et de faible niveau d'alphabétisation. En fin de compte, cela affecte leur "confiance" dans l'engagement avec d'autres parties prenantes telles que les prestataires de soins de santé et les dirigeants dans la société. Il est nécessaire de s'assurer qu'ils sont délibérément inclus dans la conversation sur la CSU en veillant à ce qu'ils disposent des bonnes informations sur la disponibilité des services de santé ainsi que sur le paquet de bénéfice du programme ARCH. Il est également nécessaire de sortir des sentiers battus pour toucher cette cohorte unique de la population en ce qui concerne la manière dont l'information est présentée ainsi que les canaux et les plateformes fournis pour assurer une participation efficace aux efforts de redevabilité sociale.

ACTEURS AND LEUR ROLE DANS LA REDEVABILITÉ

La présentation des résultats a été ancrée sur l'idéologie de Bovens qui fournit un cadre pour l'étude empirique des dispositions de redevabilité dans le domaine public. Dans ce cadre, Bovens décrit la redevabilité comme une "réactivité" et un "sens des responsabilités", une volonté d'agir de manière transparente, juste et équitable, "l'obligation d'expliquer et de justifier sa conduite". Bovens va plus loin en expliquant qu'une relation est considérée comme un cas de redevabilité lorsque 1) Il existe une relation entre un acteur et un forum 2) dans laquelle l'acteur est obligé 3) d'expliquer et de justifier 4) sa conduite, 5) le forum peut poser des questions, 6) porter un jugement, 7) et l'acteur peut faire face à des conséquences.

Cette étude a cherché à identifier ces relations, les obligations et la manière dont ces obligations sont remplies par les acteurs vis-à-vis du public.

Responsables politiques

Les responsables politiques fait référence aux législateurs, chefs de départements au sein du MdS, etc. qui définissent la vision, fixent les orientations stratégiques, la guidance pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et stratégies de santé. Leur rôle couvre la régulation et l'équité dans l'allocation des ressources, la promotion de la transparence et la sauvegarde de la confiance des citoyens, la supervision et les actions qui garantissent que le Gouvernement tient ses promesses électorales.

- À partir de l'analyse des données réalisée avec des informations recueillies auprès de diverses sources, les résultats critiques observés sont:
- Il y avait une appréciation générale du rôle que la redevabilité pourrait jouer dans le renforcement de la prestation des services de santé au Bénin.
- Les documents de politique de santé étaient en vigueur ; cependant, peu d'importance était accordée à "comment" assurer la redevabilité.
- Les comités de santé étaient opérationnels aux différents niveaux (aire de santé, district) pour promouvoir la redevabilité. Toutefois, ils ont une capacité limitée pour porter leur voix auprès des prestataires et gestionnaires des zones sanitaires.
- Alors que plusieurs acteurs non étatiques poussent pour la redevabilité, il y a une absence de sanctions claires en cas d'utilisation abusive des ressources publiques.

Acteurs du secteur privé

Le secteur privé comprend les opérateurs à but lucratif et sans but lucratif. Ils promeuvent l'équité dans l'accès à la santé, défendent les intérêts du secteur privé dans le dialogue politique. En ce qui concerne la contribution du secteur privé aux mécanismes de redevabilité, l'analyse des données révèle que:

- Le secteur privé est peu inclus dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé
- Les prestataires de soins de santé privés produisent des rapports par intermittence mais ne rendent pas compte systématiquement de leur contribution à la prestation des services de santé.
- La supervision de l'exercice privé par les gestionnaires publics de santé demeure limitée aux différents niveaux du système de santé.

Prestataires et gestionnaires de santé

Cette catégorie comprend le personnel public qui gère les établissements de santé, les zones de santé, assure la capacité institutionnelle pour la prestation des services de santé de qualité, promeut l'équité dans l'accès à la santé, assure le suivi des ressources financières. En ce qui concerne l'engagement des prestataires et gestionnaires pour la redevabilité, les informateurs et la documentation faisaient remarquer que :

- au Bénin, les structures et outils pour la planification et la revue des performances étaient en place au niveau des formations sanitaires, communes et zones de santé.
- Les prestataires et gestionnaires avaient une capacité limitée à utiliser les outils et données pour la prise de décision aux différents niveaux de revue.
- Les prestataires de santé contrôlaient les informations sur les établissements de santé avec peu de transparence envers les membres de la communauté.
- Les acteurs publics mettaient l'accent sur la redevabilité verticale envers les superviseurs, mais peu sur la redevabilité envers la communauté.
- Les gestionnaires de santé avaient une faible capacité de supervision des parties prenantes du système.

Universitaires et chercheurs

Les universitaires et les chercheurs constituent la pierre angulaire de la production de données probantes; leurs conclusions de leurs travaux sont destinées à éclairer la formulation et la mise en œuvre de politiques liées à la redevabilité. Les informateurs clés ont indiqué que les universitaires et les chercheurs étaient parfois impliqués dans les réformes de santé, la formulation et la mise en œuvre des politiques, mais pas systématiquement malgré la quantité considérable de connaissances qu'ils génèrent et qui pourraient être utiles aux responsables politiques et aux opérateurs de mise en œuvre.

Organisations de la société civile (OSC)

Ce sont des membres des communautés y compris des représentants de réseaux de jeunes et des organisations féminines. Ils représentent les intérêts des citoyens auprès des mandataires, sont censés influencer la fourniture de services de santé de qualité aux membres de la communauté, veillent à ce que les promesses électorales soient tenues. Les informateurs clés et la documentation signalaient que:

- La plupart des OSC intervenant dans le secteur de la santé étaient invitées aux comités de santé aux niveaux décentralisés lors de la formulation des politiques de santé. Cependant, il était nécessaire de les impliquer davantage dans la promotion de la redevabilité au cours de ces processus.
- Les OSC étaient principalement impliquées dans l'éducation et la promotion de la santé au niveau local avec un accent limité sur la redevabilité.
- Les médias, en particulier les radios locales, étaient une plate-forme de confiance pour inciter les membres de la communauté à la redevabilité.
- Le rôle des OSC dans la promotion de la redevabilité sociale pour améliorer la qualité des services de santé était peu apprécié et il y avait un manque général de prise de conscience des OSC sur leur potentiel à renforcer la redevabilité sociale.

Recommandations

Les informateurs ont également formulé des recommandations qui appuieraient et renforceraient leur contribution pour renforcer les mécanismes de redevabilité utilisés avec le système de santé béninois.

TABLE 2 : RECOMMANDATIONS POUR L'ENGAGEMENT DES ACTEURS EN REDEVABILITÉ

<i>Acteurs de la redevabilité</i>	<i>Recommandations</i>
Responsables politiques	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'inclusion des acteurs non étatiques dans le dialogue politique • Renforcer les capacités des comités de santé • Promouvoir la transparence et la confiance des citoyens grâce à la rétro-information et à l'accès à l'information. • Déployer les documents de politiques et outils de redevabilité existants, par exemple les lignes d'assistance • Développer des approches uniques pour la participation des populations marginalisées dans les activités de redevabilité
Acteurs du secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure le secteur privé dans la formulation des politiques de CSU afin de promouvoir l'équité et la protection financière. • Renforcer la supervision des prestataires privés.
Prestataires et gestionnaires de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la gestion des données pour une prise de décision éclairée • Sensibiliser et former aux processus et outils de redevabilité pour améliorer la transparence et l'équité • Renforcer la transparence et la redevabilité envers la communauté en activant le Comité de Gestion du Centre de Santé (COGECS). • Tirer parti de l'innovation et des technologies pour renforcer la surveillance, le rapportage et la rétro-information • Détecter et sanctionner les malversations
Universitaires et chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'inclusion des acteurs du monde universitaire et de la recherche dans la formulation des politiques de santé
Organisations de la société civile (OSC)	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les OSC sur les documents politiques pour la redevabilité lors de la mise en œuvre des politiques et stratégies de santé. • Former les OSC à la redevabilité sociale afin de représenter les intérêts des citoyens auprès des mandataires. • Exploiter le dividende démographique des jeunes pour promouvoir la redevabilité. • Renforcer les compétences des jeunes, femmes et personnes handicapées en matière • Créer des "espaces ouverts" en rendant opérationnelles les plateformes de dialogue communautaire telles que les Comité de Gestion du Centre de Santé COGECS pour une représentation significative des intérêts de la communauté auprès des mandataires.

APPROCHES ET OUTILS DE REDEVABILITÉ

Les activités de soutien à la redevabilité peuvent être regroupées en trois catégories¹⁵ : financière, de performance et politique. La redevabilité financière se penche sur les lois, règles, procédures portant sur l'allocation, le décaissement et l'utilisation des ressources. La redevabilité de performance se réfère aux mesures, évaluations, amélioration de la prestation des services à l'aune d'objectifs de performance convenus. La redevabilité politique consiste à assurer que les gouvernants tiennent leurs promesses électorales, répondent à la confiance du public, agrègent et portent les intérêts des citoyens, répondent aux préoccupations et besoins continus et émergents de la société.

L'étude a permis d'identifier un certain nombre d'outils et de stratégies qui sont utilisés au Bénin pour promouvoir la redevabilité dans le secteur de la santé. Ces outils et stratégies sont présentés dans le tableau ci-dessous.

TABLE 3 : APPROCHES DE REDEVABILITÉ UTILISÉES AU BÉNIN

<i>Type de redevabilité</i>	<i>Approches de redevabilité</i>
Performance	<ul style="list-style-type: none"> • Service d'appel gratuit • Formulation participative des politiques • Boîtes à suggestions et à plaintes • Comités de la santé • Médias publics tels que la radio • Financement basé sur les résultats
Politique	<ul style="list-style-type: none"> • Formulation participative des politiques • Auditions publiques
Financière	<ul style="list-style-type: none"> • Comités de la santé • Financement basé sur les résultats

Service d'appel gratuit

Une ligne téléphonique gratuite a été mise en place par le MdS afin de recueillir les réactions des utilisateurs et d'améliorer la prestation des services de santé et la redevabilité. Un des répondants de l'étude a noté que "Si vous entrez à Glazoué aujourd'hui, vous verrez que j'ai mis trois affiches à appeler dans chaque unité qui offre des services payants. Que ce soit au laboratoire, à la clinique, à la maternité. Vous verrez que j'ai affiché cela partout. Jusqu'à présent, nous avons déjà fait plus de deux mois sans jamais être appelés et pourtant il y a des mauvaises pratiques" (médecin des zones de santé de la Dassa et du Glazoué). Au moment de l'étude, le taux d'utilisation du service gratuit était très faible.

¹⁵ Brinkerhoff, Derick. January 2003. *Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.

Formulation participative des politiques

Cela implique une participation directe et inclusive des parties prenantes, de la société civile et des citoyens à la formulation des politiques publiques. Au moment de l'étude, cette participation était principalement assurée par des groupes de travail techniques sous la direction du Mds au niveau national. Si la plupart des parties prenantes ont déclaré avoir participé à la formulation des politiques, certaines, telles que la mutuelle communautaire et les représentants du secteur privé, n'avaient pas été associées à la conception et à la mise en œuvre du programme ARCH. Les OSC ont également fait état d'une participation limitée lors de la mise en œuvre des politiques.

Auditions publiques

Il s'agit d'un forum destiné à promouvoir un engagement public plus large par le biais de forums de citoyens et de dialogues publics. Il a été noté que les audiences publiques ont été utilisées lors de l'identification des bénéficiaires du programme ARCH par le département des services sociaux ainsi que pour sensibiliser les citoyens au programme ARCH. Les audiences publiques ont été bien utilisées pour sensibiliser les citoyens aux priorités sanitaires du pays.

Comités de la santé

Les comités de santé favorisent la redevabilité horizontale et existent au niveau des établissements de santé, des communes et des zones du système de santé. Leurs membres sont issus de l'équipe de gestion de la santé à leurs niveaux respectifs, des représentants des OSC, des partenaires au développement et du secteur privé. Ils servent en grande partie de plateforme d'examen multisectoriel, de partage d'informations et de coordination des programmes. Bien que la plupart des réunions se tiennent régulièrement, la participation est irrégulière, en raison du manque de personnel, les données utilisées dans ces forums sont le plus souvent retardées ou peu fiables.

Boîtes à suggestions et à plaintes

Il s'agit de boîtes en bois ou en métal fermées à clé, situées dans l'établissement de santé, dans lesquelles les clients peuvent exprimer des plaintes sensibles et anonymes. Les boîtes étaient principalement situées à des endroits stratégiques dans les établissements de santé, l'établissement de santé en charge détenant la clé des boîtes à suggestions. Au cours de l'étude, il a été noté que leur efficacité restait faible, notamment en raison du faible niveau d'alphabétisation et de la mentalité malheureuse du "travailleur de la santé sait tout".

Médias publics tels que la radio

Les radios communautaires ont été utilisées pour l'éducation sanitaire, la sensibilisation aux priorités sanitaires telles que le programme ARCH, les maladies émergentes ainsi que pour la résolution de problèmes grâce à l'anonymat assuré par la radio. Les radios fournissent une voix et une plateforme aux individus et aux communautés qui pourraient autrement être sans voix et dans le processus, elles améliorent la transparence. Cet outil assure l'anonymat aux membres de la communauté et offre la possibilité d'utiliser les langues locales, en particulier dans les régions où le niveau d'alphabétisation est faible.

Financement basé sur les résultats

Le financement basé sur les résultats ou sur la performance est une approche qui lie le financement à des résultats prédéterminés, le paiement n'étant effectué qu'après vérification que les résultats convenus ont effectivement été atteints¹⁶. Au Bénin, le FBR a été lancé en 2012 dans le cadre d'un projet soutenu par la Banque mondiale, puis par l'Agence belge de développement (CTB) dans le cadre d'un projet de renforcement du système de santé (RSS). Les résultats suggèrent que le projet FBR a renforcé la redevabilité de performance dans le système de santé sous divers aspects et a conduit à des progrès modestes en matière d'utilisation des services de santé et de qualité des soins. Cependant, les procédures de vérification et les difficultés ont entraîné des retards dans le paiement des primes, ce qui a eu pour effet de dénouer les récompenses et des efforts¹⁷.

Recommandations

Les recommandations suivantes ont été formulées par les parties prenantes de la redevabilité. Ils ont estimé que ces actions renforceraient les approches de redevabilité utilisées avec le système de santé béninois.

¹⁶ Witter S, Toonen J, Meessen B, Kagubare J, Fritsche G, Vaughan K. Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13:367. <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-367>

¹⁷ Exploring implementation practices in results-based financing: the case of the verification in Benin. Matthieu Antony, Maria Paola Bertone & Olivier Barthes. *BMC Health Services Research* volume 17, Article number: 204 (2017)

Approches en matière de redevabilité

Recommandations

Service d'appel gratuit	L'utilisation de lignes téléphoniques gratuites pour promouvoir la redevabilité doit tenir compte du contexte de mise en œuvre et des activités nécessaires pour influencer les mécanismes de redevabilité sociale (par exemple, la fourniture d'informations, l'action des citoyens et la réponse de l'État). Il est donc essentiel de sensibiliser suffisamment les citoyens au service d'assistance téléphonique afin d'en accroître l'utilisation.
Formulation participative des politiques	Il est nécessaire de faire participer toutes les parties prenantes aux plateformes de dialogue et de sensibiliser suffisamment les citoyens lors de la conception et de la mise en œuvre des politiques.
Auditions publiques	Il est nécessaire d'assurer une participation ciblée déléguée des plus vulnérables, tels que les personnes différemment valides ainsi que les pauvres et les très pauvres ciblés par le programme ARCH. Il convient également d'utiliser des méthodes de communication efficaces pour garantir un dialogue ouvert à toutes les parties concernées.
Comités de la santé	Il est recommandé d'accroître la capacité des travailleurs de la santé en matière de gestion des données afin de garantir que des données propres et fiables puissent éclairer la prise de décision au sein de chacun des comités de santé.
Boîtes à suggestions et à plaintes	Il est recommandé d'engager les COGECs la sensibilisation autour de cet outil de redevabilité auprès des membres de la communauté qui sont en mesure de l'utiliser.
Médias publics tels que la radio	Cette approche est le canal privilégié pour la sensibilisation des médias de masse étant donné son accessibilité et sa capacité à utiliser les langues locales étant donné les faibles niveaux d'alphabétisation. Les personnalités des radios communautaires devraient être soutenues pour renforcer la capacité des citoyens à rendre des comptes
Financement basé sur les résultats	D'autres bailleurs, tels que le Fonds mondial, l'USAID et la coopération belge, continuent d'investir dans cette approche. Il est essentiel d'intégrer le FBR dans le fonctionnement normal des systèmes de santé locaux, en accord avec d'autres réformes. Cela permettra de garantir que le système ne soit pas considéré comme une fonction supplémentaire des gestionnaires et des prestataires de soins de santé. Cela garantira également que l'accent reste mis sur la fourniture de services de santé de qualité et non pas tant sur les procédures de vérification.

REVUE DE LITTÉRATURE COMPLÉMENTAIRE

Une analyse documentaire des documents de politique a révélé qu'un mécanisme de remboursement aux établissements de santé a été mis en place, qui implique la vérification des fiches de soins par une structure indépendante autre que l'unité de suivi du programme ARCH. Ce mécanisme vise à garantir la transparence de la gestion des fonds. Le non-respect des exigences peut entraîner l'absence de remboursement pour le centre de santé. Un système a également été mis en place pour assurer la mise à jour continue de la base de données des bénéficiaires de l'ARCH afin que le programme atteigne en permanence les bénéficiaires réels. Cependant, peu d'importance a été accordée à la nécessité de la participation citoyenne à la promotion de la redevabilité du programme ARCH aux niveaux local et national. Au niveau mondial, cependant, le Bénin est l'un des deux pays africains qui participent à un exercice d'évaluation des coûts du financement nécessaire pour réaliser les SDG dans les domaines de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement et de la santé. En 2017, le Bénin a publié sa première Revue nationale volontaire (RNV) des SDG à New York. Cela montre un niveau de transparence dans son engagement à atteindre certains des objectifs des SDG, en particulier ceux relatifs à la santé.

Les résultats de l'exercice de cartographie ont révélé que le gouvernement a élaboré des documents de politique pour guider la mise en œuvre du programme ARCH et la sensibilisation des parties prenantes, y compris les citoyens, sur les quatre sites pilotes du programme ARCH. La sensibilisation des parties prenantes garantit que les responsables sont informés des attentes et que les citoyens connaissent leurs droits et ce qu'ils peuvent attendre des responsables. Il devient donc possible de tenir les responsables responsables de leurs obligations. Certains de ces documents politiques pour le programme ARCH sont mis en évidence dans la figure 4 ci-dessous.

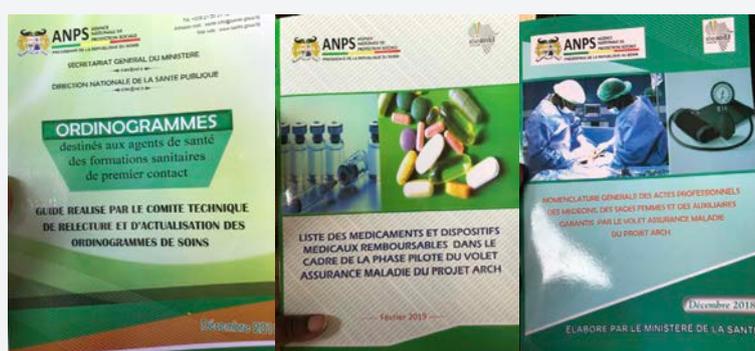


Figure 4: Exemples de documents d'orientation du programme ARCH

CHAPITRE 4:

RECOMMANDATIONS POUR LE RENFORCEMENT DE LA REDEVABILITE

Ce chapitre présente un résumé des principales recommandations basées sur les interactions avec les principales parties prenantes au cours de l'étude pour le renforcement de la redevabilité au Bénin. Les obstacles et les facteurs qui influencent le succès des efforts de redevabilité existants ont été pris en considération dans la présentation de ces recommandations.

LEÇONS ET OPPORTUNITÉS POUR LE RENFORCEMENT DE LA REDEVABILITÉ DES CHU AU BÉNIN

L'analyse permet de discerner un certain nombre de problèmes et de tendances. Ci-dessous, chacun de ces problèmes et tendances récurrents est brièvement examiné et les possibilités de renforcer la redevabilité pour la CSU sont mises en évidence :

1. Le Président Patrice Talon s'est engagé, dans le cadre du programme "Révéler le Bénin", à établir une feuille de route pour l'action gouvernementale de 2016 à 2021 afin de transformer les conditions sociales et économiques au Bénin. Il est nécessaire de tirer parti de cet **engagement politique renouvelé** pour créer un "espace" de redevabilité, qui est l'un des moyens d'assurer le succès du programme ARCH.
2. Le MdS, ainsi que d'autres parties prenantes, ont élaboré le *"Manuel de procédures de mise en place et de fonctionnement des organes de gestion (comité de gestion des centres de santé et comité de santé de la zone sanitaire)"*. Le manuel contient des procédures de mise en place et de fonctionnement des organes de gestion (comités de gestion des centres de santé et comités de santé de la zone sanitaire). Ces comités sont essentiels pour assurer la redevabilité de performances lors de la fourniture des services de santé. Il est essentiel que les parties prenantes qui siègent dans les différents **comités de santé soient sensibilisées et formés au manuel** afin de normaliser et d'améliorer le fonctionnement des comités de santé. Cela permettra en fin de compte de renforcer la redevabilité de performance à tous les niveaux du système de santé.
3. D'après les résultats de l'étude, les comportements de recours aux soins et la sensibilisation des citoyens à leurs droits en matière de santé sont encore très faibles au Bénin, en particulier dans les zones rurales où vit la majeure partie de la population devant bénéficier de l'ARCH. Les principaux problèmes sont le retard dans l'accès aux services de santé, le manque de motivation du personnel de santé et la mauvaise qualité générale et production des services. On a fait valoir que l'amélioration de la redevabilité pour la CSU exige la transparence en termes de compréhension par les gens de leurs droits et de leurs obligations en ce qui concerne l'utilisation des services de santé, ainsi que la mesure dans laquelle ces droits et obligations sont exercés dans la pratique. Les citoyens marginalisés tels que ceux ciblés par le programme ARCH comptent sur des intermédiaires pour accéder aux informations sur la santé et pour faire part de leurs préoccupations aux prestataires de services. La société civile et les COGECS constituent un lien de confiance entre la communauté et le système de santé officiel au Bénin et présentent donc la meilleure opportunité d'engagement communautaire, notamment pour la promotion de la sensibilisation des citoyens. À l'heure actuelle, la capacité institutionnelle et les possibilités offertes par les COGECS ne sont pas encore pleinement exploitées. Le renforcement des capacités de ces parties prenantes en matière de redevabilité et le soutien qu'elles reçoivent pour engager les membres de la communauté améliorerait considérablement la participation de la communauté aux efforts de redevabilité. Cet engagement avec la communauté pourrait se faire par le biais de rassemblements publics, de visites de porte à porte et de séances de redevabilité avec les mandataires. Le gouvernement devrait également fournir des ressources pour soutenir les opérations du COGECS car, comme l'a fait remarquer un membre. *"Quand les gens disent qu'ils veulent élire les membres du COGECS, beaucoup sont intéressés". Je veux être président, je veux être secrétaire, je veux être candidat". Beaucoup de gens sont intéressés. Mais quand nous terminons les élections, nous les formons sur leurs rôles et responsabilités, quelque temps après, les gens commencent à se retirer simplement parce qu'ils n'ont pas trouvé les avantages conséquents qu'ils attendaient. C'est donc un défi pour nous"* (coordinateur du centre de santé de la zone).
4. En 2018, l'UNESCO a indiqué que le taux d'alphabétisation des adultes au Bénin était de 42,4 % contre une moyenne mondiale de 86 %¹⁸. Malheureusement, la conception des technologies a tendance à prendre en compte les besoins de ceux qui sont pleinement alphabétisés dans tous les domaines et qui ont des compétences similaires, alors que ceux qui ont besoin d'un soutien supplémentaire pour utiliser une technologie sont souvent mal desservis et exclus¹⁹. Cela implique que le recours aux canaux modernes d'utilisation des technologies ne favorise pas forcément la population illettrée du Bénin, cette même population qui a un besoin urgent d'être intégrée dans l'accès aux services de santé. Une étude portant sur vingt pays d'Afrique a révélé que la radiodiffusion domine le spectre

18 Fact Sheet No. 45 September 2017 FS/2017/LIT/45

19 Encyclopedia of Information Science and Technology, Fourth Edition edited by Khosrow-Pour, D.B.A., Mehdi, 2011)

des médias de masse principalement parce qu'elle est bon marché, facile à utiliser et facilement accessible²⁰. Les résultats de cette cartographie concordent avec cette constatation étant donné que la plupart des personnes interrogées ont déclaré que la radio est la principale source d'information sur la santé au Bénin. Les journalistes des radios communautaires interrogés dans le cadre de l'étude ont fait état de la volonté de fournir un "espace sûr" aux membres de la communauté afin de faciliter la résolution des problèmes suite aux visites dans les centres de santé. En aidant les radios communautaires à aller au-delà de l'éducation à la santé et à promouvoir la transparence et la redevabilité dans leurs programmes, on contribuerait grandement à sensibiliser les citoyens à leurs droits en matière de santé et, par conséquent, à les engager dans des efforts de redevabilité au niveau communautaire.

5. Pour que les citoyens puissent brandir leurs préoccupations, ils ont besoin non seulement d'informations sur leurs droits, mais aussi d'une "interface" accessible leur permettant d'entrer en contact avec les mandataires. Une ligne d'assistance téléphonique ou un service de messagerie permet aux citoyens de faire part de leurs préoccupations ou de leurs plaintes à distance et parfois de manière anonyme. Le gouvernement du Bénin a mis en place un service d'assistance téléphonique pour servir d'interface permettant aux membres de la communauté de donner leur avis sur la qualité des services de santé. Cependant, un thème clé de la littérature montre que les pauvres et citoyens vulnérables ont tendance à préférer les dialogues en face à face et informelles au détriment des interfaces formelles qui reposent sur des communications écrites ou de l'accès à la technologie²¹. En effet, l'une des personnes interrogées dans le cadre de l'étude a noté que "Si vous entrez à Glazoué aujourd'hui, vous verrez que j'ai mis en place trois affiches à appeler dans chaque unité qui offre des services payants. Que ce soit au laboratoire, à la clinique, à la maternité. Vous verrez que j'ai affiché cela partout. Jusqu'à présent, nous avons déjà fait plus de deux mois sans jamais être appelés et pourtant il y a des mauvaises pratiques" (Médecin). Il est donc recommandé que le gouvernement sensibilise les citoyens au service d'assistance téléphonique ou mette à leur disposition des espaces publics où ils peuvent s'adresser directement aux mandataires ou par l'intermédiaire de leurs représentants pour obtenir une forte redevabilité au sein du système de santé.



Figure 5: Affiche illustrant la hotline pour les commentaires sur les services de santé

6. Les mutuelles communautaires ont accumulé de l'apprentissage institutionnel de la mise en œuvre des régimes d'assurance à base communautaire. Cette expérience pourrait profiter à la mise en œuvre du programme ARCH. Il est toujours difficile et coûteux d'innover à partir de zéro, en particulier dans les environnements à ressources limitées où celles-ci doivent être utilisées efficacement. Il est vrai que les mutuelles ne ciblent pas les personnes extrêmement pauvres, mais elles ont néanmoins un apprentissage qui pourrait être utile pour le gouvernement dans le passage à l'échelle prévu du programme ARCH au Bénin. L'ARCH devra tirer des enseignements des modèles existants à la fois ceux qui ont bien marché et ceux qui ne l'ont pas été. Comme déjà indiqué, le développement de nouvelles innovations prend du temps et coûte cher. Tirer des leçons du projet FBR et des mutuelles communautaires peut raccourcir la courbe d'apprentissage et améliorer l'efficacité du passage à l'échelle.
7. Si la plupart des parties prenantes ont déclaré avoir participé à la formulation des politiques, certaines, comme les mutuelles communautaires et les représentants du secteur privé n'étaient pas impliqués à la conception et à la mise en œuvre du programme ARCH. La société civile a également fait état d'une participation limitée lors de la mise en œuvre de la politique. Pour progresser vers la CSU, il est nécessaire de faire participer toutes les parties prenantes légitimes aux plateformes de dialogue et de sensibiliser suffisamment les citoyens à la conception et à la mise en œuvre de la politique. Les jeunes, les femmes et les personnes handicapées doivent prendre part à la conversation sur la redevabilité pour la CSU, d'après les entretiens, cette cohorte de la population est largement laissée de côté. Il y a des opportunités prometteuses d'engagement communautaire que la société civile pourrait exploiter pour ancrer la participation communautaire dans la redevabilité pour la CSU.

CONCLUSION

Le Bénin est actuellement impliqué dans le déploiement de la phase pilote du programme ARCH. Il est donc recommandé de tenir compte des présents résultats lors de la conception de la phase de mise à l'échelle du programme ARCH au Bénin. Le renforcement et la capitalisation d'outils et approches spécifiques de redevabilité tels que la ligne d'assistance téléphonique et les chartes de service déjà utilisées contribuerait grandement à garantir que les efforts précédents soient adaptés pour améliorer leur efficacité afin d'avancer vers la CSU. En mettant délibérément l'accent sur la redevabilité dans la conception des documents de politiques, des lignes directrices et des normes, on s'assurera que la redevabilité est mise au premier plan et gagne donc en importance lors du déploiement de ces politiques et stratégies visant à atteindre la CSU. Pour ce faire, il faudrait que les parties prenantes à la redevabilité soient amenées à la table des négociations et soient pleinement impliquées dans la conception et la mise en œuvre des documents et des lignes directrices de politique de santé.

²⁰ African Media Development Initiative (AMDI). Research summary report (BBC world service trust 2006)

²¹ Social Accountability in the Delivery of Social Protection, final research report by Tamsin Ayli-e, Ghazia Aslam & Rasmus Schjadt, 2017.

ANNEXES:

OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

INTERVIEW DES INFORMATEURS CLES POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITE OSC, GROUPES ET RÉSEAUX DE JEUNES ET DE FEMMES, ETC.

Merci d'avoir accepté de participer à l'étude. L'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 et la formulation des politiques. Je tiens à vous assurer que toutes les informations que vous fournirez au cours de cet entretien seront traitées avec une stricte confidentialité. J'estime que nous prendrons environ une heure pour l'entretien. J'espère avoir votre autorisation pour poursuivre l'entretien.

1. Introduction
 - a. Nom et profession et rôle dans le secteur de la santé
 - b. Domaines d'intervention, membres, etc.
 - c. Institution - domaine d'activité (régional, national, infranational, etc.)
2. Efforts de 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 sur les CSU?
 - b. Contribuez-vous à l'élaboration de documents de politique afin de garantir que les domaines d'intervention de votre OSC/ groupe/réseau soient inclus dans la politique de santé? Si oui, comment?
 - c. Quelles plateformes utilisez-vous pour faire avancer votre programme aux différents niveaux?
 - d. Y a-t-il des réalisations? A votre avis, quel est le rôle de la redevabilité dans la réalisation du CSU?
3. Les efforts de redevabilité auxquels vous participez 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 auxquelles vous participez? (exemples de réponses possibles - campagnes anti-corruption menées par les citoyens/les OSC/les jeunes, documents politiques, autosurveillance, codes de conduite, contrats de performance, audits de performance, contrôle parlementaire, etc.)
 - c. Quels sont les objectifs de ces activités?
 - d. Ces activités sont-elles soutenues par une forme quelconque de financement?
 - e. Depuis combien de temps ces activités sont-elles en cours?
 - f. Existe-t-il des preuves documentées de l'existence de ces activités? Pourriez-vous nous les communiquer?
 - g. 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?
 - h. Sur qui ou sur quoi portent ces activités de redevabilité? (Cherchez à déterminer dans quelle catégorie se situent les efforts en matière de redevabilité verticale/horizontale/de performance/financière, etc.)
 - i. Y a-t-il des outils ou des approches spécifiques qui sont utilisés pour promouvoir la redevabilité? Exemples de réponses possibles - Enquêtes/rapport de satisfaction, cartes, chartes de service, observatoire des OSC, etc.)
 - j. Selon vous, dans quelle mesure ces efforts ont-ils été couronnés de succès? Quels enseignements tirez-vous de la manière dont les efforts de redevabilité fonctionnent en pratique?
 - k. Avez-vous des engagements de collaboration avec d'autres acteurs en vue d'améliorer la redevabilité en matière de santé / la couverture sanitaire universelle?
 - l. A quels niveaux du système de santé ou de l'arène politique ces engagements de collaboration sont-ils les plus prédominants? Comment cela s'explique-t-il?
 - m. Comment pouvez-vous être soutenu pour vous engager dans la redevabilité en matière de santé afin d'améliorer la qualité globale des services de santé?
4. Parlons des données probantes que vous utilisez dans vos engagements en matière de redevabilité pour l'amélioration de la santé.
 - a. Comment et où obtenez-vous les données probantes dont vous avez besoin pour défendre 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 soient nécessaires pour le programme de redevabilité?
5. Efforts supplémentaires pour la redevabilité en matière de santé/CSU dans les espaces où vous êtes actifs
 - a. Pourriez-vous décrire les processus, approches, stratégies et/ou plateformes communes utilisées?
 - a. Selon votre propre évaluation, quelle est l'efficacité des processus, approches et stratégies actuels?
 - a. Qu'est-ce qui doit être fait différemment pour accélérer la redevabilité pour la CSU?
 - a. Quel est le degré d'implication: (1) les jeunes (2) les femmes (3) les personnes handicapées dans les processus de redevabilité?
 - a. Faut-il faire davantage pour que ces groupes démographiques soient davantage inclus dans ces processus? Veuillez expliquer les raisons de ce sentiment et ce qui peut être fait.

INTERVIEW DES INFORMATEURS CLES POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITE PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTÉ

Merci d'avoir accepté de participer à l'étude. L'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 et la formulation des politiques. Je tiens à vous assurer que toutes les informations que vous fournirez au cours de cet entretien seront traitées avec une stricte confidentialité. J'estime que nous prendrons environ une heure pour l'entretien. J'espère avoir votre autorisation pour poursuivre l'entretien.

1. Introduction
 - a. Nom et profession et rôle dans le secteur de la santé
 - b. Domaines d'intervention, membres, etc.
 - c. Institution - domaine d'activité (régional, national, infranational, etc.)
2. Efforts de CSU dans votre pays
 - a. Avez-vous entendu parler de la couverture maladie universelle? La CSU est-elle une priorité dans votre zone/commune? Avez-vous été sensibilisé sur la CSU?
 - b. Contribuez-vous à l'élaboration de documents politiques? Si oui, comment?
 - c. Participez-vous à la redevabilité lors de la mise en œuvre des politiques? Par exemple, êtes-vous sensibilisé aux nouvelles politiques? Êtes-vous autorisé à donner un retour d'information sur vos opinions pendant la mise en œuvre des politiques? Quelles sont les plateformes de dialogue prévues pour ce type d'engagement?
 - d. Y a-t-il des réalisations du CSU?
3. Efforts de redevabilité auxquels vous participez pour la santé/la CSU
 - a. Quand vous entendez le mot "redevabilité", qu'est-ce qui vous vient à l'esprit?
 - b. Pourriez-vous décrire brièvement les processus, approches, stratégies et/ou plates-formes de redevabilité communs utilisés? (exemples de réponses possibles - engagement ou participation aux COGECS, aux plateformes des autorités locales, aux campagnes de lutte contre la corruption menées par les citoyens/les OSC/les jeunes, aux documents politiques, à l'autosurveillance, aux codes de conduite, aux contrats de performance, aux audits de performance, au contrôle parlementaire, etc.)
 - c. Ces activités sont-elles soutenues par une forme quelconque de financement?
 - d. Existe-t-il des preuves documentées de l'existence de ces activités? Pourriez-vous nous les communiquer?
 - e. Le cas échéant, quels sont les plateformes/réseaux d'engagement qui existent pour renforcer vos efforts de redevabilité aux différents niveaux où vous vous engagez?
 - f. Sur qui ou sur quoi portent ces activités de redevabilité? (Cherchez à déterminer dans quelle catégorie se situent les efforts en matière de redevabilité verticale/horizontale/de performance/financière, etc.)
 - g. Y a-t-il des outils ou des approches spécifiques qui sont utilisés pour promouvoir la redevabilité? Exemples de réponses possibles - Enquêtes/rapport de satisfaction, cartes, chartes de service, observatoire des OSC, etc.)
 - h. Selon vous, dans quelle mesure ces efforts ont-ils été couronnés de succès? Quels enseignements tirez-vous de la manière dont les efforts de redevabilité fonctionnent en pratique?
 - i. Selon vous, les citoyens sont-ils conscients de leur droit à des soins de santé de qualité? Veuillez expliquer votre réponse.
 - j. Selon vous, pensez-vous que si les citoyens pouvaient influencer la qualité des soins par le biais de la redevabilité?
 - k. Avez-vous des engagements de collaboration avec d'autres acteurs en faveur d'une meilleure redevabilité en matière de santé / Couverture sanitaire universelle?
 - l. A quels niveaux du système de santé ou de l'arène politique ces engagements de collaboration sont-ils les plus prédominants? Comment cela s'explique-t-il?
 - m. Comment pouvez-vous être soutenu pour vous engager dans la redevabilité en matière de santé afin d'améliorer la qualité globale des services de santé?
4. Parlons des données probantes que vous utilisez dans vos engagements en matière de redevabilité pour l'amélioration de la santé.
 - a. Comment et où obtenez-vous les données probantes dont vous avez besoin pour défendre 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 soient nécessaires pour le programme de redevabilité?
5. Efforts supplémentaires pour la redevabilité en matière de santé/CSU dans les espaces où vous êtes actifs
 - a. Selon votre propre évaluation, quelle est l'efficacité des processus, approches et stratégies actuels?
 - b. Qu'est-ce qui doit être fait différemment pour accélérer la redevabilité vis-à-vis des CSU?
 - c. Quel est le degré d'implication: (1) les jeunes (2) les femmes (3) les personnes handicapées dans les processus de redevabilité?
 - d. Faut-il faire davantage pour que ces groupes démographiques soient davantage inclus dans ces processus? Veuillez expliquer les raisons de ce sentiment et ce qui peut être fait.

INTERVIEW DES INFORMATEURS CLES POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITE MÉDIAS

Merci d'avoir accepté de participer à l'étude. L'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 et la formulation des politiques. Je tiens à vous assurer que toutes les informations que vous fournirez au cours de cet entretien seront traitées avec une stricte confidentialité. J'estime que nous prendrons environ une heure pour l'entretien. J'espère avoir votre autorisation pour poursuivre l'entretien.

1. Introduction
 - a. Nom et profession et rôle dans le secteur de la santé
 - b. Domaines d'intervention, membres, etc.
 - c. Institution - domaine d'activité (régional, national, infranational, etc.)
2. Efforts de 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 sur la CSU?
 - b. Y a-t-il des réalisations? A votre avis, quel est le rôle de la redevabilité dans la réalisation des CSU?
 - c. a. Dans le cadre du programme "Révélation Bénin", l'assurance maladie a été identifiée comme l'une des interventions clés pour améliorer la protection sociale des citoyens pauvres et vulnérables. A votre avis, les médias jouent-ils un rôle dans le programme?
 - d. Avez-vous été sensibilisé au programme?
 - e. Contribuez-vous à l'élaboration de documents politiques pour garantir que le rôle des médias soit inclus dans la politique de santé? Si oui, comment?
3. Efforts de redevabilité auxquels vous participez pour la santé/la CSU
 - a. La santé a été déclarée droit de l'homme par l'OMS ainsi que par la constitution au Bénin, qu'est-ce que cela signifie pour vous?
 - b. A votre avis, y a-t-il une prise de conscience des citoyens sur leur droit à la santé? Voyez-vous un rôle pour les médias dans l'amélioration de la sensibilisation des citoyens sur leur droit à la santé?
 - c. Comment les médias acquièrent-ils des connaissances sur les questions et les priorités en matière de santé dans le pays?
 - d. Y a-t-il des efforts délibérés pour sensibiliser les professionnels des médias aux stratégies et aux priorités en matière de santé?
 - e. Existe-t-il des plateformes où les médias contribuent à l'agenda de la santé dans le pays?
 - f. A votre avis, les médias ont-ils un rôle à jouer pour influencer les priorités de santé dans le pays?
 - g. A votre avis, dans quelle mesure la population est-elle informée des questions de santé?
 - h. La population générale est-elle consciente de ses rôles et responsabilités en matière d'accès à des soins de santé de qualité?
 - i. A votre avis, que signifie la redevabilité dans la prestation de services de santé?
 - j. Les médias font-ils des efforts pour promouvoir la redevabilité en matière de santé? Pourriez-vous décrire brièvement les activités de redevabilité auxquelles vous participez? (exemples de réponses possibles - programmes de radio et de télévision mettant en lumière des questions de santé, campagnes de lutte contre la corruption menées par des citoyens, des OSC ou des jeunes, contribution à des documents politiques, etc.)
 - k. Quels sont les objectifs de ces activités?
 - l. Ces activités sont-elles soutenues par une forme quelconque de financement?
 - m. Depuis combien de temps ces activités sont-elles en cours?
 - n. Existe-t-il des preuves documentées de l'existence de ces activités? Pourriez-vous nous les communiquer?
 - o. 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?
 - p. Existe-t-il des outils ou des approches spécifiques utilisés par les médias pour promouvoir la redevabilité?
 - q. Selon vous, dans quelle mesure ces efforts ont-ils été couronnés de succès? Quels enseignements tirez-vous de la manière dont les efforts de redevabilité fonctionnent en pratique?
 - r. Avez-vous des engagements de collaboration avec d'autres acteurs pour promouvoir une meilleure redevabilité en matière de santé / couverture sanitaire universelle?
 - s. À quels niveaux du système de santé ou de la politique de santé ces engagements de collaboration sont-ils les plus prédominants? Comment cela s'explique-t-il?
 - t. Comment pouvez-vous être soutenu pour vous engager dans la redevabilité en matière de santé afin d'améliorer la qualité globale des services de santé?
4. Parlons des données probantes que vous utilisez dans vos engagements sur la redevabilité en matière d'amélioration de la santé?
 - a. Comment et où obtenez-vous les preuves dont vous avez besoin pour défendre 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 soient nécessaires pour le programme de redevabilité?
- 5. Efforts supplémentaires pour la redevabilité en matière de santé/CSU dans les espaces où vous êtes actifs
 - a. Pourriez-vous décrire les processus, approches, stratégies et/ou plateformes communes utilisées?
 - a. Selon votre propre évaluation, quelle est l'efficacité des processus, approches et stratégies actuels?
 - a. Qu'est-ce qui doit être fait différemment pour accélérer la redevabilité pour la CSU?
 - a. Quel est le degré d'implication: (1) les jeunes (2) les femmes (3) les personnes handicapées dans les processus de redevabilité?
 - a. Faut-il faire davantage pour que ces groupes démographiques soient davantage inclus dans ces processus? Veuillez expliquer les raisons de ce sentiment et ce qui peut être fait.

INTERVIEW DES INFORMATEURS CLES POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITE

PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVÉ

Merci d'avoir accepté de participer à l'étude. L'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 et la formulation des politiques. Je tiens à vous assurer que toutes les informations que vous fournirez au cours de cet entretien seront traitées avec une stricte confidentialité. J'estime que nous prendrons environ une heure pour l'entretien. J'espère avoir votre autorisation pour poursuivre l'entretien.

1. Introduction
 - a. Nom et profession et rôle dans le secteur de la santé
 - b. Domaines d'intervention, membres, etc.
 - c. Institution - domaine d'activité (régional, national, infranational, etc.)
2. Efforts de 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 sur les CSU?
 - b. Contribuez-vous à l'élaboration de documents de politique afin de garantir que les domaines d'intervention de votre OSC/ groupe/réseau soient inclus dans la politique de santé? Si oui, comment?
 - c. Quelles plateformes utilisez-vous pour faire avancer votre programme aux différents niveaux?
 - d. Y a-t-il des réalisations? A votre avis, quel est le rôle de la redevabilité dans la réalisation de la CSU?
3. Les efforts de redevabilité auxquels vous participez 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 auxquelles vous participez? (exemples de réponses possibles - campagnes anti-corruption menées par les citoyens/les OSC/les jeunes, documents politiques, autosurveillance, codes de conduite, contrats de performance, audits de performance, contrôle parlementaire, etc.)
 - c. Quels sont les objectifs de ces activités?
 - d. Ces activités sont-elles soutenues par une forme quelconque de financement?
 - e. Depuis combien de temps ces activités sont-elles en cours?
 - f. Existe-t-il des preuves documentées de l'existence de ces activités? Pourriez-vous nous les communiquer?
 - g. 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 ?
 - h. Sur qui ou sur quoi portent ces activités de redevabilité? (Cherchez à déterminer dans quelle catégorie se situent les efforts en matière de redevabilité verticale/horizontale/de performance/financière, etc.)
 - i. Y a-t-il des outils ou des approches spécifiques qui sont utilisés pour promouvoir la redevabilité? Exemples de réponses possibles - Enquêtes/rapport de satisfaction, cartes, chartes de service, observatoire des OSC, etc.)
 - j. Selon vous, dans quelle mesure ces efforts ont-ils été couronnés de succès? Quels enseignements tirez-vous de la manière dont les efforts de redevabilité fonctionnent en pratique?
 - k. Avez-vous des engagements de collaboration avec d'autres acteurs en vue d'améliorer la redevabilité en matière de santé / la couverture sanitaire universelle?
 - l. A quels niveaux du système de santé ou de l'arène politique ces engagements de collaboration sont-ils les plus prédominants? Comment cela s'explique-t-il?
 - m. Comment pouvez-vous être soutenu pour vous engager dans la redevabilité en matière de santé afin d'améliorer la qualité globale des services de santé?
4. Parlons des données probantes que vous utilisez dans vos engagements en matière de redevabilité pour l'amélioration de la santé.
 - a. Comment et où obtenez-vous les données probantes dont vous avez besoin pour défendre 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 soient nécessaires pour le programme de redevabilité?
5. Efforts supplémentaires pour la redevabilité en matière de santé/CSU dans les espaces où vous êtes actifs
 - a. Pourriez-vous décrire les processus, approches, stratégies et/ou plateformes communes utilisées? Avez-vous entendu parler du programme PASCom? Et pourquoi pas COLOss?
 - a. Selon votre propre évaluation, quelle est l'efficacité des processus, approches et stratégies actuels?
 - a. Qu'est-ce qui doit être fait différemment pour accélérer la redevabilité pour la CSU?
 - a. Quel est le degré d'implication: (1) les jeunes (2) les femmes (3) les personnes handicapées dans les processus de redevabilité?
 - a. Faut-il faire davantage pour que ces groupes démographiques soient davantage inclus dans ces processus? Veuillez expliquer les raisons de ce sentiment et ce qui peut être fait.

INTERVIEW DES INFORMATEURS CLES POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITE

ANAM

Merci d'avoir accepté de participer à l'étude. L'interview contient une série de questions sur la participation aux processus visant à renforcer la coopération entre les unités gouvernementales nationales et décentralisées, les prestataires de services de santé et les citoyens/ utilisateurs de manière à aider les prestataires de services publics à améliorer leurs performances. Nous tenons à vous assurer que toutes les informations que vous fournirez au cours de cet entretien seront traitées avec une stricte confidentialité. J'estime que nous prendrons environ une heure pour l'entretien. J'espère avoir votre autorisation pour poursuivre l'entretien.

1. Introduction
 - a. Nom et profession et rôle dans le secteur de la santé
 - b. Institution - zone d'opération (régionale, nationale, infranationale, etc.)
2. Efforts de CSU dans votre pays
 - a. La CSU est-elle une priorité dans votre pays? Y a-t-il des tentatives d'élaboration de documents politiques et de sensibilisation pour donner une orientation à la réalisation des CSU dans votre pays? Donnez des exemples.
 - b. Y a-t-il des réalisations à ce jour?
 - c. Dans le cadre du programme "Révélation Bénin", l'assurance maladie a été identifiée comme l'une des interventions clés pour améliorer la protection sociale des citoyens pauvres et vulnérables. Quel est le rôle de ce département dans le programme?
 - d. Des mécanismes de redevabilité sont-ils mis en place pour favoriser le succès du programme?
 - e. Voyez-vous un rôle de redevabilité dans la réalisation de la CSU?
3. Efforts de redevabilité auxquels vous participez pour la santé/la CSU - Planification et prévisions sanitaires
 - a. La santé a été déclarée droit de l'homme par l'OMS ainsi que par la constitution au Bénin, qu'est-ce que cela signifie pour vous? Les citoyens sont-ils conscients de ce droit?
 - b. Le Bénin s'appuie sur les initiatives existantes en matière d'assurance maladie, notamment les mutuelles de santé, pour assurer une couverture sanitaire universelle à la population. Quels mécanismes de redevabilité ont été mis en place pour s'assurer que les bénéficiaires du programme sont en mesure de recevoir les soins de qualité qu'ils méritent et qu'il existe des moyens d'inciter les responsables à améliorer la qualité des services? (enquête sur les chartes de service, enquêtes de satisfaction, rôle des CSV, observatoire des OSC, etc.)
 - c. Quels documents politiques ont été élaborés pour guider la mise en œuvre du programme ARCH? Pouvez-vous les partager?
 - d. A votre avis, les documents de politique et les lignes directrices prévoient-ils des mécanismes de redevabilité pour que les responsables (prestataires de soins, gestionnaires de santé, etc.) rendent des comptes aux bénéficiaires? Veuillez donner des exemples (recherche de documents politiques, contrats de performance, audits de performance, sessions d'examen, enquêtes de satisfaction, etc.)
 - e. Toutes les parties prenantes ont-elles été sensibilisées aux documents de politique et aux lignes directrices?
 - f. Quels étaient leurs objectifs? Quels ont été certains des succès de ces mécanismes?
 - g. A votre avis, voyez-vous le rôle de la redevabilité dans l'amélioration du succès du programme ARCH?
 - h. Quelles considérations devrions-nous faire lors de l'examen de la phase pilote pour nous assurer que la redevabilité est intégrée dans la phase de mise à l'échelle?
 - i. Quels sont les plateformes/réseaux d'engagement des parties prenantes qui existent pour renforcer vos efforts de redevabilité? et dans quelle mesure sont-ils inclusifs et représentatifs? Voyez-vous un rôle pour le Programme de soutien à la santé communautaire (PAScom) qui est responsable de la composante locale du système de santé (CoLoSS)? Qu'en est-il des réseaux d'OSC?
 - j. Disposons-nous d'un bureau au sein de votre département chargé de la redevabilité? Cette approche garantirait-elle que la redevabilité est mise en avant dans la mise en œuvre des stratégies de santé?
 - k. Y a-t-il des acteurs (donateurs, partenaires, institutions universitaires, etc.) qui travaillent avec votre bureau pour promouvoir la redevabilité en matière de protection financière des citoyens? Si oui, nommez quelques-uns d'entre eux et soulignez les domaines d'intervention
 - l. Selon vous, dans quelle mesure ces efforts ont-ils été couronnés de succès? Quels enseignements tirez-vous de la manière dont les efforts de redevabilité fonctionnent en pratique?
4. Parlons des données probantes que vous utilisez dans vos engagements en matière de redevabilité pour l'amélioration de la santé.
 - a. Comment et où obtenez-vous les données probantes dont vous avez besoin pour la planification de la santé?
 - b. Comment l'information circule-t-elle sur le HMIS (SNIGS)? Quelle est la fiabilité des données sur le système?
 - c. Existe-t-il un mécanisme de retour d'information vers les niveaux périphériques et intermédiaires sur la qualité des preuves/ données partagées?
 - d. Comment traitez-vous et utilisez-vous les données probantes?
 - e. Pensez-vous que la collecte et la présentation de preuves soient nécessaires pour le programme de redevabilité?
5. Efforts supplémentaires pour la redevabilité en matière de santé/CSU dans les espaces politiques où vous êtes actifs
 - a. Quelles considérations de redevabilité devons-nous mettre en place pour assurer la réussite du programme ARCH?

- a. Que faut-il faire différemment pour accélérer le processus de redevabilité pour la CSU?
- a. Quel est le degré d'implication: (1) les jeunes (2) les femmes (3) les personnes handicapées dans les processus de redevabilité?
- a. Faut-il faire davantage pour que ces groupes démographiques soient davantage inclus dans ces processus? Veuillez expliquer les raisons de ce sentiment et ce qui peut être fait.

INTERVIEW DES INFORMATEURS CLES POUR L'EXERCICE DE CARTOGRAPHIE DE REDEVABILITE

DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET DE LA PROSPECTIVE

Merci d'avoir accepté de participer à l'étude. L'interview contient une série de questions sur la participation aux processus visant à renforcer la coopération entre les unités gouvernementales nationales et décentralisées, les prestataires de services de santé et les citoyens/ utilisateurs de manière à aider les prestataires de services publics à améliorer leurs performances. Nous tenons à vous assurer que toutes les informations que vous fournirez au cours de cet entretien seront traitées avec une stricte confidentialité. J'estime que nous prendrons environ une heure pour l'entretien. J'espère avoir votre autorisation pour poursuivre l'entretien.

1. Introduction
 - a. Nom et profession et rôle dans le secteur de la santé
 - b. Institution - zone d'opération (régionale, nationale, infranationale, etc.)
2. Efforts de CSU dans votre pays
 - a. La CSU est-elle une priorité dans votre pays? Y a-t-il des tentatives d'élaboration de documents politiques et de sensibilisation pour donner une orientation à la réalisation de la CSU dans votre pays? Donnez des exemples.
 - b. Y a-t-il des réalisations à ce jour?
 - c. Voyez-vous un rôle de redevabilité 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. La santé a été déclarée droit de l'homme par l'OMS ainsi que par la constitution au Bénin, qu'est-ce que cela signifie pour vous? Les citoyens sont-ils conscients de ce droit?
 - b. Comment décririez-vous la redevabilité dans le travail que vous faites?
 - c. Le Plan national de développement sanitaire (2009-2018) vient de s'achever. Comment évaluez-vous l'impact de ce plan?
 - d. Quels mécanismes de redevabilité ont été mis en place pour garantir la réussite de la mise en œuvre du plan? (Sondez les documents de politique, les contrats de performance, les audits de performance, les sessions d'examen, etc.)
 - e. Quels étaient leurs objectifs? Quels ont été certains des succès de ces mécanismes?
 - f. Y a-t-il des outils ou des approches spécifiques qui sont utilisés pour promouvoir la redevabilité? Exemples de réponses possibles - Enquêtes/rapport de satisfaction, cartes, chartes de service, observatoire des OSC, etc.)
 - g. La redevabilité n'était pas fortement représentée dans le plan qui vient de se terminer; pensez-vous que le fait de mettre l'accent sur la redevabilité aurait amélioré l'impact du plan?
 - h. Avons-nous commencé à travailler sur le PNDH 2019-2028? Quelles sont les parties prenantes impliquées dans son élaboration? A quoi ressemble le processus?
 - i. Quelles considérations seront prises en compte, le cas échéant, pour s'assurer que la redevabilité est incluse dans les documents de politique générale qui vont de l'avant?
 - j. Toutes les parties prenantes sont-elles sensibilisées à leur rôle dans la mise en œuvre du plan? Disposons-nous d'un bureau au sein de votre ministère chargé de la redevabilité? Cette approche garantirait-elle que la redevabilité est mise en avant dans la mise en œuvre des stratégies de santé?
 - k. Existe-t-il un plan délibéré visant à inclure la voix des citoyens dans l'élaboration du plan? Existe-t-il des plates-formes pour recueillir les opinions des citoyens sur le PNDH?
 - l. L'une des approches proposées pour promouvoir la redevabilité dans le plan national de santé et de développement 2009-2018 est l'organisation de sessions de sensibilisation des populations au contenu des documents politiques; des associations de clients des établissements de santé, une session par district par an. Comment évaluez-vous l'impact de cette approche? Dans quelle mesure ont-ils été actifs? A-t-elle été un succès? Quelles sont les plateformes disponibles pour l'engagement des citoyens aux niveaux décentralisés?
 - m. Y a-t-il des acteurs (donateurs, partenaires, institutions universitaires, etc.) qui travaillent avec votre bureau pour promouvoir la redevabilité dans la prestation des services de santé? Si oui, nommez quelques-uns d'entre eux
 - n. Quels sont les plateformes/réseaux d'engagement des parties prenantes qui existent pour renforcer vos efforts de redevabilité? et dans quelle mesure sont-ils inclusifs et représentatifs? Voyez-vous un rôle pour le Programme de soutien à la santé communautaire (PAScom) qui est responsable de la composante locale du système de santé (CoLoSS)?
 - o. Sur qui ou sur quoi ces activités se concentrent-elles? (Cherchez à déterminer dans quelle catégorie se situent les efforts dans les domaines vertical/horizontal de la redevabilité performance/ financière, etc.)
 - p. Selon vous, dans quelle mesure ces efforts ont-ils été couronnés de succès? Quels enseignements tirez-vous de la manière dont les efforts de redevabilité fonctionnent en pratique?
4. Parlez des données probantes que vous utilisez dans vos engagements en matière de redevabilité pour l'amélioration de la santé.
 - a. Comment et où obtenez-vous les données probantes dont vous avez besoin pour la planification de la santé?
 - b. Comment l'information circule-t-elle sur le HMIS (SNIGS)? Quelle est la fiabilité des données sur le système?
 - c. Existe-t-il un mécanisme de retour d'information vers les niveaux périphériques et intermédiaires sur la qualité des preuves/ données partagées?
 - d. Comment traitez-vous et utilisez-vous les données probantes?

- e. Pensez-vous que la collecte et la présentation de preuves soient nécessaires pour le programme de redevabilité?
- 5. Efforts supplémentaires pour la redevabilité en matière de santé/CSU dans les espaces politiques où vous êtes actifs
 - a. Dans le cadre du programme "Revealing Benin", l'assurance maladie a été identifiée comme l'une des interventions clés pour améliorer la protection sociale des citoyens pauvres et vulnérables. Quel est le rôle de ce département dans le programme? Des mécanismes de redevabilité sont-ils mis en place pour favoriser le succès du programme?
 - a. Quelles considérations de redevabilité devons-nous mettre en place pour assurer le succès de l'ampleur du programme ARCH?
 - a. Que faut-il faire différemment pour accélérer le processus de redevabilité envers le CHU?
 - a. Quel est le degré d'implication: (1) les jeunes (2) les femmes (3) les personnes handicapées dans les processus de redevabilité?
 - a. Faut-il faire davantage pour que ces groupes démographiques soient davantage inclus dans ces processus? Veuillez expliquer les raisons de ce sentiment et ce qui peut être fait.