

# IDENTIFIER LES PERSONNES PAUVRES GRACE AU COUPLAGE DES DONNEES ET A LA COORDINATION INTERAGENCES

*UN MANUEL ET UNE BOITE A OUTILS POUR LES  
PROFESSIONNELS DE LA SANTE*

*JLN Learning Collaborative on Population Targeting  
(Apprentissage collaboratif du JLN sur le ciblage des  
populations)*



**JOINT  
LEARNING  
NETWORK**

For Universal Health Coverage

## TABLE DES MATIÈRES

Table des matières .....	2
À propos de ce document.....	1
Remerciements.....	2
Qu'est-ce que le ciblage de la population et pourquoi est-il important pour les organismes de santé désireux de réaliser la CSU ? .....	5
Quels sont les principaux éléments constitutifs et les fonctions d'un système de ciblage de la population ?.....	7
Évaluation : .....	7
Inscription : .....	8
Prestation et gestion des services :.....	8
Pourquoi le couplage des données et la coordination institutionnelle sont-ils les principaux domaines d'intérêt de cette boîte à outils ?.....	13
Coordination institutionnelle.....	15
Définition de la coordination institutionnelle entre les organismes sanitaires et non sanitaires pour le ciblage de la population.....	15
Avec qui les organismes de santé pourraient-ils vouloir collaborer et pourquoi ?.....	18
Une matrice de maturité pour la coordination interinstitutionnelle du ciblage de la population.....	21
Dimension institutionnelle.....	24
Dimension organisationnelle.....	27
Dimension individuelle.....	29
Études de cas de coordination institutionnelle du ciblage de la population .....	30
Couplage des données.....	36
Définition du couplage des données entre les organismes sanitaires et non sanitaires pour le ciblage des populations .....	36
Quels sont les différents modèles qui peuvent soutenir le couplage des données pour le ciblage de la population ?.....	38
Une liste de contrôle des décisions sur le couplage de données pour le ciblage de la population .....	41
Préparation institutionnelle.....	44
Préparation des données et du partage .....	48
Mise à jour, utilisation et analyse des données .....	55
Études de cas de couplage de données pour le ciblage de la population.....	58
Références .....	63

## À PROPOS DE CE DOCUMENT

De nombreux pays en quête de la couverture sanitaire universelle (CSU) ont besoin de pouvoir identifier et cibler des sous-groupes particuliers au sein de leur population. Cela implique, le plus souvent, d'identifier les personnes à faible revenu ou vulnérables afin de leur offrir un accès spécial aux prestations de santé, telles que l'assurance maladie ou les services subventionnés. Cependant, comment les organismes de santé peuvent-ils savoir qu'ils atteignent avec précision leurs groupes cibles avec les informations limitées disponibles, et qu'ils le font efficacement ?

Le présent manuel et la collection associée d'outils de mise en œuvre disponibles à l'adresse ([la coordination institutionnelle](#), et [le couplage des données](#)) fournit une collection organisée d'outils et de conseils pratiques pour les organismes de santé qui souhaitent améliorer la précision et l'efficacité de ces fonctions de « ciblage de la population ». Ce rapport est le résultat d'une année d'apprentissage entre pairs et de coproduction par plus de 40 fonctionnaires et autres praticiens de 11 pays, qui ont formé le JLN Learning Collaborative on Population Targeting. S'appuyant sur l'expérience unanime de ce groupe selon laquelle les meilleures solutions impliquent une collaboration étroite avec d'autres agences non sanitaires (telles que celles qui gèrent des transferts monétaires et d'autres programmes de protection sociale), l'accent a été mis sur deux thèmes interdépendants :

- i. la coordination institutionnelle entre les agences sanitaires et non sanitaires, et
- ii. le couplage des données entre les organismes sanitaires et non sanitaires pour le ciblage des populations.

Les trois objectifs de ce manuel, et ce pour chacun des thèmes, sont :

- Expliquer les concepts, approches et processus fondamentaux impliqués,
- Fournir un diagnostic visant à aider les responsables de la santé et leurs collègues des secteurs non liés à la santé à comprendre les progrès réalisés par rapport à une gamme de conditions préalables pratiques en faveur de la réussite, et
- Mettre à disposition une grande bibliothèque soigneusement organisée de documents et d'outils pratiques qui peuvent être utilisés pour aborder les prochaines étapes spécifiques identifiées par le diagnostic. Bon nombre de ces outils sont nouveaux ou inédits, mais les meilleures pratiques issues des orientations précédemment publiées dans le secteur de la protection sociale sont également incluses.

Le manuel est destiné à être utilisé par les responsables de la santé et les professionnels de la santé qui désirent améliorer l'efficacité et l'efficacité de leur approche pour identifier et cibler les personnes pauvres et vulnérables. Il peut être utilisé à n'importe quelle étape de ce processus, de la conception initiale à l'amélioration d'un système de ciblage mature. Les utilisateurs sont encouragés à utiliser deux diagnostics (un sur la coordination institutionnelle et l'autre sur le couplage des données) pour identifier leur domaine d'amélioration le plus important, puis à rechercher et appliquer les outils associés à ces domaines spécifiques. Tous les outils pratiques sont conçus pour faciliter les mises en œuvre réelles (car c'est grâce à l'assistance à la mise en œuvre que la plupart ont été crées). Ils constituent en outre un mélange d'éléments d'ordre général et d'éléments très techniques englobant divers niveaux d'expertise et d'expérience.

## REMERCIEMENTS

Ce document, et [le site Web de ressources associé](#), ont été coproduits par le Learning Collaborative on Population Targeting (LCPT), une initiative du Joint Learning Network For Universal Health Coverage (JLN). Le processus de production a suivi un modèle de « co-apprentissage de cas de mise en œuvre » dans lequel une période initiale de trois mois d'ateliers thématiques sur les meilleures pratiques et de groupes de travail fut suivie de six mois de réunions virtuelles au cours desquelles le groupe a soutenu deux pays dans le cadre de la collaboration, à savoir le Ghana et le Liberia, avec des mises en œuvre réelles de ces concepts. Les résultats de ces sessions constituent la majorité du contenu de ce document, des lacunes supplémentaires ayant été comblées par des sessions de coproduction adaptées.

Nous adressons des remerciements particuliers aux deux équipes de pays responsables des cas de mise en œuvre dont le travail acharné et la franchise ont été à la base du succès de cette collaboration :

Du Ghana :

- Ben Kusi, Directeur, Affiliation et opérations régionales, NHIA, Ghana
- Ophelia Abrokwah, Directrice principale des opérations, NHIA, Ghana
- Vivian Addo-Cobbiah, Directrice générale adjointe, Opérations, NHIA, Ghana
- Prosper Laari, Directeur du Ghana National Household Registry (GNHR), Ghana
- David Odame – GNHR, Ghana
- Richard Adjetey, Spécialiste de la protection sociale - GNHR, Ghana
- Elizabeth O. Agyei, Responsable de la logistique et des informations provenant des enquêtes - GNHR, Ghana
- Daniel Sackey, Analyste de données/Agent de statistiques - GNHR, Ghana

Du Liberia :

- George P. Jacobs, Ministre adjoint, Politique et planification de la santé, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Liberia
- Ernest Gonyon, Responsable principal du financement de la santé, Ministère de la Santé et du Bien-être social, Liberia
- Shadrach Gboki, Ministère du Genre, de l'Enfance et de la Protection sociale, Liberia
- Joseph Deema, Registre national d'identification (NIR), Liberia
- Nuaker Kwenah, Responsable du financement de la santé, Ministère de la Santé, Liberia
- Roland Y. Kesselly, Directeur, Financement de la santé, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Liberia
- Aurelius Butler, Coordinateur national pour le LSSN/Ministère du Genre et de la Protection sociale, Liberia
- Eric D. Mason, Administrateur de base de données, Liberia

- Augustine F. Tokpa, Liberia Institute of Statistics and Geo Information Services (LISGIS), Liberia

Merci également à tous les autres membres du LCPT pour leur contribution et leur implication tout au long des 12 mois d'apprentissage, de soutien à la mise en œuvre et de coproduction.

- Dr. Almoghira Alamin Gadasseed Abdallah, Chef de la Direction générale de la caisse nationale d'assurance maladie pour la couverture de la population, Soudan
- Dr Atikah Adyas, professeur agrégé et maître de conférences à l'école de formation en santé relevant du ministère de la Santé, Université de Mitra en Indonésie, Bandar Lampung, Indonésie
- Semlali Hassan, Consultant auprès du Ministère de la Santé, Maroc
- John Gachigi, Chef de l'unité d'assistance sociale, Ministère du Travail et de la Protection sociale, Kenya
- Christina El Khoury, Département des soins de santé primaires, Ministère de la Santé publique, Liban
- Esther Wabuge, Coordinatrice, Groupe de coordination nationale du Kenya, Kenya
- Dr Halima Mijinyawa, Directrice générale de la Commission de l'assurance maladie de l'État de Kano, Nigeria
- Ademola Ade-Serrano, Responsable de l'innovation et Consultant en santé numérique, PharmAccess Foundation, Nigeria
- Susu Lin, ancienne Directrice adjointe au Ministère de la Santé, Myanmar
- Dr Mohammad Abul Bashar Sarker, Agent attaché, Cellule SSK, Unité de l'Économie de la santé, MOHFW, Bangladesh
- Dr Subrata Paul, PER, Unité de l'Économie de la santé, MOHFW, Bangladesh
- Mona Osman, Professeur adjoint de médecine familiale, Université américaine de Beyrouth, Liban
- Ben Nkechika, Directeur général de la Delta State Health Insurance Commission, Nigeria
- Halima Kanini Yusuf, Ministère de la Santé, Kenya
- Aliyu Mohammed, Directeur général adjoint, Division du suivi et de l'évaluation du Régime national d'assurance maladie, Nigeria
- Njide Ndili, Directeur national, PharmAccess Foundation, Nigeria
- Olakitan Jinadu, Consultant en système de santé, IFC, Nigeria
- Wit Yee Win, Unité de suivi de la mise en œuvre du plan national de santé, Myanmar
- Rock Amegor, Directeur général de la Commission d'assurance maladie de l'État d'Edo, Nigeria
- Boubacar Touré, Directeur national adjoint de la Protection sociale et de l'Économie solidaire, Président du Groupe de base JLN Mali, Mali
- Sogo Coulibaly, Chef de la Division des couvertures sociales à la Direction nationale de la Protection sociale et de l'Économie solidaire, Mali

- Eka Yoshida Syofian, Directrice d'hôpital, Pharmacienne, Économiste de la santé, Ministère de la Santé, Indonésie
- Rudy Kurniawan, Directeur adjoint du Centre de données et d'information, ministère de la Santé, Indonésie
- Dr Simeon Onyemachi, Directeur général de la Commission d'assurance maladie de l'État d'Anambra, Nigeria

Merci également aux animateurs techniques qui ont guidé ce processus et apporté une expertise mondiale et des connaissances spécialisées supplémentaires tout au long des nombreux ateliers, et qui ont aussi apporté leur soutien à la rédaction définitive de ce document :

- Jonty Roland, animateur principal
- Pip O'Keefe, co-animateur principal
- Jerry La Forgia, co-animateur principal
- Andrew Wyatt, expert technique - Thème de la coordination institutionnelle
- Valentina Barca, experte technique - Thème du couplage des données
- Esteban Bermudez, co-responsable de la facilitation de la production
- Jake Mendales, co-responsable de la facilitation de la production
- Maddie Lambert, co-responsable de la facilitation de la production

Enfin, nous tenons à souligner les contributions essentielles de plusieurs personnes extérieures à l'initiative collaborative qui ont considérablement amélioré son travail. Premièrement, les deux contributeurs de cas externes qui ont dirigé des sessions d'études de cas sur le parcours de leurs systèmes vers un meilleur ciblage de la population. Du Brésil, Rodrigo Assumpção, Spécialiste des systèmes d'information de la gestion de la protection sociale auprès de l'Organisation internationale du Travail (OIT). Des Philippines, Vincent Leyson, ancien fonctionnaire de la sécurité sociale et actuellement consultant indépendant dans le domaine de la sécurité sociale, de la protection sociale et du développement communautaire et Lemuel Untalan, Vice-président par intérim du Groupe de gestion des membres de PhilHealth. Deuxièmement, Michal Rutkowski, Directeur mondial de la protection sociale et de l'emploi et Margaret Grosh, Co-responsable de l'équipe mondiale d'experts sur la couverture sociale à la Banque mondiale, qui ont fourni des conseils essentiels au début de la collaboration sur la façon dont elle pourrait s'appuyer sur l'excellent travail antérieur du Groupe de la Banque mondiale dans ce domaine. Troisièmement, Dennis Streveler, Professeur d'informatique médicale à l'Université d'Hawaï, qui a fourni des conseils et un soutien précieux pour le couplage des données, ainsi que la révision des versions préliminaires. Enfin, à l'équipe de gestion du réseau JLN, Kamiar Khajavi, Sara Wilhelmsen et Amelia Zhao, dont les conseils et le soutien ont été extrêmement précieux tout au long de la collaboration, mais surtout en réponse à la pandémie de COVID-19 qui a nécessité le passage à un mode de travail entièrement virtuel. Même s'ils ne se sont jamais rencontrés en personne, leurs conseils et leur aide ont permis aux membres du collectif de terminer leurs 12 mois d'activités d'apprentissage avec non seulement plus de connaissances, mais aussi avec plus d'amis.

## QU'EST-CE QUE LE CIBLAGE DE LA POPULATION ET POURQUOI EST-IL IMPORTANT POUR LES ORGANISMES DE SANTÉ DÉSIREUX DE RÉALISER LA CSU ?

Au cours de la dernière décennie, de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ont fait de l'élargissement de la couverture sanitaire une priorité nationale. L'impulsion vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) a catalysé cet effort, mais les progrès à ce jour ont été inégaux et excluent souvent les personnes démunies, vulnérables et autrement marginalisées (OMS et Banque mondiale 2019). Cela est en partie dû aux **difficultés rencontrées pour identifier et atteindre efficacement ces groupes, en particulier dans les pays disposant de données parcellaires sur la population et d'une forte proportion de travailleurs du secteur informel (Bitran 2014).**

**Les mécanismes de ciblage sont de puissants moyens qui permettent de maximiser l'impact des dépenses en santé publique et des réformes de la CSU en orientant les ressources vers ceux qui en ont le plus besoin.** Cela peut prendre la forme d'une assurance maladie gratuite ou d'exonérations de copaiements pour ceux qui gagnent moins d'un certain seuil ou qui présentent certaines caractéristiques sociales ou sanitaires (femmes enceintes, personnes handicapées), ou une autre vulnérabilité (enfants et personnes âgées, chômeurs ou orphelins) (Cotlear et al. 2015).

Cependant, pour faire cela efficacement, il est nécessaire de disposer de grandes quantités de données précises et opportunes sur les individus et les ménages, qui ne sont normalement pas collectées de manière routinière par les organismes de santé. Dans certains pays, les ministères de la Santé ou les agences nationales d'assurance maladie ont dû « faire cavalier seul » et créer leurs propres systèmes indépendants de collecte de données, d'inscription et d'évaluation de l'éligibilité des groupes vulnérables. Cette approche est inefficace, car **d'autres ministères et programmes sociaux se voient confier cette mission similaire d'identifier ces populations à risque** - des programmes de transfert d'argent et registres sociaux associés, aux autorités fiscales, programmes d'énergie subventionnée ou de garde d'enfants, en passant par les allocations de logement et d'alimentation, l'identification de la population, les registres électoraux et scolaires, et bien d'autres (Lindert et al. 2020).

Dans d'autres pays, le problème inverse s'est posé et les organismes de santé sont devenus des destinataires passifs de systèmes hautement centralisés de ciblage de la population : ils se voient essentiellement remettre une liste de personnes à inscrire sans aucune indication quant à la manière ou le motif de leur sélection. Cela est également sous-optimal, car **les organismes de santé ont souvent des exigences particulières relatives aux données dont ils ont besoin. Par exemple, dans de nombreux pays, une assurance maladie subventionnée peut être offerte à une proportion bien plus importante de la population que les programmes de transferts monétaires ciblant la pauvreté.** En outre, les systèmes de santé (souvent via les bases de données d'état civil) peuvent fournir des données vitales à des systèmes centralisés de ciblage de la population, tels que les registres des naissances, des décès et des invalidités.

Il est donc essentiel que les organismes de santé travaillent en partenariat avec d'autres agences non sanitaires dans l'exécution de leurs responsabilités pour atteindre les groupes pauvres et vulnérables. Il existe de nombreux modèles pour y parvenir, comme indiqué dans ce manuel, mais **les avantages d'un**

**système de ciblage de la population dans lequel les organismes de santé et les organismes non sanitaires travaillent efficacement ensemble sont nombreux**, aussi bien sur le plan institutionnel qu'en termes de couplage de données :

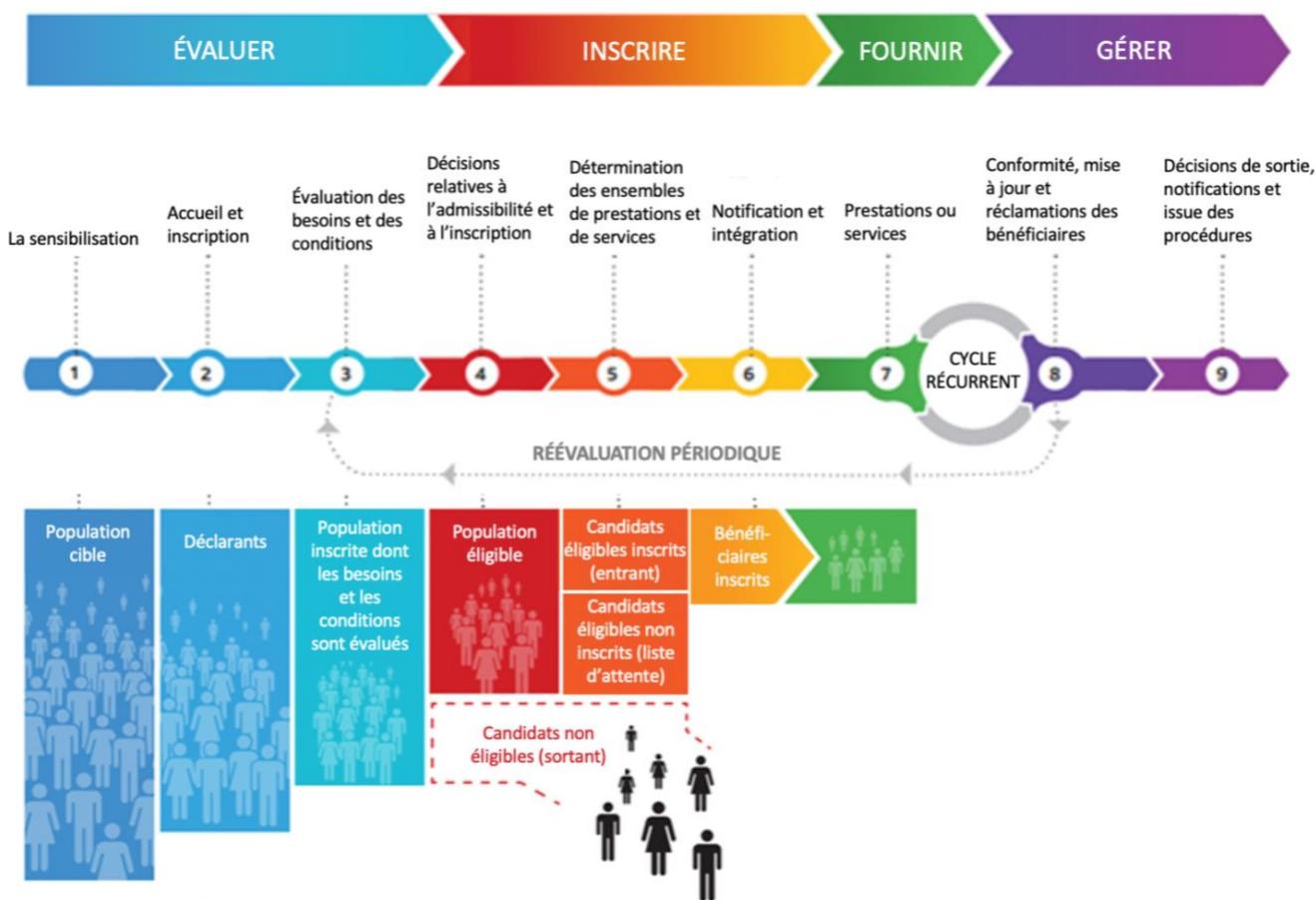
- **Des économies de coûts** résultant du fait de n'avoir à collecter chaque type de données qu'une seule fois,
- **Moins d'erreurs** en rassemblant un plus large éventail d'ensembles de données, ce qui permet de mieux identifier les personnes qui en ont le plus besoin et des sources supplémentaires pour la validation des données,
- **Des données plus récentes** grâce à un plus grand nombre de « points de contact » entre les utilisateurs et l'État, ce qui améliore la portée et la sensibilisation du public,
- **Un gain de temps** pour le personnel en charge de l'évaluation de l'éligibilité, du traitement et des recours,
- **La capacité de regrouper les ressources** des agences pour investir dans des systèmes plus avancés et automatisés de ciblage de la population, et
- **La simplification des processus fragmentaires** du point de vue de l'utilisateur, dans lesquels il doit donner les mêmes informations à plusieurs reprises et à plusieurs agences.

Au-delà de ces améliorations directes de l'efficacité et de l'efficacité, il existe également un avantage intangible important à un ciblage plus efficace de la population. Les citoyens et les responsables politiques sont plus susceptibles de soutenir un financement et une réforme supplémentaires de la CSU s'ils constatent que les ressources bénéficient à ceux qui en ont le plus besoin au lieu d'être injustement allouées voire « détournées » par des groupes particuliers. **Un ciblage efficace de la population est donc fondamental à la confiance du public envers le système de santé.**

## QUELS SONT LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS ET LES FONCTIONS D'UN SYSTÈME DE CIBLAGE DE LA POPULATION ?

L'aspect le plus utile d'un cadre à l'usage des organismes de santé destiné à comprendre les différentes fonctions nécessaires à un système de ciblage de la population est peut-être la « Chaîne de prestation de la protection sociale » proposée par la Banque mondiale dans son inestimable ressource *Sourcebook on the Foundations of Social Protection Delivery Systems (Guide sur les fondements des systèmes de prestation de la protection sociale)* (Lindert et al. 2020). Elle comporte **neuf étapes distinctes dans le processus d'évaluation, d'inscription, de prestation de services et de gestion des bénéficiaires d'un programme de protection sociale donné.**

Figure 1 : La Chaîne de prestation de la protection sociale



### ÉVALUATION :

- 1) **Portée :** Le processus initial de sensibilisation au programme ou aux prestations sociales en partageant les informations avec les groupes auxquels elles étaient principalement destinées. L'objectif de cette première étape est d'aider la population visée à comprendre le programme et à y prendre part en soumettant ses informations pour une éventuelle inclusion dans celui-ci.

- 2) **Accueil et inscription** : À cette étape, des informations sont collectées sur la population ciblée, soit par le biais d'individus et de ménages s'y inscrivant activement, soit par l'inclusion de leurs informations à partir d'autres sources de données administratives.
- 3) **Évaluation des besoins et des conditions** : Toutes les informations requises pour évaluer l'éligibilité d'un déclarant sont collectées, vérifiées et regroupées avec ses informations d'identification et d'inscription pour créer un « profil de déclarant » complet qui peut être traité. Cela peut inclure la collecte de données sur les revenus, les actifs, le statut professionnel actuel, les dépenses du ménage, l'état d'invalidité et d'autres caractéristiques socioéconomiques de la personne inscrite.

### **INSCRIPTION :**

- 4) **Admissibilité et inscription** : Le profil de chaque personne inscrite est évalué en fonction d'un ensemble de critères d'éligibilité déterminant les individus qui devraient être admissibles (par exemple, en fonction du statut de revenu ou d'autres facteurs de risque).
- 5) **Détermination des ensembles de prestations et de services** : Les profils de besoins des personnes inscrites peuvent également être évalués à ce stade en vue d'apporter des modifications à l'ensemble de prestations ou de services fournis par le programme social. Par exemple, si un nombre plus élevé de personnes que prévu est évalué comme éligible, l'ensemble des prestations peut être ajusté, le budget augmenté ou un système de liste d'attente peut être établi.
- 6) **Notification et intégration** : Une fois informés de leur éligibilité, de leur inéligibilité ou de leur inscription sur la liste d'attente, les bénéficiaires dont l'inscription est validée seront intégrés. Le processus d'intégration comprend la fourniture d'informations sur les règles, les activités, les attentes, les droits et les responsabilités du programme social. Il informera le bénéficiaire des modalités d'accès aux prestations et lui donnera les moyens de le faire (par exemple, une carte à puce pour bénéficiaire).

### **PRESTATION ET GESTION DES SERVICES :**

- 7) **Prestations ou services** : Il est fréquent de constater, à l'étape de la prestation des services, des différences d'un cas à l'autre selon le type de programme social. Certains programmes peuvent solliciter des informations supplémentaires auprès des bénéficiaires à ce stade, notamment des renseignements médicaux ou des coordonnées bancaires.
- 8) **Conformité, mise à jour et réclamations des bénéficiaires** : Cette étape consiste à mettre à jour et à corriger les informations sur les bénéficiaires et leurs ensembles de prestations et de services, mais aussi à s'assurer que les bénéficiaires effectuent toutes les tâches que le programme leur impose (par exemple, des conditions telles que la participation à certaines activités liées à la santé, à l'éducation ou au travail). Elle comprend également les recours au processus d'évaluation de l'éligibilité, pour les cas où un déclarant estime qu'il n'a pas été évalué correctement ou équitablement, et un processus de règlement des griefs pour résoudre les plaintes.
- 9) **Décisions d'exclusion, notification et issue des procédures** : Cette dernière étape utilise des informations de surveillance continue ainsi que des critères d'exclusion pour clore les dossiers,

signaler les plans de service et l'issue des procédures, mais aussi pour informer les bénéficiaires s'ils doivent quitter le programme pour une raison quelconque.

**Réévaluation périodique :** En ce qui concerne les programmes pour lesquels les bénéficiaires ne sont évalués et inscrits que rarement (par exemple après un recensement par cycle de plusieurs années), il est important de réévaluer périodiquement l'éligibilité des bénéficiaires existants, au cas où leur situation aurait changé et qu'ils ne seraient plus éligibles. Dans certains programmes, les bénéficiaires doivent être recertifiés tous les ans ou tous les 2 ans.

Le *Sourcebook on the Foundations of Social Protection Delivery Systems (Guide sur les fondements des systèmes de prestation de la protection sociale)* est lui-même une mine de conseils, de ressources et d'outils permettant de soutenir les agences qui sont directement en charge de chacune de ces fonctions de ciblage de la population, par exemple :

- Les indicateurs de rendement clé des systèmes de ciblage de la population,
- Les avantages et les inconvénients des différentes méthodes de collecte des données, ainsi que des modèles d'inscription axés sur la demande (en cours) par rapport à ceux axés sur l'administrateur (périodiques),
- Les meilleures pratiques en matière de conception des critères et des formules de calcul de l'éligibilité.

Étant donné qu'il est rare et peu optimal que les organismes de santé s'occupent de ces questions seules ou même en tant que responsabilité principale, cette boîte à outils ne reproduit pas ces outils et conseils, mais elle met plutôt l'accent sur ce que les organismes de santé en particulier doivent envisager et faire pour être un partenaire actif et efficace dans la conception, la mise en œuvre et le maintien de systèmes efficaces de ciblage de la population.

### *Encadré 1 : Comment les données servant au ciblage de la population sont-elles générées ?*

La collecte des données requises pour le ciblage de la population à grande échelle est une entreprise complexe et difficile sur le plan logistique. Il existe cinq principaux moyens de collecter ces données par les systèmes, la plupart utilisant plusieurs méthodes (Barca et Hebbbar 2020) :

1. **Inscription au recensement :** Une enquête complète ménage par ménage qui est menée à intervalles réguliers de plusieurs années (tous les deux ans au moins, jusqu'à 10 ans d'intervalle). Cela peut concerner l'ensemble du pays ou cibler des zones pré-identifiées comme des régions fortement démunies, par exemple sur la base d'une carte nationale de la pauvreté.
2. **Sensibilisation active périodique :** Des « équipes tournantes » temporaires qui se rendent dans les communautés à intervalles réguliers et invitent les bénéficiaires potentiels à venir s'inscrire. Cela peut également être fait périodiquement (souvent annuellement) en tant que processus d'actualisation des bénéficiaires.
3. **Inscription sur demande dans les bureaux locaux :** Points de contact en personne où les individus peuvent s'inscrire à tout moment s'ils estiment qu'ils peuvent être éligibles à un programme (par exemple dans les bureaux permanents du gouvernement local ou les bureaux des agences partenaires).

4. **Sur demande en ligne** : Sites Web ou applications par le biais desquels les individus peuvent s'inscrire à des programmes à tout moment, avec des quantités variables d'évaluation de l'éligibilité et d'autres phases également réalisées en ligne.
5. **Contrôles croisés des données** : Utilisation des bases de données existantes (par exemple, impôts, sécurité sociale, foncier, véhicules, écoles, etc.) pour valider les informations du demandeur ou identifier passivement les bénéficiaires potentiels et les contacter ou les inscrire directement.

Des éléments à prendre en considération relatifs aux avantages et aux inconvénients de chacune de ces méthodes sont fournis dans l'outil « B20 » de la boîte à outils du chapitre sur le Couplage des données ci-dessous.

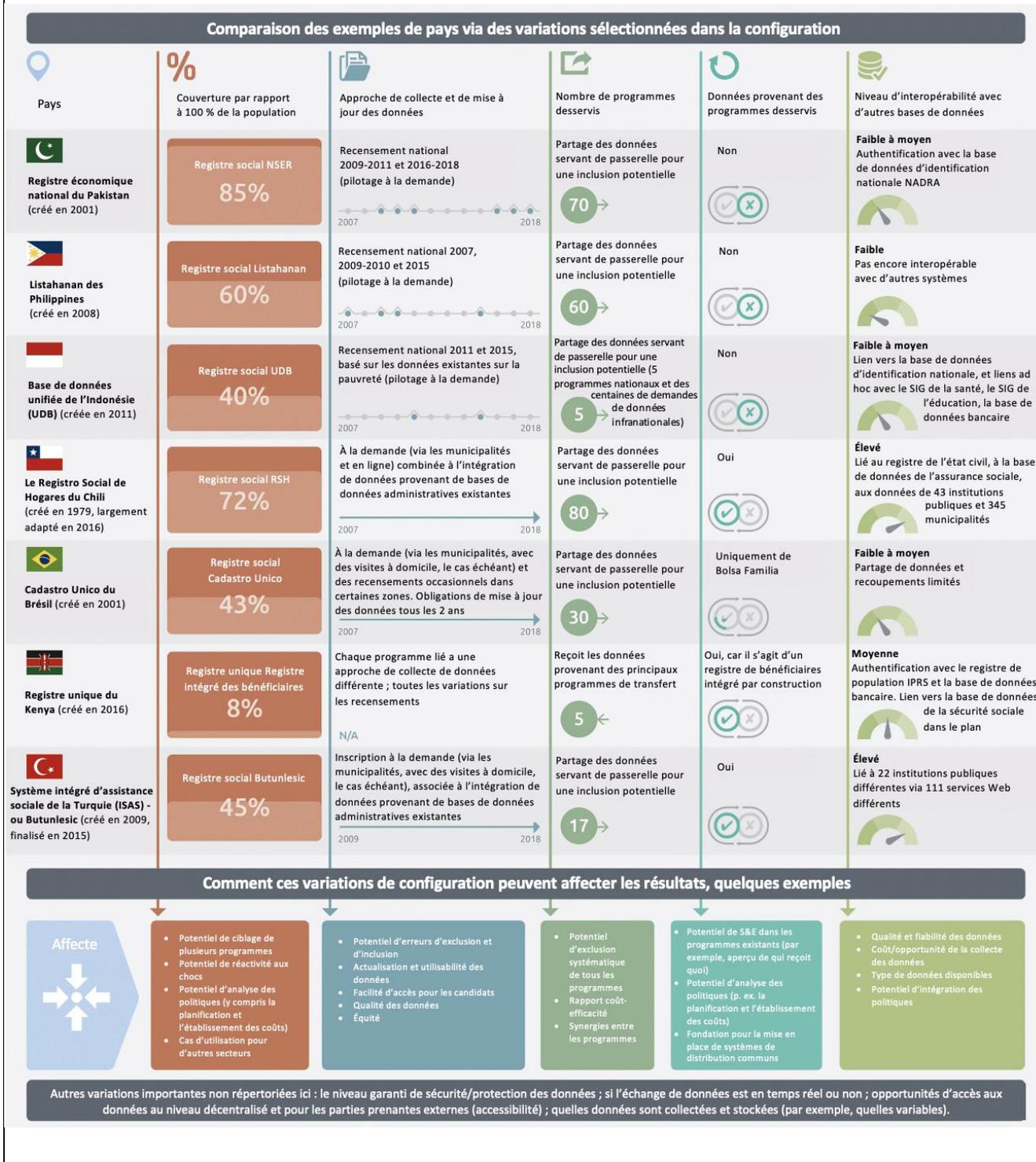
### *Encadré 2 : Explication des registres des bénéficiaires, des registres sociaux et des systèmes de gestion des opérations des bénéficiaires*

**Les registres des bénéficiaires** sont des référentiels de données des bénéficiaires actuels des programmes. Ils peuvent être spécifiques à un programme ou inclure les bénéficiaires de plusieurs programmes. Dans les deux cas, ils donnent un aperçu de qui reçoit quoi d'un ou de plusieurs programmes sociaux. Lorsqu'ils couvrent plusieurs programmes, ils sont appelés **registres des bénéficiaires intégrés**.

**Les registres sociaux** sont établis au nom de plusieurs programmes de protection sociale pour soutenir les fonctions de ciblage de la population de base que sont la sensibilisation, l'inscription et l'évaluation des besoins. Un registre social crée une source d'informations unique et digne de foi sur la population (les ménages ou les individus) que chaque programme et agence peut utiliser pour définir ses propres critères d'éligibilité et dresser la liste des bénéficiaires susceptibles d'être éligibles. La portée des informations sur la population dans les registres sociaux varie, mais elle vise à fournir une image multidimensionnelle du statut social de la population inscrite dans le registre. En bref, les registres sociaux sont un référentiel de données d'informations pertinentes sur les bénéficiaires *potentiels*, qu'ils soient ou non considérés comme éligibles à un programme spécifique. Il peut s'agir de *véritables* registres sociaux, qui centralisent la collecte et l'hébergement des données sur les bénéficiaires potentiels, ou prennent la forme de registres sociaux *virtuels* qui collectent des données principalement en assurant l'interopérabilité avec les bases de données administratives existantes via l'accès aux services Web. La portion de la population inscrite dans un registre social présente des variations importantes d'un pays à l'autre, mais elle peut aller jusqu'à 90 %.

La Figure 2 ci-dessous de Barca et Beazley est une représentation visuelle de certains des principaux choix de conception et différenciateurs entre les registres sociaux dans différents pays, et de leur impact sur leur application et leur utilisation.

Figure 2 : Comparaison des choix de conception de registres sociaux dans sept pays et de leur impact sur les résultats (Barca et Beazley 2019)



**Les systèmes de gestion des opérations des bénéficiaires** sont une forme de système intégré d'information de la gestion (SIG) qui remplit les fonctions de dernière étape de la chaîne de prestation de la protection sociale pour le compte de différents programmes et agences. Cela comprend la notification et l'inscription des bénéficiaires, les paiements, les réclamations et d'autres éléments de la prestation du programme. Les systèmes de gestion des opérations des bénéficiaires peuvent être utilisés dans les programmes de santé si le bénéfice est destiné uniquement au groupe ciblé. Cependant, ils sont moins appropriés pour les services universels tels que les régimes d'assurance maladie sociale, car les personnes pauvres et vulnérables identifiées comme éligibles ne forment qu'une partie d'un groupe plus large de bénéficiaires que l'organisme de santé devra gérer - nécessitant généralement son propre système d'information de la gestion des bénéficiaires.

## POURQUOI LE COUPLAGE DES DONNÉES ET LA COORDINATION INSTITUTIONNELLE SONT-ILS LES PRINCIPAUX DOMAINES D'INTÉRÊT DE CETTE BOÎTE À OUTILS ?

Les pays qui ont participé au JLN Learning Collaborative on Population Targeting (Apprentissage collaboratif du JLN sur le ciblage des populations) représentaient un très large éventail d'approches, de modèles et de maturité dans leurs systèmes de ciblage de la population. Des discussions approfondies sur la portée ont été tenues lors des premières phases de la collaboration pour identifier les plus grandes opportunités pour les organismes de santé en matière d'apprentissage et d'amélioration, notamment : des entretiens de 120 minutes entre chaque pays et l'équipe d'animation technique (janvier 2020) ; un sondage dans le cadre duquel tous les pays ont évalué les thèmes potentiels (mars 2020) ; un sondage de confirmation des priorités suite à une interruption des activités pendant la pandémie de COVID-19 (décembre 2020) ; et un atelier virtuel d'établissement du cadre (avec des réunions de suivi) où les participants pouvaient discuter entre eux des domaines d'intérêt les plus pertinents pour le co-apprentissage (janvier 2021).

Les résultats de ces discussions comprenaient **une conclusion uniforme pour tous les pays, à savoir que la manière la plus pertinente d'améliorer le ciblage de la population était d'établir de meilleurs partenariats avec d'autres agences**, aussi bien en termes de collaboration entre les organisations elles-mêmes que de couplage de leurs ensembles de données. Ces deux domaines ont été jugés très importants pour diverses raisons :

1. De nombreux pays participants mettent simultanément en œuvre **d'autres réformes gouvernementales majeures** en plus de la campagne pour la « santé pour tous », tels que le déploiement de cartes d'identité nationales et la création de registres sociaux centralisés. Il existe des risques considérables pour les organismes de santé qui n'assurent pas une coordination suffisante avec ces changements - par exemple, la création de systèmes qui dupliquent ce travail, qui doivent être remplacés ou qui ne sont pas interopérables.
2. De nombreux organismes de santé étaient largement conscients des types de changements qui permettraient d'améliorer leurs systèmes de ciblage de la population, mais ils ont constaté que ces **changements ne relevaient pas de la compétence légale du secteur de la santé** (par exemple, les pouvoirs pertinents pourraient être détenus par les impôts, la protection sociale, le travail ou les agences de statistiques).
3. De nombreux organismes de santé ne pensaient pas qu'ils possédaient **l'expertise spécialisée** nécessaire pour s'acquitter correctement de leurs fonctions de ciblage de la population et qu'à cet égard, le secteur de la protection sociale au sens large était en avance en termes de connaissances, de compétences et de ressources disponibles.
4. Dans les pays où un régime national d'assurance maladie était présent, l'agence responsable était souvent relativement nouvelle ou n'avait pas le statut d'un ministère à part entière (par exemple, un organisme quasi gouvernemental ou « indépendant »). Par conséquent, leurs **liens avec les organismes ne relevant pas du ministère de la Santé étaient souvent faibles** ou immatures, et n'avaient pas permis la formation des modèles de partenariat nécessaires pour un ciblage efficace et efficient.

5. De nombreux organismes de santé ont constaté que les mêmes fonctions de ciblage de la population étaient **dupliquées par d'autres organismes** du système.
6. L'organisme de santé **ne faisait pas confiance aux données** fournies par d'autres organismes **ou ne pouvait pas les interroger ou les analyser**.

Un troisième thème prioritaire, notamment la mise à jour des données de ciblage de la population, a également été identifié, mais il a été fusionné aux deux autres lors de discussions de groupe ultérieures, car les solutions potentielles dépendaient largement des actions déjà couvertes par les deux autres thèmes. La mise à jour et la re certification des données constituent donc une catégorie spécifique au sein de la liste de contrôle des décisions en matière de couplage des données (Encadré 6). Un plus petit sous-ensemble de pays a également souligné la nécessité d'identifier en priorité les individus et les ménages *non pauvres* afin de faire respecter les obligations légales en matière de paiement des primes dans leurs régimes d'assurance maladie sociale. Cependant, après discussion, il a été décidé de ne pas l'inclure dans cette collaboration, car les solutions pour le faire sont très différentes de l'identification des personnes pauvres et n'auraient pas été pertinentes pour la majorité des pays du groupe. Par ailleurs, ce thème a déjà été partiellement couvert par un précédent échange d'apprentissage du JLN qui a donné lieu au rapport *Closing the Gap: Health Coverage for Non-Poor Informal-Sector Workers* (Bonfert et al. 2015)

Étant donné que le ciblage de la population est fondamentalement une question de données et de systèmes, les deux thèmes résultants qui forment la base des deux sections principales de ce manuel sont perçus par le collectif comme étant relativement complets. Même s'ils ne couvrent pas tous les problèmes imaginables liés au ciblage de la population dans le domaine de la santé, si les données, les personnes et les institutions parviennent à coordonner efficacement leurs activités entre le secteur de la santé et les autres secteurs, la plupart des problèmes restants seront probablement assez limités (par exemple, l'amélioration de la couverture des décès) ou mieux résolus par d'autres agences (par exemple, en ajustant la combinaison et le poids spécifiques des indicateurs de pauvreté).

**Les deux chapitres qui suivent abordent chacun des thèmes principaux, que sont la coordination institutionnelle et le couplage des données, et fournissent les trois éléments suivants.** Tout d'abord, une **explication** du concept du point de vue des responsables de la santé et de la protection sociale qui ont participé au collectif, y compris les différents modèles dont disposent les pays. Deuxièmement, un **diagnostic** sous la forme d'un modèle de maturité (pour la coordination institutionnelle) et d'une liste de contrôle des décisions (pour le couplage des données) afin de permettre l'identification des principales forces et faiblesses de tout système de santé particulier, ainsi que des mesures pratiques à améliorer. Troisièmement, un lien pour chaque étape vers un ou plusieurs **« outils »** qui ont été créés ou organisés par le collectif dans le but de faciliter la mise en œuvre des changements nécessaires permettant de passer d'une étape à l'autre.

## COORDINATION INSTITUTIONNELLE

### DÉFINITION DE LA COORDINATION INSTITUTIONNELLE ENTRE LES ORGANISMES SANITAIRES ET NON SANITAIRES POUR LE CIBLAGE DE LA POPULATION

La fragmentation et la duplication sont des caractéristiques communes des systèmes de ciblage de la population dans les pays à revenu faible et intermédiaire, car différentes agences et réformes évoluent et développent de manière simultanée leurs propres approches pour des programmes particuliers au fil du temps. Cela conduit à une multitude de systèmes de ciblage de population qui se chevauchent, ou à la réutilisation de systèmes de ciblage existants pour d'autres secteurs pour lesquels ils n'ont pas été conçus. Au Maroc, par exemple, il existe plus d'une centaine de programmes sociaux mis en œuvre par différents organismes gouvernementaux, la plupart de ceux-ci disposant de systèmes de ciblage indépendants et souvent incompatibles. Alors que le Ministère de l'Intérieur collecte des données sur les ménages pauvres et vulnérables pour le compte d'une trentaine de ces programmes, il existe encore une grande fragmentation. Une réforme nationale en cours visant à créer un registre social centralisé de tous les ménages marocains (pauvres et non pauvres) a été mise en œuvre pour corriger cette situation.

**La question fondamentale à laquelle sont confrontés les responsables de la santé dans ces contextes est de savoir comment, du point de vue de leurs organismes de santé, contribuer à « défragmenter » les institutions effectuant un travail de ciblage de la population afin que leurs objectifs soient alignés, les tâches rationalisées et des synergies réalisées ?**

Il existe de nombreux leviers différents qui pourraient être actionnés pour parvenir à cette « défragmentation » des fonctions de ciblage de la population dans l'ensemble du gouvernement. L'une des possibilités serait l'approche de la « méga-fusion » qui rassemblerait toutes les fonctions de la chaîne de prestation de tous les programmes de protection sociale en un seul organisme directeur. Il est difficile de trouver des exemples de réussite de cette mise en pratique, bien que le Ministère néo-zélandais du développement social fournisse un exemple d'intégration d'un large éventail de fonctions de politique sociale. Une autre approche consiste à permettre le partage ou la délégation de certaines fonctions entre les organismes tout en intégrant des mécanismes de coordination pour régir la manière dont cela est mis en œuvre, notamment des approches harmonisées et le partage de données par le biais d'accords interinstitutionnels ou d'un organisme de coordination dédié comme les Secrétariats de la Protection sociale au Kenya et en Gambie (Encadré 5). D'autres pourraient encore fusionner une partie de la chaîne de prestation de la protection sociale tout en conservant le contrôle ultime au sein de chaque ministère de tutelle, notamment avec des systèmes d'informations combinés et d'autres fonctions de « service de clientèle » du Programme intégré d'information communautaire sur l'enregistrement (ICROP) d'Afrique du Sud (Barbero et al. 2015) et les « guichets uniques » de Poupatempo au Brésil (Fredriksson 2020).

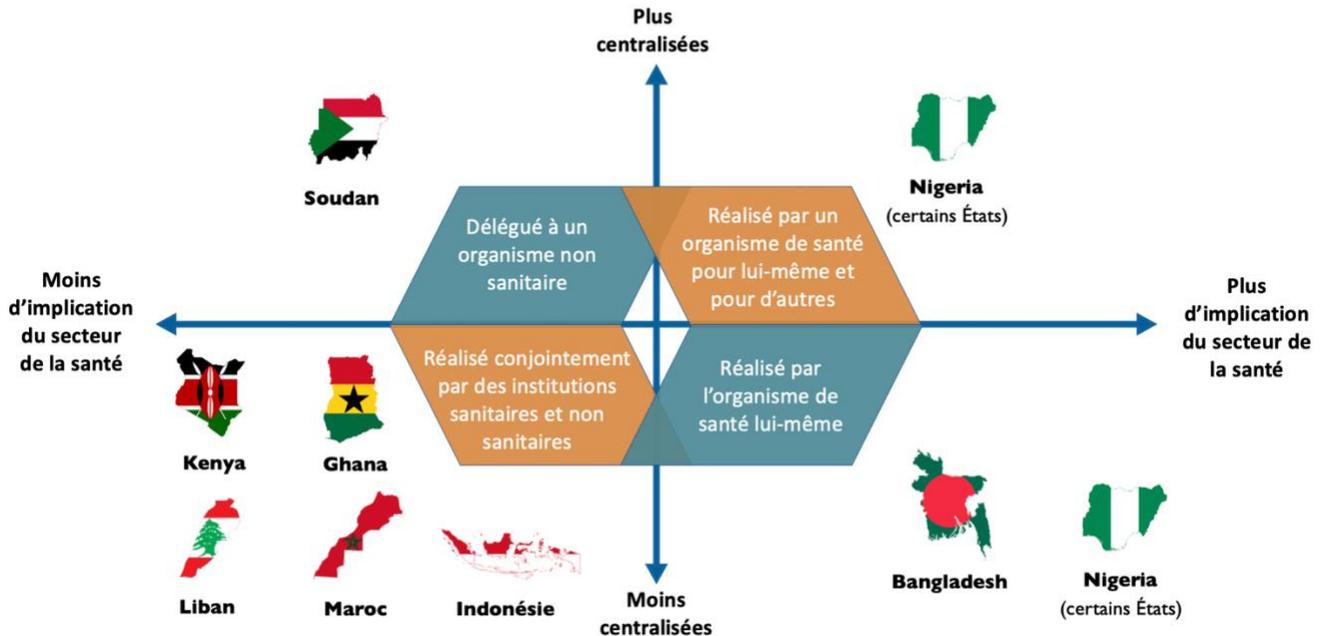
Pour identifier les leviers qui pourraient être les plus pertinents, il est important de comprendre le modèle global d'intégration institutionnelle qui est mis en place. **Du point de vue des organismes de santé, il existe quatre modèles principaux**, comme le montre la Figure 3, dans le cadre desquels les pays participant à ce collectif ont soumis des données sur l'agence responsable de chacune des fonctions de ciblage des populations clés (voir Figure 1) :

1. **La plupart des fonctions de ciblage des populations sont effectuées par le secteur de la santé, pour le secteur de la santé :** L'organisme de santé « fait cavalier seul » en ce qui concerne le ciblage de la population, souvent parce qu'il n'existe aucun autre système solide sur lequel s'appuyer ou parce que le programme de santé est en quelque sorte ciblé différemment (par ex., vers une proportion de la population beaucoup plus importante que les mécanismes de ciblage existants), ou parfois simplement par manque de mécanismes de coordination efficaces avec d'autres agences. Cela est actuellement le cas au Bangladesh, où leur Ministère de la Santé et du Bien-être familial effectue toutes les tâches liées au ciblage de la population en exploitant sa propre base de données distincte et indépendante du registre social (qui est géré par le Ministère du Bien-être social).
2. **La plupart des fonctions de ciblage de la population sont assurées par le secteur de la santé, pour lui-même et d'autres agences :** L'organisme de santé exécute lui-même la plupart des fonctions de ciblage de la population de base, ainsi qu'au nom d'autres institutions non sanitaires. Il s'agit généralement d'un état de transition dans lequel un programme de santé subventionné à grande échelle est l'une des premières grandes réformes nationales de protection sociale entreprises par un pays. Par conséquent, l'organisme de santé lui-même doit identifier, évaluer et inscrire les ménages pauvres et vulnérables. Par la suite, les programmes non liés à la santé utilisent alors ces mêmes données, mais généralement, à un moment précis, ils peuvent transférer le mandat de propriété et de gestion des données de ciblage de la population à un ministère de la Protection sociale ou à un registre social géré par un organisme tiers. Bien qu'il n'en soit pas ainsi dans l'ensemble du pays, certains régimes d'assurance maladie au niveau des États nigériens se trouvent actuellement dans cette position, les données de ciblage des programmes précédents étant si anciennes qu'ils jugent nécessaire de faire du porte-à-porte pour vérifier et étendre ces données, créant une ressource qui sera à son tour utilisée pour mettre à jour les registres d'autres programmes sociaux.
3. **La plupart des fonctions de ciblage de la population sont assurées par des organismes sanitaires et non sanitaires qui travaillent de concert :** La plupart des fonctions de ciblage de la population sont en quelque sorte partagées, dans la mesure où l'organisme de santé jouera un rôle dans la définition ou l'exécution des tâches nécessaires pour décider des individus qui sont sélectionnés pour l'inscription au programme de santé subventionné, mais aussi de quelle manière et pour quelles raisons. Il s'agit souvent de systèmes pour lesquels un registre social centralisé des personnes vulnérables existe, géré par un organisme de protection sociale distinct, mais l'organisme de santé y renseigne une quantité importante de données ou est impliqué dans les décisions clés par le biais de comités interinstitutionnels. Au Maroc, par exemple, le processus et les formules d'évaluation relèvent de la responsabilité d'un comité interinstitutionnel composé de cinq ministères (Santé, Intérieur, Économie et Finances, Agriculture et l'entraide nationale) qui se réunit pour décider des questions qui seront posées. La collecte des données elle-même est coordonnée par les bureaux locaux du Ministère de l'Intérieur, et la vérification de ces données (ainsi que la mise à jour des données) est dévolue aux gouverneurs provinciaux. Chaque programme qui utilise ces données centrales peut déterminer ses propres critères et seuils d'éligibilité.
4. **La plupart des fonctions de ciblage de la population sont exécutées par un organisme non sanitaire, et l'organisme de santé utilise les données :** La majorité des fonctions de

ciblage de la population sont confiées à une institution non sanitaire qui gère les données de ciblage de la population pour le compte de plusieurs agences, l'organisme de santé disposant du minimum d'informations nécessaires pour effectuer les contrôles d'intégration ou les contrôles aux points de service. Par exemple, une liste de bénéficiaires à inscrire au programme national d'assurance maladie sans nécessité de paiement de primes. Le Soudan, par exemple, n'a pas de registre centralisé des bénéficiaires de la protection sociale. Pourtant, une mosaïque d'institutions travaille de concert pour identifier les personnes pauvres et vulnérables pour les programmes de protection sociale, notamment le Ministère du Développement social, le Ministère fédéral des Finances, la Chambre Zakat, la Commission pour la sécurité sociale et la lutte contre la pauvreté, la Caisse nationale de retraites et de sécurité sociale, le Bureau central des statistiques, les organisations de la société civile et registre de l'état civil. Autre situation courante dans d'autres pays, le Ministère des Affaires sociales exploite un registre social dont les données sont ensuite utilisées par l'organisme de santé, mais avec des apports quasi inexistantes à ces données de ciblage de la population ou à cette approche en conséquence.

Figure 3 : Quatre modèles de haut niveau de coordination inter institutions pour le ciblage de la population du point de vue du secteur de la santé

## La plupart des fonctions de ciblage de population sont...



Ces quatre modèles, dans leur ensemble, peuvent être des options valides et efficaces dans les bonnes circonstances et avec la mise en œuvre appropriée. Le modèle particulier qu'un système de santé choisit aura une incidence majeure sur les leviers politiques nécessaires. Cependant, en général, les mêmes catalyseurs sous-jacents d'une forte coordination institutionnelle existent indépendamment : des rôles et des responsabilités clairs entre les institutions impliquées, des politiques et des procédures de coopération détaillées, et les compétences et relations appropriées au niveau individuel. **Ceux-ci transcendent tout modèle individuel, soutenant l'institutionnalisation de la coordination, plutôt qu'un quelconque modèle spécifique de coordination des institutions.** Telle est la base sur laquelle tous les systèmes de santé peuvent analyser et mieux comprendre leur état actuel et les mesures clés pour s'améliorer dans cette dimension, comme l'indique la matrice de maturité ci-dessous (voir Figure 5).

### AVEC QUI LES ORGANISMES DE SANTÉ POURRAIENT-ILS VOULOIR COLLABORER ET POURQUOI ?

**La liste des différents ministères et programmes avec lesquels les organismes de santé peuvent envisager de collaborer est très étendue, comme le montre le schéma ci-dessous.** De manière générale, plus il y a d'institutions sur cette liste qui auraient besoin de collaborer, plus il est probable qu'une approche plus centralisée de l'intégration soit nécessaire. Cependant, si seulement deux ou trois institutions souhaitent travailler ensemble, elles peuvent le faire grâce à des mécanismes bilatéraux plus directs. **Une envergure plus importante implique une plus grande échelle et des avantages potentiels, mais cela entraîne également une plus grande complexité administrative dans les**

**accords de coordination.** Les dirigeants doivent réfléchir soigneusement à ces compromis selon l'état final qu'ils se fixent comme objectif.

Figure 4 : Institutions potentielles avec lesquelles les 11 organismes nationaux de santé de ce collectif ont souhaité collaborer pour le ciblage de la population

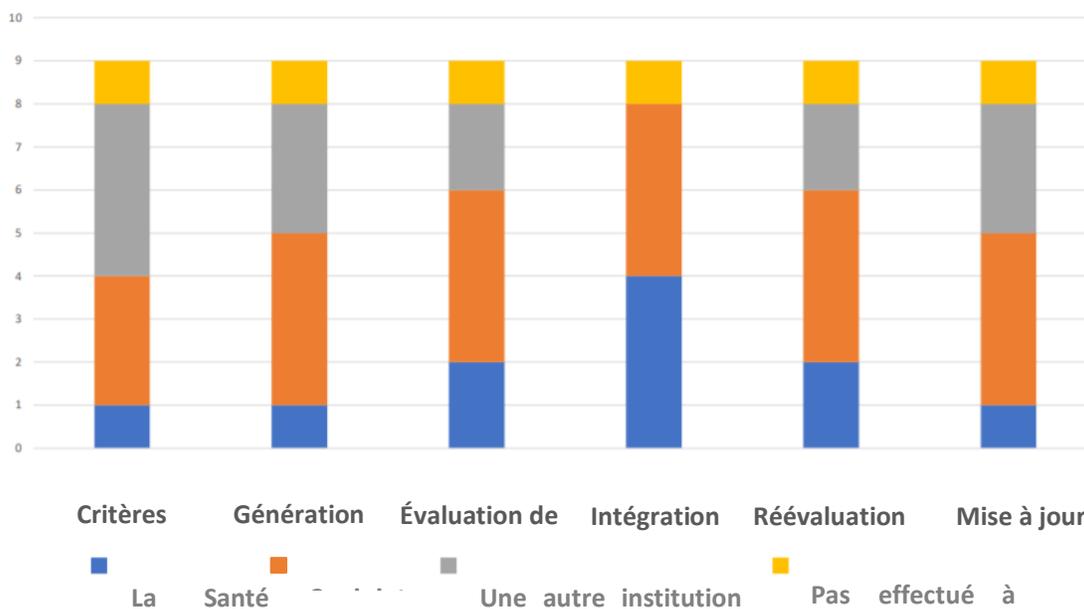


Bien que l'objectif de ce chapitre soit principalement la coordination horizontale (entre les institutions nationales ou Étatiques), la coordination verticale entre les institutions nationales, régionales et locales est une autre dimension importante à prendre en compte. Ce point est abordé dans diverses sections de ce chapitre, mais ne constitue pas un objectif central, car il est difficile de généraliser les enseignements ou les meilleures pratiques entre les pays étant donné que les dispositions varient considérablement. Cependant, bon nombre des principes décrits ci-dessous s'appliqueraient tout aussi bien : définir convenablement les rôles et les responsabilités et les faire correspondre aux attributions et créer des politiques et des procédures claires pour un travail conjoint et de solides relations interpersonnelles.

Avant de choisir les institutions avec lesquelles collaborer et la manière de le faire, il est important de décider des objectifs qu'un organisme de santé souhaite atteindre, ou en d'autres termes, « **quel est le problème que nous essayons de résoudre ?** ». Cela variera considérablement en fonction du modèle et de la maturité du système en question, mais peut aller d'objectifs opérationnels spécifiques, tels que réaliser des gains d'efficacité, et ouvrir la voie au couplage de données, à des aspirations plus macroéconomiques, telles que s'assurer que les réformes parallèles soient bien coordonnées, comme cela est le cas avec le développement simultané au Liberia d'une assurance maladie nationale, de cartes d'identité nationale et d'un registre social (Encadré 4).

Ces objectifs permettront ensuite d'identifier les fonctions spécifiques de ciblage de la population les plus importantes à coordonner ou intégrer. Les données des 11 pays qui ont participé au Learning Collaborative montrent que, de toutes les fonctions de ciblage de la population, les organismes sanitaires étaient plus susceptibles de conserver l'intégration des bénéficiaires en tant que responsabilité directe ou partagée, tandis que la définition des critères d'éligibilité et la production des données nécessaires à intégrer à cette formule relevaient plus probablement de la responsabilité d'autres organismes.

Figure 5 : Qui assume la responsabilité de chacune des fonctions de ciblage de la population ?



Cette image plus nuancée présentée dans la Figure 5 montre que **les organismes de santé peuvent avoir des objectifs différents en ce qui concerne la coordination institutionnelle entre les différentes fonctions**. En ce qui concerne la détermination des critères d'éligibilité, par exemple, ils peuvent rechercher une voie plus formelle pour influencer les fonctions exercées par d'autres institutions, car celles-ci déterminent essentiellement les individus qu'ils peuvent inscrire dans leurs programmes de santé. D'autre part, en ce qui concerne les fonctions partagées, telles que l'évaluation de l'éligibilité, l'organisme de santé peut essayer de réaliser des synergies opérationnelles, telles que des économies en cessant des activités qui pourraient être ou sont déjà mieux exécutées par d'autres.

Il est également important de reconnaître les principaux obstacles. Selon les responsables de la santé au sein du collectif, les revers et les échecs antérieurs de la coordination institutionnelle comprenaient notamment :

- La neutralisation ou le « dépassement » des politiques et procédures formelles visant à promouvoir la coordination des conventions et des cultures organisationnelles informelles et non écrites, ou « l'inertie des organisations »,

- La méfiance quant à la manière dont d'autres agences, auxquelles des fonctions de ciblage de la population avaient été déléguées, remplissaient ces tâches et disposaient de la motivation et des compétences nécessaires,
- Des mandats et réglementations institutionnels contradictoires,
- Des agendas et priorités institutionnels alignés de manière inappropriée,
- Le grand nombre de programmes de protection sociale qui doivent être coordonnés, et
- L'inexistence des connaissances, compétences et capacités requises pour concevoir et maintenir des mécanismes de coordination efficaces.

### **UNE MATRICE DE MATURITÉ POUR LA COORDINATION INTERINSTITUTIONNELLE DU CIBLAGE DE LA POPULATION**

La matrice de maturité suivante a été conçue pour aider les organismes de santé à diagnostiquer leur état actuel et à progresser vers une coordination interinstitutionnelle du ciblage de la population. Chaque dimension a un ensemble spécifique de « mesures d'amélioration » qui lui sont liées, ainsi qu'une sélection organisée d'outils de mise en œuvre pour faciliter la réalisation de ces tâches.

La matrice de maturité est organisée en trois domaines (institutionnel, organisationnel et individuel) qui sont tous nécessaires pour améliorer la coordination du ciblage de la population à l'échelle du gouvernement. Les utilisateurs sont encouragés à évaluer les progrès de leur propre système par rapport à chacune des dimensions de ces trois domaines, et à utiliser les résultats pour décider de ce qu'ils doivent privilégier comme prochaine étape de l'amélioration de la coordination institutionnelle du ciblage de la population.

Les différents domaines et dimensions ne doivent pas être considérés comme des catégories entièrement séparées et étanches - il existe des zones de chevauchement et d'interdépendance, ainsi qu'une marge de discussion quant à la classification des aspects particuliers. Néanmoins, la matrice de maturité fournit un outil d'analyse utile pour examiner l'état actuel du développement au sein des ministères, des départements et des institutions et entre ces derniers, mais aussi pour identifier les domaines où le changement serait bénéfique. Elle est également flexible dans la mesure où elle peut être appliquée à une institution spécifique avec laquelle un organisme de santé souhaite travailler, ou à plusieurs.

*L'annexe montre des graphiques en toile d'araignée de la façon dont les pays de ce collectif ont évalué leurs propres progrès par rapport à cette matrice, bien que les résultats ne soient pas directement comparables, car les participants ont été invités à choisir eux-mêmes les autres institutions sur lesquelles ils souhaitaient axer leur analyse.*

Figure 6 : Une matrice de maturité pour la coordination interinstitutionnelle du ciblage de la population

DIMENSION INSTITUTIONNELLE			
Thème	Caractéristiques		
	Niveau de base	Niveau intermédiaire	Niveau avancé
<b>1. Règles et exigences formelles et informelles</b>	Dans l'ensemble du gouvernement, les « règles du jeu » n'exigent ni soutiennent la coordination et la coopération entre les organisations ; même la coordination de base entre le Ministère des Finances et le Ministère de la Protection sociale est limitée ou inexistante.	Il existe des règles exigeant une coordination entre les organisations gouvernementales, mais elles ne sont pas toujours comprises ou suivies ; la coordination entre les organisations faitières (par exemple, le Ministère des Finances) et les ministères et départements sectoriels est bien établie.	Dans la pratique, les règles exigeant une coordination entre les organisations gouvernementales sont bien comprises et appliquées dans le cadre de la conduite normale des affaires gouvernementales ; la coordination entre l'ensemble des organisations impliquées dans le ciblage de la population est bien établie, avec une responsabilité partagée en ce qui concerne les résultats.
<b>2. Structures inclusives</b>	L'éventail des institutions clés qui doivent collaborer pour le ciblage de la population n'a pas été identifié.	Des comités ou groupes de travail de haut niveau ont été créés, impliquant toutes les institutions participant au ciblage de la population.	Une structure intégrée de comités ou groupes de travail de haut niveau et techniques a été établie pour orienter et soutenir la coopération.
<b>3. Leadership et direction</b>	La perspective ou l'exigence de coordination avec d'autres institutions n'a pas été clairement communiquée aux échelons inférieurs des organisations.	Les organisations ont convenu d'une orientation politique commune et la direction a clairement communiqué en interne l'exigence de coordination.	La pratique de la coordination et de la coopération a été assimilée par le personnel de toutes les organisations participantes.
<b>4. Documentation des exigences et des normes</b>	Les politiques ou exigences opérationnelles des autres organisations avec lesquelles une coordination peut être nécessaire sont mal comprises.	Des protocoles d'entente ou des instruments similaires ont été formulés et reflètent les exigences politiques et opérationnelles de toutes les organisations participantes.	Les protocoles d'entente et autres établissent des normes de coordination, de partage de données et de communication externe évalués par rapport aux pratiques des principaux pays.
<b>5. Protection des données</b>	Aucune politique de protection des données n'a été formulée ; il existe très peu de certitude quant à la protection des données partagées avec d'autres organisations.	Il existe des politiques ou réglementations régissant la protection des données, mais elles ne sont pas toujours respectées.	Il existe des lois sur la protection des données et celles-ci sont appliquées ; les systèmes assurent la traçabilité et la continuité.

<b>6. Examen minutieux/Évaluation</b>	Aucune disposition pour l'agrégation des informations sur les problèmes concernant les différents systèmes de ciblage de la population.	Les groupes de travail de coordination et autres structures similaires sont chargés d'examiner les questions et les problèmes au fur et à mesure qu'ils surviennent.	Un système indépendant (p. ex., une entité dédiée constituée en observatoire) collecte les preuves des problèmes et les signale à la direction concernée pour rectification.
---------------------------------------	---	--	--

<b>DIMENSION ORGANISATIONNELLE</b>			
<b>Thème</b>	<b>Caractéristiques</b>		
	<b>Niveau de base</b>	<b>Niveau intermédiaire</b>	<b>Niveau avancé</b>
<b>1. Structures de coopération technique</b>	Des groupes de travail techniques d'experts issus de toutes les organisations concernées n'ont pas été mis en place ou ne fonctionnent pas.	Des groupes de travail techniques ont été mis en place, mais ils ne résolvent pas efficacement les problèmes.	Les groupes de travail techniques travaillent efficacement pour fournir des systèmes coordonnés et interopérables.
<b>2. Délégation</b>	Les personnes impliquées dans la coordination des efforts de ciblage de la population n'ont pas le pouvoir de prendre des décisions au nom de leurs organisations.	Un pouvoir décisionnel a été délégué, mais il n'est pas toujours exercé.	Le pouvoir décisionnel délégué est exercé efficacement pour encourager les organisations à une coordination pratique.
<b>3. Incitations</b>	Les systèmes de gestion des performances sont absents ou découragent la coordination.	Les systèmes de gestion des performances découragent la coordination.	Les systèmes de gestion des performances encouragent activement la coopération et la coordination.
<b>4. Ressources</b>	Il n'y a pas de ressources (par exemple, le temps de travail) ni la capacité logistique (par exemple, les véhicules, le carburant) pour permettre aux experts de travailler ensemble.	Des ressources ont été affectées, mais elles sont insuffisantes.	Des ressources suffisantes sont disponibles et comprennent des dispositions pour le stockage des données et pour le recours à une expertise externe, le cas échéant.
<b>5. Gestion des données</b>	Il y a très peu de capacités d'intégration et d'utilisation des données fournies par d'autres organisations.	La capacité d'intégration et d'utilisation des données provenant de sources multiples est limitée, mais les compétences et les ressources requises ont été identifiées et sont en cours de développement.	Une capacité adéquate a été établie ; l'expertise internationale est mise à contribution si nécessaire pour soutenir l'interopérabilité des données.

<b>6. Communication</b>	Il n'y a pas de dispositions pour soutenir la communication avec le public sur le ciblage de la population.	Il existe des dispositions de communication publique, mais elles sont mises en œuvre de manière isolée par différentes organisations.	Les messages au public sur le ciblage de la population sont clairs, coordonnés et efficaces.
-------------------------	---	---	--

DIMENSION INDIVIDUELLE			
Thème	Caractéristiques		
	Niveau de base	Niveau intermédiaire	Niveau avancé
<b>1. Engagement en matière de coordination</b>	La nécessité de la coordination n'est pas bien comprise ou acceptée ; les attitudes et les rivalités enracinées entravent la communication au-delà des limites organisationnelles.	La nécessité de la coordination est comprise, mais pas toujours mise en pratique ; les relations interpersonnelles au-delà des limites organisationnelles sont établies, mais pas toujours alignées sur les exigences techniques.	Tout le personnel concerné est pleinement engagé dans la coopération et la coordination avec toutes les organisations concernées ; de bonnes relations interpersonnelles favorisent la coordination au-delà des limites organisationnelles.
<b>2. Connaissances et compétences</b>	Les connaissances et compétences techniques et de gestion permettant de soutenir la coordination sont inexistantes ou insuffisantes. Il n'y a pas de mesures de conservation de la mémoire institutionnelle.	Les capacités techniques et de gestion sont activement renforcées et les meilleures pratiques ailleurs sont recherchées. Il existe des mesures de conservation de la mémoire institutionnelle des travaux antérieurs de ciblage de la population.	Toutes les connaissances et compétences techniques, de gestion et interpersonnelles requises sont présentes et utilisées.
<b>3. Autonomisation</b>	Le personnel manque de confiance pour exprimer des opinions ou prendre des décisions.	Le personnel a confiance en son jugement technique, mais l'ingérence politique pose problème.	Le personnel se sent habilité à exercer l'autorité déléguée et n'est pas limité par des influences externes.

### DIMENSION INSTITUTIONNELLE

Cette dimension traite du cadre des exigences et des attentes formelles et informelles qui, ensemble, constituent les « règles du jeu » qui régissent le fonctionnement du gouvernement.

Le **Thème I** est l'un des aspects essentiels de la dimension institutionnelle, à savoir la **documentation formelle**, notamment les lois et les règlements qui déterminent les devoirs, les responsabilités et les pouvoirs des entités gouvernementales et la manière dont elles doivent collaborer. Par exemple, existe-t-il une obligation de coopération pour le ciblage de la population, de réponse aux demandes de données

et d'évolution vers des systèmes interopérables ? Ce thème comprend également les **conventions informelles et non écrites** qui façonnent la manière dont les organisations et les agents de la fonction publique collaborent dans la pratique. Par exemple, les ministères des Finances ont souvent plus de poids dans les différends interministériels que les ministères de tutelle ; cela peut être en partie dû aux pouvoirs accordés dans la législation des finances publiques, y compris l'approbation des dépenses extraordinaires ou des virements entre les lignes budgétaires, mais cela reflète aussi souvent une simple reconnaissance conventionnelle de l'autorité du ministère.

*Mesures d'amélioration clés :*

1. *Examiner de manière critique les obstacles sous-jacents à la coordination et à la coopération afin de déterminer s'ils sont de nature institutionnelle, organisationnelle ou individuelle, en prélude à la planification des mesures d'amélioration.*
2. *Examiner les mandats juridiques pertinents de toutes les organisations concernées pour identifier les chevauchements et les incohérences, et formuler des propositions d'amendement.*

Le **Thème 2** traite de la mesure dans laquelle des comités interministériels ou des groupes similaires ont été mis en place pour fournir une **structure inclusive** de gouvernance de haut niveau au sein de laquelle la coordination des efforts de ciblage de la population peut progresser. Au début, cela peut impliquer des mécanismes de coordination bilatéraux entre des agences individuelles, mais avec le temps, cela peut évoluer vers des structures de coordination plus intégrées pour le ciblage de la population dans toutes les institutions concernées.

*Mesure d'amélioration clé : Identifier les organisations au sein du gouvernement qui ont un intérêt dans les mécanismes de ciblage de la population ou détiennent des données pertinentes et cartographier les structures de coordination existantes entre elles. Étudier la manière dont d'autres structures pourraient les rendre plus inclusives ou dont les liens entre elles permettent une coopération plus large et plus efficace.*

Le **Thème 3** évalue dans quelle mesure cela a été suivi par le **leadership et la direction** des ministères, des départements et des agences, pour établir une attente clairement comprise de la collaboration entre le personnel.

*Mesure d'amélioration clé : Nommer les hauts fonctionnaires chargés de diriger les efforts coordonnés de ciblage de la population dans toutes les organisations concernées et fournir des conseils en matière de communications internes.*

Le **Thème 4** traite de la mesure dans laquelle l'intention de coordonner les efforts de ciblage de la population a été reflétée dans une **documentation** explicite telle que des protocoles d'entente ou des accords équivalents, qui établissent les objectifs communs de la collaboration ainsi que les priorités et les exigences de tous des participants et des normes de conduite communes.

*Mesure d'amélioration clé : Développer et affiner des protocoles d'entente ou des documents similaires comme cadre de coopération entre toutes les organisations concernées.*

Le **Thème 5** évalue le cadre des politiques et de la législation relatives à la **protection des données**, qui devrait promouvoir la coordination en garantissant que toutes les données que les organisations partagent entre elles seront conservées et traitées de manière sûre, sécurisée et appropriée selon une norme commune à l'ensemble du gouvernement.

*Mesure d'amélioration clé : Impliquer l'organisme responsable de la politique et de la législation en matière de protection des données dans le dialogue sur le ciblage de la population afin de garantir la protection des données personnelles.*

Le **Thème 6** examine s'il existe des dispositions pour assurer la surveillance et l'**examen approfondi et l'évaluation** d'un système coordonné de ciblage de la population entre les agences pour recueillir des informations sur les problèmes et les questions survenant dans l'ensemble du système, et pour s'assurer qu'ils sont suivis et traités par la direction des ministères, départements et organismes respectifs. Cela peut prendre la forme d'une unité dont la mission est d'effectuer des évaluations périodiques de l'ensemble du processus de ciblage de la population entre les agences, y compris le respect des réglementations et des accords, les rôles de chacun, la qualité de la coordination et les éventuels goulots d'étranglement restants.

*Mesure d'amélioration clé : Élaborer des dispositions visant à garantir l'identification et le traitement de manière coordonnée des problèmes liés aux systèmes de ciblage de la population. Identifier les mécanismes d'évaluation standard qui doivent être mis en place pour garantir le bon fonctionnement de la coordination.*



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre : Dimension institutionnelle**

Les outils suivants ont été créés et organisés pour aider les responsables de la mise en œuvre et les praticiens dans les domaines d'action et de décision clés mis en évidence ci-dessus :

#### **Outils de mise en œuvre :**

A1 : [Guide de questionnement pour l'identification des obstacles sous-jacents à la coordination institutionnelle](#)

A2 : [Modèle d'étude des mandats juridiques pertinents entre les agences](#)

A3 : [Guide de communication visant à encourager les institutions à collaborer pour une coordination plus étroite](#)

#### **Exemples de documents :**

A4 : [Exemple de protocole d'entente entre le registre social du Kenya, le régime d'assurance maladie nationale et d'autres programmes sociaux](#)

#### **Rapports et directives sur les meilleures pratiques :**

A5 : Transform. (2017) « [Gestion des systèmes de protection sociale : Institutions, structure organisationnelle et capacités : manuel pour un programme de leadership et de transformation sur la création et la gestion des socles de protection sociale en Afrique](#) ».

A6 : Leite, P. et al. (2017) « [Registres sociaux pour l'aide sociale et au-delà : Une note d'orientation et un outil d'évaluation](#) », Groupe de la Banque mondiale.

A7 : Organisation internationale du Travail. (2021) « [Gestion des systèmes de protection sociale : un parcours d'apprentissage ; Module 2 : Technologies et données d'information et de communication](#) », Organisation internationale du Travail. ISBN : 978-9-22-035072-0 (PDF Web).

## DIMENSION ORGANISATIONNELLE

Bien que la dimension institutionnelle soit concernée par le cadre ou l'environnement favorable dans lequel les organismes gouvernementaux interagissent et collaborent, la dimension organisationnelle se concentre sur les activités *au sein* de ces institutions et de la manière dont elles sont financées, structurées et gérées pour atteindre leurs objectifs.

Le **Thème 1** examine dans quelle mesure les accords de haut niveau entre les institutions ont été répercutés dans des **structures de coopération technique** telles que des groupes de travail ou des unités de coordination au sein desquelles des experts de toutes les organisations concernées peuvent collaborer pour résoudre des problèmes pratiques.

*Mesure d'amélioration clé : Mettre en place des unités de coordination technique ou des groupes de travail dotés de fonctions et de mandats appropriés afin de développer une approche coordonnée du ciblage de la population.*

Le **Thème 2** évalue si les personnes impliquées dans l'élaboration de solutions coordonnées pour le ciblage de la population ont une autorité suffisante leur permettant de prendre les décisions nécessaires au nom de leurs organisations par le biais de voies de **délégation** appropriées.

*Mesure d'amélioration clé : Veiller à ce que les descriptions de poste et les cadres de gestion du rendement des cadres supérieurs concernés confèrent des pouvoirs délégués adéquats.*

Le **Thème 3** évalue la mesure dans laquelle les systèmes de gestion du rendement des organisations participantes **encouragent** ou découragent activement les comportements collaboratifs dont dépendra la coordination. Les objectifs ou les compétences requises qui sont définis reconnaissent-ils et récompensent-ils la coopération au-delà des limites organisationnelles ?

*Mesure d'amélioration clé : Veiller à ce que les cadres de gestion du rendement de tout le personnel impliqué spécifient et encouragent la coopération inter institutions.*

Le **Thème 4** reflète la nécessité de **ressources** adéquates de toutes sortes (du temps alloué au personnel aux espaces de bureau, en passant par les ordinateurs, les véhicules et le carburant pour permettre les déplacements vers les lieux de réunion) pour la participation des organisations

Mesure d'amélioration clé : Examiner les dispositions budgétaires en consultation avec le personnel impliqué dans la mise en œuvre des initiatives de ciblage de la population.

Le **Thème 5** décrit la capacité organisationnelle d'intégrer, d'utiliser et de **gérer les données** entre plusieurs institutions - y compris la disponibilité de logiciels et de matériel appropriés, les processus et procédures opérationnels appropriés, l'existence d'installations sûres et sécurisées pour le stockage des données et les compétences techniques pour les gérer et les traiter.

Mesure d'amélioration clé : Effectuer une évaluation rapide de la capacité de gestion des données, en utilisant l'expertise internationale si nécessaire pour identifier les exigences techniques et mettre en œuvre les constatations.

Le **Thème 6** examine dans quelle mesure la capacité a été établie pour **communiquer** efficacement avec le public sur la nécessité et les avantages des systèmes de ciblage de la population en vue d'apaiser les craintes concernant la collecte et le stockage des données des gouvernements et d'encourager l'adoption.

Mesure d'amélioration clé : Impliquer des experts en communication gouvernementale et en relations publiques dans l'élaboration et la diffusion de messages unifiés sur le ciblage de la population.



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre : Dimension organisationnelle**

Les outils suivants ont été créés et organisés pour aider les responsables de la mise en œuvre et les praticiens dans les domaines d'action et de décision clés mis en évidence ci-dessus :

#### **Outils de mise en œuvre :**

A8 : [Liste de contrôle des fonctions, tâches et responsabilités des unités de coordination technique et des groupes de travail](#)

A9 : [Formats de cartographie organisationnelle pour visualiser les états actuels et futurs de la coordination inter institutions pour le ciblage de la population](#)

#### **Exemples de documents :**

A10 : [Exemple de mandat des unités de coordination technique ou des groupes de travail](#)

A11 : [Exemples de « visages publics » transparents pour les initiatives intégrées de protection sociale](#)

#### **Rapports et directives sur les meilleures pratiques :**

A12 : Organisation internationale du Travail, (2021) « [Gestion des systèmes de protection sociale : un parcours d'apprentissage ; Module 1 : La coordination](#) ». OIT.

A13 : (2017) « [Systèmes d'information de la gestion et approches de l'intégration de données - Manuel pour un programme de leadership et de transformation sur la création et la gestion des socles de protection sociale en Afrique](#) », Transform.

## DIMENSION INDIVIDUELLE

Cette dimension aborde les connaissances, les compétences et les attitudes des membres du personnel activement impliqués dans les initiatives de ciblage de la population, et de leurs gestionnaires. Celles-ci reflètent les antécédents scolaires ainsi que la formation et l'expérience professionnelles des individus en question, et peuvent être améliorées, si nécessaire, par la formation ou d'autres interventions de renforcement des capacités.

Le **Thème 1** traite des attitudes et de **l'engagement sous-jacents envers la coordination** avec d'autres organisations que le personnel associe à son travail, et est étroitement lié aux aspects informels de l'environnement institutionnel.

*Mesure d'amélioration clé : Établir un programme de communications internes et d'ateliers pour améliorer les attitudes en vue d'une collaboration avec d'autres organisations.*

Le **Thème 2** aborde les niveaux de **connaissances et de compétences** pertinentes, aussi bien techniques que liées aux fonctions de gestion et d'administration, qui sont disponibles, et prévoit de combler les principales lacunes. Bien que cela ne soit pas spécifiquement mis en évidence, cela devrait également inclure une prise en compte de la mémoire institutionnelle et de la manière dont celle-ci est archivée, en particulier dans les systèmes où les postes clés ont une rotation élevée.

*Mesure d'amélioration clé : Mener une évaluation des capacités avec le personnel concerné et commander des interventions de formation appropriées dans les domaines prioritaires identifiés. Envisager également d'établir une fonction ou une ressource de gestion des connaissances pour préserver la mémoire institutionnelle des efforts antérieurs de ciblage de la population et de coordination.*

Le **Thème 3** reflète la mesure dans laquelle le personnel a assimilé tout degré de délégation d'autorité qui lui a été accordé, et se sent confiant et **habilité** à prendre les décisions nécessaires de sa propre initiative.

*Mesure d'amélioration clé : Assurer une communication claire depuis les niveaux supérieurs, renforcée par des actions pratiques visant à aider le personnel à prendre et à respecter les décisions déléguées.*



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre : Dimension individuelle**

Les outils suivants ont été créés et organisés pour aider les responsables de la mise en œuvre et les praticiens dans les domaines d'action et de décision clés mis en évidence ci-dessus :

#### **Outils de mise en œuvre :**

A14 : [Liste de contrôle des actions pour améliorer la coopération individuelle entre les agences](#)

A15 : [Ordre du jour et matériel de facilitation pour l'organisation d'un atelier multi institutions afin de discuter d'une coopération plus étroite](#)

**Exemples de documents :**

A16 : [Exemple de méthodologie en vue de l'évaluation et de la création d'un cadre de compétences dans le secteur de la santé pour une application potentielle à la coordination institutionnelle du ciblage de la population](#)

**Rapports et directives sur les meilleures pratiques :**

A17 : Colville, J. (2008) « [Guide de l'utilisateur de la méthodologie d'évaluation des capacités](#) », Bureau du groupe de développement des capacités pour la politique de développement. PNUD.

## ÉTUDES DE CAS DE COORDINATION INSTITUTIONNELLE DU CIBLAGE DE LA POPULATION

### *Encadré 3 : dispositions pour la coordination institutionnelle du « Listahanan » aux Philippines*

Le Listahanan (ou liste des ménages) est le registre social national développé par le Ministère philippin de la Protection sociale et du Développement (DSWD) et fut lancé en 2009. Il a été conçu pour centraliser l'identification et l'enregistrement des familles philippines à faibles revenus dans un large éventail de programmes sociaux, y compris le principal régime de transferts monétaires conditionnels, la pension sociale pour les personnes âgées et le programme d'assurance maladie universelle PhilHealth pour lequel il identifie les familles à faibles revenus auxquelles les primes du gouvernement sont destinées. En 2021, le Listahanan disposait de données sur plus de 75 % des ménages aux Philippines, y compris des ménages bien au-dessus du seuil de pauvreté ou éligibles à des programmes d'assistance sociale ciblés.

Le Listahanan est un exemple majeur de registre social national qui, en centralisant le ciblage de la population en un seul programme, a simultanément amélioré la précision et la couverture du ciblage et réduit les coûts. Le principal moyen de collecter des données est un recensement d'environ trois quarts des ménages philippins, qui est effectué tous les quatre ans et contient plus de 100 questions relatives à l'identité, aux conditions de vie et à d'autres facteurs socioéconomiques. Les programmes individuels peuvent ensuite sélectionner leurs critères d'éligibilité parmi ces indicateurs et dresser leur propre liste de ménages éligibles.

Plus de 50 programmes nationaux de protection sociale sont mandatés par la loi pour utiliser le Listahanan, tous régis par un protocole d'entente qu'ils doivent signer avec le DSWD, et qui stipule ce qui suit :

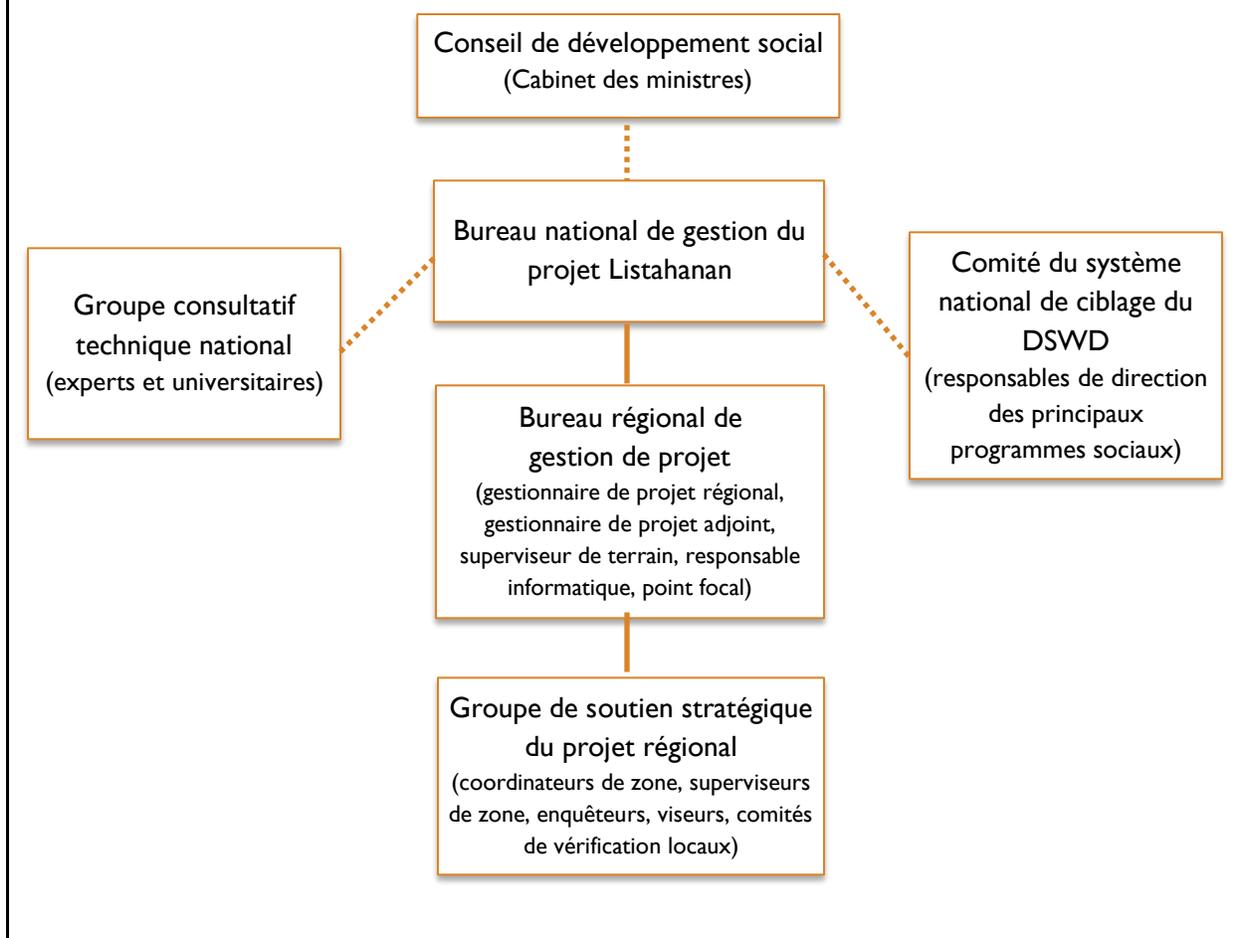
- Les situations dans lesquelles les données brutes/de base peuvent ou ne peuvent pas être partagées avec d'autres institutions
- La manière dont les demandes de données doivent être effectuées

- Les exigences de déclaration pour les institutions utilisant les données
- L'utilisation d'un dictionnaire de données et de normes communs entre les institutions utilisant les données
- Les exigences minimales des agences avec lesquelles les données sont partagées, par exemple, un matériel sécurisé, la désignation de responsables de la protection des données, etc.

Le Listahanan lui-même a également un certain nombre de lignes de responsabilité qui garantissent qu'il demeure réactif aux besoins des autres ministères et programmes sociaux (au lieu de ne leur confier que des mandats). Cela inclut la surveillance par un groupe de ministres qui constituent un conseil spécial pour régir tous les programmes sociaux publics en faveur des personnes pauvres. Il existe également deux comités consultatifs : l'un composé de responsables de la direction des programmes sociaux qui utilisent le Listahanan et l'autre d'experts externes en matière de protection sociale et de développement. En outre, il existe divers bureaux régionaux de gestion de projet qui collaborent avec les programmes et les responsables concernés à un niveau plus décentralisé.

De nombreux progrès ont été réalisés en ce qui concerne l'interopérabilité avec le PhilHealth, mais toujours avec des priorités importantes pour de nouveaux progrès à l'horizon. Depuis 2014, de nombreux hôpitaux publics sont en mesure d'inscrire les patients à faibles revenus sur les lieux de soins, en demandant à un travailleur social de les évaluer et de les inscrire à la couverture du programme PhilHealth, ces informations étant ensuite transmises au Listahanan pour validation. Il s'agit d'un élément potentiel important de la mise à jour bidirectionnelle, cependant, il n'est actuellement pas possible pour le PhilHealth de mettre à jour autrement les données du Listahanan, notamment la mise à jour des renseignements personnels (par exemple, en cas de naissance au sein d'une famille) en dehors des recensements à intervalle régulier de quatre ans. Autre limitation, en l'absence d'identifiant unique entre le Listahanan et les bases de données des bénéficiaires du PhilHealth, les nouvelles données publiées par le Listahanan tous les quatre ans doivent être manuellement couplées. Cependant, une solution à ce problème est en cours de développement, car les deux agences adopteront bientôt un identifiant commun comme stipulé par la loi philippine sur le système d'information, et un couplage automatisé est prévu lors de la prochaine mise à jour des données du Listahanan collectées tout au long de l'année 2021.

Figure 7 : Structure de gouvernance du Listahanan des Philippines



#### Encadré 4 : étude de cas de mise en œuvre du groupe de travail technique interagences du Liberia

Avec plus de la moitié de ses 4,7 millions d'habitants qui vivent en dessous du seuil de pauvreté national, le Liberia est confronté à de nombreux défis liés à l'amélioration de la santé et au développement. Actuellement, trois réformes majeures sont déployées en parallèle. Une harmonisation de ces dernières serait un grand pas en avant pour les efforts de réduction de la pauvreté au cours de la prochaine décennie :

1. Le Ministère de la Santé en est aux premiers stades de la création d'un régime d'assurance-maladie sociale, qui sera connu sous le nom de Fonds d'équité du Liberia pour la santé (LHEF). Nous espérons que ce régime s'appuiera sur les systèmes de ciblage existants pour identifier une proportion de la population (encore à déterminer) qui sera exemptée du paiement des cotisations dans le cadre de ce régime. L'intention est de lancer le régime en 2023 et de réaliser une couverture universelle d'ici 2030.

2. Le registre national d'identification (NIR) est en cours d'établissement comme système d'identification fondamental pour tous au Liberia, et comporte un numéro d'identification unique, une carte à puce et un système de vérification biométrique. Les inscriptions ont commencé en 2017 avec un plan visant à atteindre une couverture totale d'ici 2023.
3. Le système d'information du registre social (SRIS) sera le registre social du Liberia répertoriant les ménages pauvres et vulnérables. En cours d'élaboration par le ministère du Genre, de l'Enfance et de la Protection sociale (MoGCSP), la collecte de données pour le registre a commencé en décembre 2020 avec une date d'achèvement prévue en 2022. Le registre sera utilisé pour mettre en place un programme national de transferts monétaires, mais aussi, on l'espère, un large éventail d'autres programmes de protection sociale et de santé.

Comme le montrent les dates de mise en œuvre de chacune de ces réformes, les prochaines années seront une période critique pour les trois réformes. Une coordination réussie permettra d'acheminer de manière transparente les données recueillies sur les pauvres et les personnes vulnérables vers le nouveau LHEF, permettant une couverture automatique de ces ménages lors du lancement du régime d'assurance-maladie sociale. Cependant, si chaque agence adopte une vision plus étroite et se concentre uniquement sur son propre mandat et ses responsabilités (importantes), alors des systèmes distincts peuvent se développer, surchargeant ainsi le Liberia de processus fragmentaires et non interopérables pendant de nombreuses années.

Consciente de ce défi, en avril 2021, une équipe conjointe de responsables du ministère de la Santé, du MoGCSP et du NIR s'est présentée comme un exemple d'apprentissage de cas de mise en œuvre pour le JLN Learning Collaborative on Population Targeting. Ils espéraient utiliser la plate-forme du JLN comme un moyen de rassembler leurs agences et de concevoir des mécanismes qui coordonneraient plus efficacement leurs réformes respectives. L'approche impliquait que les participants au LCPT puissent accompagner l'équipe libérienne tout au long de leur processus initial de réflexion et d'élaboration de plans — en leur fournissant un soutien et des défis au fur et à mesure qu'ils les développaient, mais aussi en intégrant les enseignements de cette expérience dans leurs propres systèmes qui avaient en majorité des problèmes comparables de coordination interagences sous-optimale.

Le groupe a entrepris une série de quatre ateliers virtuels de 90 minutes sur cinq mois pour formuler un plan conjoint pour un groupe de coordination technique supplémentaire entre les trois agences (et d'autres acteurs clés). Ces réunions virtuelles ont commencé par une cartographie des mécanismes de coordination actuels et des principaux problèmes et défis, avec une discussion de groupe prolongée pour identifier les domaines où les expériences des autres pays membres du groupe pourraient être utiles. La collaboration asynchrone et les activités et tâches hors ligne ont abouti à l'organisation de trois ateliers supplémentaires à mesure que les plans prenaient forme, avec un accent particulier sur les principaux enseignements tirés de groupes équivalents dans d'autres systèmes, tels que leur domaine d'intervention, leurs structures, leur base juridique, leur composition et les facteurs de réussite.

Au cours de ces réunions, l'équipe du Liberia a pu faire des progrès significatifs vers son objectif de mise en place d'une meilleure coordination aux niveaux opérationnel et technique. Leur proposition de

groupe de travail technique (GTT) a maintenant un objectif directeur, qui est « d'améliorer la coordination pour un ciblage efficace en vue d'une couverture sanitaire universelle au Liberia », une version préliminaire de mandat, une proposition de structure d'adhésion et un plan d'action qu'ils proposent de suivre lors de la mise en place du GTT.

Bien que la mise en œuvre de ce plan soit retardée jusqu'à l'obtention de l'approbation officielle des ministres concernés, de sorte qu'il n'existe pas encore de calendrier d'activités du GTT pour l'équipe du Liberia, le processus de collaboration sur ces seuls sujets a favorisé un bien meilleur niveau de coopération au niveau interpersonnel entre les personnes impliquées. Il est désormais plus facile pour l'équipe de s'inviter et de participer aux réunions d'élaboration de politiques et de stratégies des uns et des autres, et le processus a également été utile pour les nombreux autres pays qui ont participé à la réflexion sur la manière dont leurs propres systèmes de coordination institutionnelle pourraient être améliorés à l'avenir.

#### *Encadré 5 : étude de cas sur les mécanismes de coordination multi-institutions en Gambie*

La Gambie est un pays relativement petit de 2,4 millions d'habitants situé en Afrique de l'Ouest et marqué par une pauvreté généralisée et la sécurité alimentaire. En 2018, une évaluation de la Banque mondiale des 21 programmes de protection sociale différents gérés par sept ministères différents a été menée et a conclu que ce système était fragmentaire, sous-coordonné et pas assez systématique pour lutter contre la pauvreté. Il a souligné les opportunités d'une approche à plus long terme organisant ces différents régimes sous une stratégie et une approche cohérentes. Une politique nationale de protection sociale et un plan de mise en œuvre existaient à l'époque, mais ni l'un ni l'autre n'était mis en œuvre avec dynamisme.

Des changements de politique ont été apportés à plusieurs niveaux pour créer une approche davantage coordonnée. Au niveau institutionnel, un Secrétariat national de la protection sociale a été mis en place pour veiller à ce que la politique nationale en matière de protection sociale soit mise en œuvre comme prévu. Les principales caractéristiques de ce secrétariat sont les suivantes :

- Son autorité découle du fait qu'il est le secrétariat d'un comité de direction de la protection sociale à un niveau beaucoup plus élevé avec une haute direction politique.
- Sa situation institutionnelle au sein du Bureau du vice-président lui donne un pouvoir de mobilisation supérieur à celui des différents ministères qu'il souhaite coordonner.
- La composition du comité assure un équilibre entre ancienneté et continuité, avec des délégués permanents de tous les programmes de protection sociale au niveau du secrétariat, et un suppléant (nommé) qu'ils pourraient envoyer à leur place en cas d'indisponibilité.
- Le Secrétariat s'est vu confier un rôle large et ciblé, avec l'appropriation d'un vaste éventail de responsabilités, notamment la mise en place d'un registre social, l'alignement des politiques de protection sociale entre les ministères, l'amélioration de la coordination des programmes,

l'examen conjoint des plans de dépenses du secteur de la protection sociale et l'élaboration d'un système central de suivi et d'évaluation de la protection sociale.

Il était également nécessaire de créer des liens de coordination aux niveaux opérationnel et de gestion entre les agences et les programmes. Par conséquent, en 2019, un groupe de travail technique sur la mise en œuvre du registre social a été créé. Celui-ci était toujours présidé par le bureau du vice-président, mais comptait parmi ses membres des agents techniques provenant des huit ministères clés qui utiliseraient le registre social à l'avenir. Cela fut aussi un symbole de réussite à l'origine d'un élan grâce à des réunions fréquentes, à un plan de travail clair, pour tous les membres ayant une raison claire d'être là et à l'établissement relativement rapide d'une relation de confiance.

Ensemble, le secrétariat et le groupe de travail technique ont considérablement amélioré la coordination, et la réforme du registre social progresse correctement jusqu'à présent, la collecte de données pour celui-ci étant bien avancée. Ces unités mettent désormais l'accent sur la viabilité à long terme des réformes, en particulier après la fin du soutien de la Banque mondiale en 2024. Cela peut impliquer la création d'un comité permanent d'utilisateurs du registre social (aussi bien des organisations gouvernementales que des organisations non gouvernementales) et le ciblage des problèmes d'interopérabilité plus larges au sein du gouvernement.

## COUPLAGE DES DONNÉES

### DÉFINITION DU COUPLAGE DES DONNÉES ENTRE LES ORGANISMES SANITAIRES ET NON SANITAIRES POUR LE CIBLAGE DES POPULATIONS

Le couplage de différents ensembles de données est peut-être l'aspiration la plus importante en matière de développement de systèmes solides de ciblage de la population, en particulier du point de vue du secteur de la santé, qui augmente et utilise largement les données de ciblage de la population au lieu d'en générer directement la majorité. **Le couplage des données est la principale raison pour laquelle la plupart des responsables participant à ce collectif d'apprentissage voulaient en fin de compte faire collaborer les institutions sanitaires et non sanitaires** (le sujet du dernier chapitre).

Le couplage ou la fusion des systèmes de données pour le ciblage de la population a été une aspiration commune au sein des systèmes de protection sociale de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Au cours de la dernière décennie, une attention particulière a été accordée à la création de registres sociaux qui centralisent les données sur les personnes pauvres et vulnérables à l'usage de plusieurs programmes et ministères gouvernementaux, mais aussi de systèmes de gestion des opérations des bénéficiaires (BOMS) qui intègrent les étapes ultérieures de la chaîne de prestation de la protection sociale. Cependant, ces réformes sont souvent incomplètes, car elles ne couvrent pas tous les programmes, toutes les zones géographiques et tous les sous-groupes de population visés, ou n'assurent pas une actualisation régulière des données en raison de mises à jour peu fréquentes. Par ailleurs, pour diverses raisons liées à l'envergure, au calendrier et aux divisions institutionnelles, **les organismes de santé ne sont souvent pas liés à ces réformes du registre social comme le sont d'autres programmes de protection sociale, ce qui crée une division particulière que ce chapitre tente de surmonter.**

**Le couplage des données couvre la capacité de rassembler plusieurs ensembles de données provenant des sources sanitaires et non sanitaires afin d'améliorer l'exhaustivité, la précision, la richesse, la pertinence et l'exactitude du ciblage de la population.** Cela n'implique pas nécessairement la création d'un registre central ni une intégration complète entre les systèmes. L'objectif opérationnel est plutôt une interopérabilité suffisante des systèmes de données entre les agences pour partager les données démographiques d'une agence, ce qui permettra de cibler les décisions d'une autre. En effet, l'attention des pays se détourne de plus en plus des registres sociaux centralisés en faveur des formes plus distribuées de données publiques interopérables et couplées (voir la Figure 9 ci-dessous). Il s'agit notamment de « centre d'échange » et de systèmes infonuagiques (cloud) dans lesquels chaque programme ou institution continue d'exploiter son propre système indépendant, mais avec un échange de données unidirectionnel ou bidirectionnel entre eux.

**Du point de vue d'un praticien, toutes ces options nécessitent l'utilisation de normes en matière de données, de stockage, de gestion et d'analyse communs à différents organismes et programmes, généralement pris en charge par une forme d'identifiant unique (ou une procuration).** La fusion des dossiers n'est qu'une étape de ce processus, un couplage de données réussi et durable nécessitant une « interopérabilité » aux niveaux politique, juridique, organisationnel, sémantique et technique, comme décrit dans la Figure 8, ainsi qu'un écosystème de politiques, procédures, plates-formes et normes favorables.

Figure 8 : Dimensions de l'interopérabilité (Delgado et al. 2013)

<b>Politique</b>	Les partenaires coopérants ont des visions compatibles.
<b>Juridique</b> (alignement législatif et réglementaire)	Synchronisation de la législation de toutes les organisations participantes afin que les données électroniques aient le poids juridique approprié chaque fois qu'elles doivent être utilisées dans les autres organisations.
<b>Organisationnel</b> (alignement organisationnel et des processus)	Les processus par lesquels différentes organisations collaborent pour atteindre leurs objectifs mutuellement bénéfiques et mutuellement convenus en matière de services d'administration en ligne.
<b>Sémantique</b> (alignement sémantique)	Veiller à ce que le sens précis des informations échangées (concept, organisation, services, etc.) soit préservé et bien compris.
<b>Technique</b> (systèmes, interactions et transport)	Coordination des questions techniques liées au couplage des systèmes et services informatiques (interfaces ouvertes, services d'interconnexion, intégration de données, intergiciel, présentation et échange de données, services d'accessibilité et de sécurité).

Souvent, les organismes de santé auront un objectif très clair qu'elles souhaitent atteindre grâce au couplage des données pour le ciblage de la population, comme la **fusion des registres des bénéficiaires d'un programme de santé et de transferts monétaires, ou l'incorporation d'un numéro d'identification national dans leur base de données d'assurance maladie**. Cela pourrait améliorer les capacités de proposer **l'inscription automatique dans les programmes de santé** comme cela est, par exemple, l'aspiration du Ghana (voir Encadré 8). Il y a aussi souvent un sentiment plus général, à savoir que le couplage des données pourrait être utilisé pour améliorer les connaissances de la population et réduire les erreurs d'inclusion (les personnes inscrites ou subventionnées qui ne devraient pas l'être) et les erreurs d'exclusion (les personnes qui devraient être inscrites ou subventionnées, mais qui ne le sont pas). Ceci est motivé par la perception que **la quantité de données détenues sur les citoyens pauvres et vulnérables dans l'ensemble du gouvernement augmente rapidement, mais de manière cloisonnée, et qu'en réalisant l'interopérabilité de différents ensembles de données, il serait possible d'effectuer un ciblage plus précis de la population avec moins de ressources**.

Malgré les nombreuses opportunités identifiées par les responsables de la santé pour coupler leurs ensembles de données de ciblage de la population aux systèmes nationaux d'identification, aux registres sociaux, aux données scolaires et nutritionnelles et à d'autres sources (voir l'Outil B2 ci-dessous), la réussite du couplage des données a été perçue comme un défi technique et de mise en œuvre majeur pour les participants à ce collaboratif, qui ont identifié **sept obstacles clés** auxquels ils ont été confrontés sur le terrain :

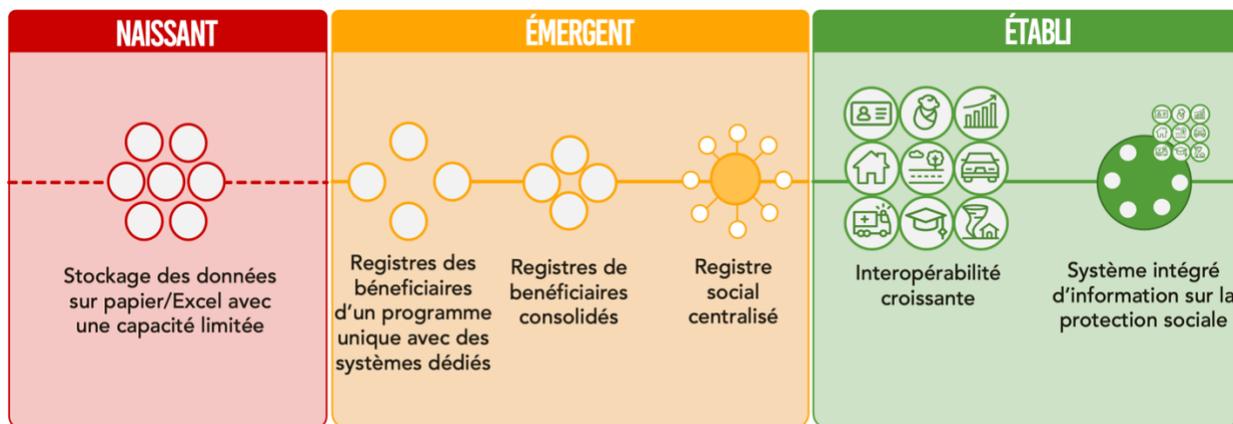
- I. Un ou plusieurs des ensembles de données à lier sont obsolètes ou contiennent un niveau d'erreurs inacceptable,

2. Des cadres juridiques qui empêchent l'échange et le partage de données de ciblage de population entre les agences et les programmes,
3. Absence d'identifiant unique, ce qui signifie que le couplage entraînera des discordances importantes entre les données, des doublons ou des lacunes,
4. Les systèmes de données qui doivent interopérer se trouvent sur différentes plates-formes, souvent développées par des prestataires informatiques externes et avec un « asservissement à un fournisseur » nécessitant un travail supplémentaire pour l'adaptation des systèmes en vue de l'interopérabilité, potentiellement à un coût supplémentaire,
5. L'unité de mesure ou les définitions selon lesquelles les données sont codées par différents systèmes sont incompatibles - par exemple, un système de données ou un programme peut suivre les individus tandis qu'un autre suit les ménages,
6. Les mesures visant à assurer une place prépondérante au couplage des données dans le calendrier entre les agences travaillant sur leurs propres programmes de réforme majeurs,
7. La sécurisation des ressources informatiques nécessaires à la mise en œuvre et au maintien des ensembles de données liés.

### **QUELS SONT LES DIFFÉRENTS MODÈLES QUI PEUVENT SOUTENIR LE COUPLAGE DES DONNÉES POUR LE CIBLAGE DE LA POPULATION ?**

La Figure 9 décrit une **trajectoire hypothétique** que certains pays ont suivie pour des données entièrement couplées à l'échelle du gouvernement pour la protection sociale et le ciblage de la population. Cela commence par la numérisation des données des bénéficiaires dans **des registres des bénéficiaires de programmes uniques**, qui peuvent ensuite être regroupées dans un **registre des bénéficiaires intégré** à la disposition de plusieurs agences et programmes. Un registre social va au-delà de l'intégration des bénéficiaires pour inclure des informations sur une population plus large de bénéficiaires potentiels. Il peut s'agir d'un référentiel de données centralisé ou « virtuel » dans la mesure où il repose sur l'interopérabilité avec d'autres sources de données administratives pour construire ou valider les informations sur la population dans le registre social. Cependant, à mesure que l'étendue et la profondeur des données générées par les différents organismes et programmes publics augmentent, cette centralisation au sein d'un registre unique peut devenir un goulot d'étranglement. Pour cette raison, certains systèmes évoluent alors vers un **système plus distribué d'ensembles de données interopérables** dans lequel un couplage et une mise à jour unidirectionnels et parfois bidirectionnels sont possibles via le stockage en nuage (cloud).

Figure 9 : Une typologie pour l'évaluation des systèmes d'information sur la protection sociale (adaptée de Williams et Moreira 2020)



Bien que la Figure 9 illustre cela comme un parcours linéaire, en réalité, il existe de nombreux modèles valides permettant d'atteindre l'objectif du couplage des ensembles de données pour le ciblage de la population (voir Figure 10). Parmi les autres **choix de conception clés** que les responsables doivent prendre en compte, nous pouvons citer :

- S'il existe ou non un registre social central, et si l'organisme de santé doit utiliser ces données ou disposer d'un système indépendant de celui-ci.
- À combien d'ensembles de données l'organisme de santé doit-il être lié ? Par exemple, si l'intention est d'offrir une assurance maladie subventionnée à la moitié de la population, mais que seulement 15 pour cent sont couverts par un registre social, il conviendra de coupler et fusionner d'autres ensembles de données, voire d'effectuer une collecte de données spécifique au secteur.
- Le couplage doit-il être unidirectionnel ou bidirectionnel, par exemple, les modifications apportées aux données des bénéficiaires dans la base de données sur la santé doivent-elles également entraîner des modifications dans un registre social, ou seulement un échange ?
- Le couplage des ensembles de données doit-il être en temps réel ou seulement actualisé périodiquement ?
- S'il convient d'effectuer des vérifications supplémentaires sur les données couplées, notamment la validation d'un échantillon de dossiers, ou des vérifications ciblées sur des groupes particuliers susceptibles d'être manqués (par exemple, les communautés nomades, les réfugiés, etc.).
- L'organisme de santé devrait-il avoir accès à l'ensemble des données de ciblage de la population détenues par d'autres institutions afin d'effectuer des analyses supplémentaires, ou seulement à un sous-ensemble de celles-ci (par exemple, les noms et adresses des bénéficiaires) pour des raisons de protection de la vie privée ?
- L'organisme de santé devrait-il appliquer ses propres critères d'éligibilité pour identifier les personnes éligibles au programme ou utiliser les mêmes que les autres programmes sociaux utilisant les données de ciblage de la population ?

- Que ce soit seulement pour l'intégration au niveau des données ou également pour l'intégration des processus ultérieurs d'inscription, d'évaluation de l'éligibilité et d'intégration.

Figure 10 : Modèles de couplage et d'intégration des données

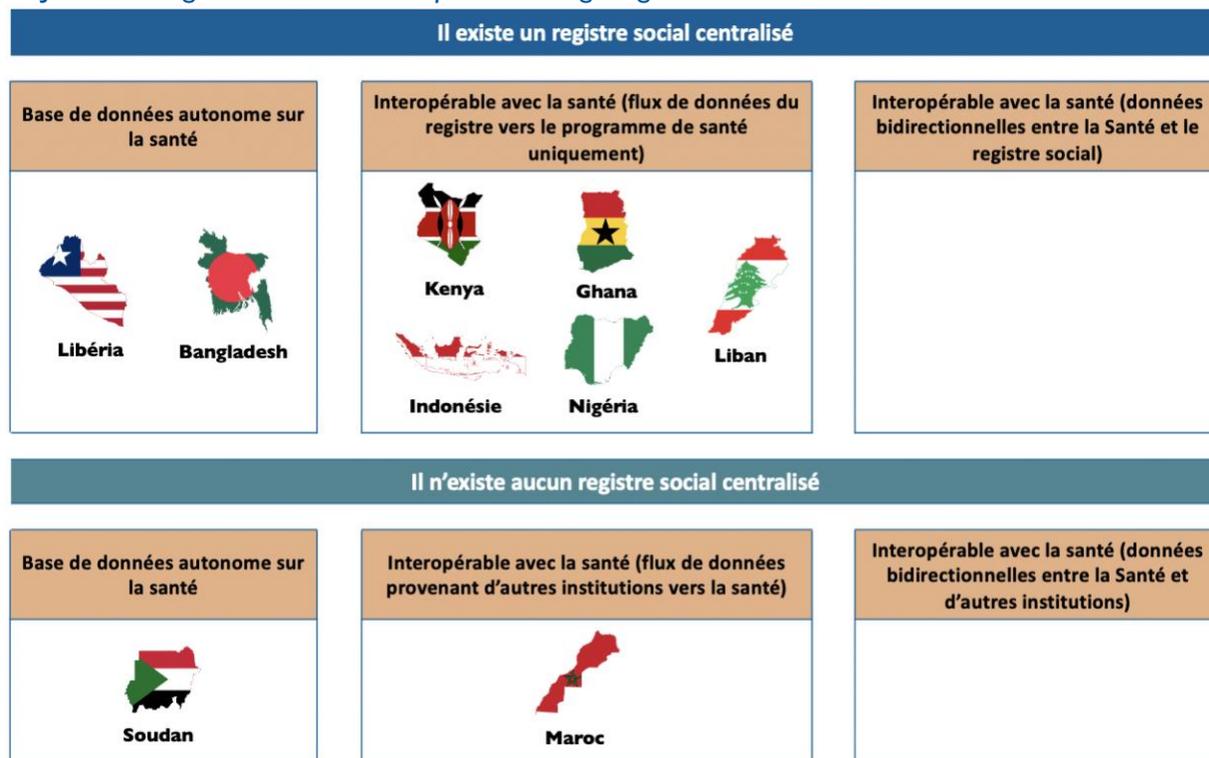
1. Fusion manuelle dans une liste de bénéficiaires consolidée	2. Création d'un registre centralisé à partir des systèmes existants								
<p>La fusion manuelle des données implique la collecte des données auprès des systèmes existants de différentes institutions. Un nettoyage et une harmonisation des données sont nécessaires pour produire une liste consolidée des bénéficiaires.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Avantages</th> <th>Inconvénients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessite des technologies simples par son exécution.</li> <li>• Peut être fait relativement rapidement et à moindre coût.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La fusion manuelle doit être effectuée à mesure que les données changent.</li> <li>• La liste résultante pourrait ne pas disposer de capacités d'analyse.</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Avantages	Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessite des technologies simples par son exécution.</li> <li>• Peut être fait relativement rapidement et à moindre coût.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La fusion manuelle doit être effectuée à mesure que les données changent.</li> <li>• La liste résultante pourrait ne pas disposer de capacités d'analyse.</li> </ul>	<p>Un nouveau registre centralisé nécessite un nouveau modèle de données qui appuierait le développement d'un nouveau système d'information. Toutes les données des systèmes hérités des institutions individuelles doivent ensuite être migrées vers le nouveau modèle.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Avantages</th> <th>Inconvénients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut mettre en place le système conformément aux exigences les plus récentes.</li> <li>• L'expertise requise est relativement facile à trouver.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le développement peut être long et coûteux.</li> <li>• Peut créer des problèmes de gouvernance par rapport à la « propriété » du nouveau système.</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Avantages	Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut mettre en place le système conformément aux exigences les plus récentes.</li> <li>• L'expertise requise est relativement facile à trouver.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le développement peut être long et coûteux.</li> <li>• Peut créer des problèmes de gouvernance par rapport à la « propriété » du nouveau système.</li> </ul>
Avantages	Inconvénients								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessite des technologies simples par son exécution.</li> <li>• Peut être fait relativement rapidement et à moindre coût.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La fusion manuelle doit être effectuée à mesure que les données changent.</li> <li>• La liste résultante pourrait ne pas disposer de capacités d'analyse.</li> </ul>								
Avantages	Inconvénients								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut mettre en place le système conformément aux exigences les plus récentes.</li> <li>• L'expertise requise est relativement facile à trouver.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le développement peut être long et coûteux.</li> <li>• Peut créer des problèmes de gouvernance par rapport à la « propriété » du nouveau système.</li> </ul>								
3. Centre d'échange de données entre systèmes	4. Intégration virtuelle dans laquelle les systèmes existants restent séparés, mais interopérables								
<p>Un centre d'échange permet de modifier les données et les transactions entre des systèmes d'institution existants, laissant les systèmes hérités en place tout en leur permettant de communiquer et de partager des données d'institutions sélectionnées via le centre d'échange.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Avantages</th> <th>Inconvénients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résout le problème de la mise à jour des systèmes.</li> <li>• Permet aux systèmes existants de demeurer en place.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Separé le problème d'harmonisation automatique des données sans le résoudre directement.</li> <li>• Pas toujours clair sur la façon de résoudre les incohérences entre les enregistrements.</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Avantages	Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résout le problème de la mise à jour des systèmes.</li> <li>• Permet aux systèmes existants de demeurer en place.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Separé le problème d'harmonisation automatique des données sans le résoudre directement.</li> <li>• Pas toujours clair sur la façon de résoudre les incohérences entre les enregistrements.</li> </ul>	<p>Un modèle d'intégration virtuelle est l'endroit où les systèmes d'agence continuent de fonctionner mais ont rendus interopérables à l'aide des technologies Internet, avec une couche d'interface entre les systèmes afin qu'ils puissent communiquer de manière transparente.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Avantages</th> <th>Inconvénients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournit une intégration apparente sans déraciner les systèmes hérités.</li> <li>• Plus facile d'ajouter des bases de données supplémentaires plus tard.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins bien utilisé dans le secteur de la protection sociale à ce jour.</li> <li>• A toujours besoin d'une solide gestion des données pour garantir l'exclusion des erreurs.</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Avantages	Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournit une intégration apparente sans déraciner les systèmes hérités.</li> <li>• Plus facile d'ajouter des bases de données supplémentaires plus tard.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins bien utilisé dans le secteur de la protection sociale à ce jour.</li> <li>• A toujours besoin d'une solide gestion des données pour garantir l'exclusion des erreurs.</li> </ul>
Avantages	Inconvénients								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résout le problème de la mise à jour des systèmes.</li> <li>• Permet aux systèmes existants de demeurer en place.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Separé le problème d'harmonisation automatique des données sans le résoudre directement.</li> <li>• Pas toujours clair sur la façon de résoudre les incohérences entre les enregistrements.</li> </ul>								
Avantages	Inconvénients								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournit une intégration apparente sans déraciner les systèmes hérités.</li> <li>• Plus facile d'ajouter des bases de données supplémentaires plus tard.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins bien utilisé dans le secteur de la protection sociale à ce jour.</li> <li>• A toujours besoin d'une solide gestion des données pour garantir l'exclusion des erreurs.</li> </ul>								

Source : Streveler et Lim PPT.

**Le point de départ d'un système fait une différence majeure quant au modèle de couplage de données le plus viable**, car l'organisme de santé sera généralement l'une des nombreuses institutions différentes apportant et utilisant les données de ciblage de la population. La présence d'un registre social existant est un facteur essentiel. Celui-ci existe déjà dans la plupart des pays de ce collectif. Cependant, ce n'est en aucun cas la seule solution, car **l'organisme de santé aura souvent des exigences différentes en matière de données de ciblage de la population par rapport aux autres programmes de protection sociale** (par exemple, une proportion plus élevée de la population nécessitant une couverture, différents groupes nécessitant un ciblage). Par ailleurs, même dans les systèmes avec interopérabilité entre leur registre social et les programmes de santé, le couplage est rarement bidirectionnel. Cela signifie que bien que certains organismes de santé fournissent des données périodiques qui sont utilisées dans le registre social (telles que les registres de naissance et de décès, ou la certification d'invalidité ou de grossesse), ce n'est souvent pas le cas. De plus, le registre social perd les nombreux contacts que les services de santé ont avec les bénéficiaires (et les bénéficiaires potentiels) qui pourraient être utilisés pour assurer la mise à jour des données.

La Figure 11 montre les différents modèles et étapes actuellement utilisés dans les pays participant à ce collectif, bien que beaucoup travaillent activement sur des réformes qui les mèneront vers une plus grande interopérabilité.

Figure 11 : Degrés de couplage et de centralisation des données entre les organismes de santé participant au JLN Learning Collaborative on Population Targeting



## UNE LISTE DE CONTRÔLE DES DÉCISIONS SUR LE COUPLAGE DE DONNÉES POUR LE CIBLAGE DE LA POPULATION

Avec autant de possibilités pour le couplage de données dédié au ciblage de la population, et les options à la disposition de l'organisme de santé étant fortement dépendantes de facteurs externes, **il n'y a pas un modèle ni de voie qui soit nécessairement « le meilleur ou la meilleure »**. Il existe cependant un ensemble commun d'étapes et de caractéristiques dont chaque modèle réussit à besoin et dont les responsables de la santé devront tenir compte, peu importe les ensembles de données auxquels ils souhaitent se lier et dans quel but.

La « liste de contrôle des décisions » suivante passe en revue chacune des étapes où les responsables de la santé doivent effectuer des choix et des tâches clés, aux côtés de leurs collègues responsables des autres ensembles de données avec lesquels le couplage de données est souhaité. Chaque question de la liste de contrôle est accompagnée d'un outil spécifique conçu pour faciliter ce travail de mise en œuvre et aider les responsables de la santé à franchir les étapes nécessaires vers leur vision du couplage des données de ciblage de la population. La liste de contrôle est divisée en trois sections distinctes :

1. **Préparation institutionnelle** : L'intégration des données et la coordination institutionnelle sont inextricablement liées, car les agences doivent pouvoir collaborer pour regrouper leurs données, et les données cloisonnées qu'il est impossible de coupler sont l'un des plus grands

obstacles à la collaboration. Bien que la coordination institutionnelle soit traitée de manière plus approfondie dans les chapitres précédents, certains domaines spécifiques de préparation à l'intégration des données sont traités dans cette section.

- 2. Préparation des données et du partage :** Cette section traite des « détails pratiques » du couplage de deux ensembles de données ou plus d'un point de vue technique, y compris des outils pour des domaines critiques tels que les normes d'interopérabilité, la validation des dossiers et les procédures de protection des données.
- 3. Mise à jour, utilisation et analyse des données :** Tant d'attention et d'efforts sont généralement consacrés à la mise en œuvre d'un couplage de données que la maintenance des ensembles de données couplés (ainsi que leur pleine utilisation) peut parfois être négligée. Cette section décrit la manière de garantir que ces priorités importantes ne soient pas perdues de vue.

La liste de contrôle des décisions met l'accent uniquement sur le couplage des ensembles de données sanitaires et non sanitaires existants pour le ciblage de la population. Pour connaître les meilleures pratiques spécifiques relatives à la manière dont les systèmes de données sanitaires eux-mêmes doivent être structurés et établis pour remplir leurs fonctions de manière adéquate, consultez le précédent rapport sur les meilleures pratiques du JLN : *A guide to common requirements for national health insurance information systems (Guide des exigences communes des systèmes d'information sur l'assurance maladie nationale)* (JLN 2019).

*Encadré 6 : Une liste de contrôle des décisions sur le couplage de données pour le ciblage de la population*

<b>Liste de contrôle des décisions sur le couplage de données pour le ciblage de la population</b>
<b>(Les outils de commentaires et de mise en œuvre de chaque question se trouvent ci-dessous)</b>
<b>I. Préparation institutionnelle</b>
I.1. Existe-t-il une structure/institution de gestion des données pangouvernementale ? Si non, quel groupe de travail sur le partage des données spécifiques à l'objectif peut être mis en place ?
I.2. Existe-t-il un accord sur les institutions clés à impliquer dans le processus d'interopérabilité des données, y compris celles ne relevant pas des secteurs de la santé et de la protection sociale ? Toutes les institutions nécessaires ont-elles été inscrites ?
I.3. Existe-t-il un cadre d'interopérabilité des données ? Si non, qui est chargé de l'élaboration de celui-ci ?
I.4. Existe-t-il une convention ou un protocole de service pour le partage des données qui réglera le partage des données entre les institutions ?
I.5. Une évaluation des systèmes existants/anciens qui sont en place dans les institutions clés a-t-elle été menée ?
I.6. Une analyse de rentabilité du partage/de l'intégration des données a-t-elle été élaborée (y compris

les besoins en investissement supplémentaire) et présentée aux principaux organismes budgétaires ?

## **2. Préparation des données et du partage**

2.1. Les normes et dictionnaires de données convenus sont-ils en place, ou un processus d'élaboration de ceux-ci est-il en cours ?

2.2. Existe-t-il un identifiant commun/unique pour les ménages/individus ou est-il possible d'en créer un (le cas échéant) ?

2.3. Est-il nécessaire d'apporter des ajustements aux processus opérationnels pour la gestion des données et les flux de travail opérationnels dans les institutions partageant des données afin d'assurer un échange de données et une utilisation harmonieuse des données partagées lors des opérations ?

2.4. Les données de base des institutions clés ont-elles été nettoyées et validées selon des normes communes, et existe-t-il un accord sur des seuils de données « suffisamment propres » ?

2.5. En plus du nettoyage des données par des institutions individuelles, un processus a-t-il été convenu pour l'harmonisation des données ?

2.6. Existe-t-il un plan opérationnel pour le projet d'interopérabilité des données ?

2.7. Existe-t-il des politiques et procédures de demande d'accès et d'utilisation des données ?

2.8. Des systèmes et des protocoles de sécurité et de protection des données sont-ils en place ?

2.9. Une phase de test (par exemple, prototypage ou test alpha/bêta) et/ou d'encadrement est-elle prévue ?

2.10. Des fournisseurs de logiciels externalisés seront-ils utilisés pour développer des logiciels/plates-formes de partage de données ? Si oui, une spécification détaillée de leur travail a-t-elle été élaborée ?

2.11. Quelles ressources humaines sont en place dans chaque institution clé pour gérer le couplage et le partage des données, et sont-elles adéquates ? Quel renforcement des capacités des RH est nécessaire pour que le partage des données fonctionne de manière harmonieuse ?

## **3. Mise à jour, utilisation et analyse des données**

3.1. Comment les données intégrées seront-elles actualisées et qui en est responsable ?

3.2. Une mise à jour bidirectionnelle est-elle prévue afin que la mise à jour devienne une responsabilité partagée ?

3.3. Les défis/voies/options communs de re certification et la mise à jour des données ont-ils été pris en compte ?

3.4. Les droits et les rôles des institutions en matière d'analyse des données nouvellement intégrées ont-ils été convenus, et disposent-ils des compétences nécessaires pour le faire ?

3.5. Quels systèmes d'aide à la prise de décisions et d'analyse ont été mis en place dans les institutions participantes pour maximiser la valeur des données de ciblage de la population à des fins opérationnelles, de surveillance et d'élaboration de politiques ?

## PRÉPARATION INSTITUTIONNELLE

### ***1.1. Existe-t-il une structure/institution pangouvernementale de gestion des données ? Si non, quel groupe de travail sur le partage des données spécifiques à l'objectif peut être mis en place ?***

Un nombre croissant de pays dispose d'arrangements institutionnels pangouvernementaux pour la promotion des approches et des normes communes pour la gestion et le partage des données. Ces organismes ont généralement pour mandat de coordonner des questions telles que l'infrastructure des plates-formes de transfert des données, l'établissement de normes communes en matière de données et de pratiques de gestion des données, et les « règles du jeu » pour l'interopérabilité des données entre les institutions. Il peut s'agir d'institutions autonomes ou d'un conseil interinstitutionnel. L'organe relève souvent d'une institution centrale telle que la Présidence ou le Cabinet du Premier ministre, les Finances ou la Planification, un ministère de l'informatique, ou d'un autre organe du gouvernement. Le plus important est qu'ils disposent d'un mandat de haut niveau pour rassembler différentes institutions et appliquer des normes communes en matière de données à toutes les institutions. Si une telle institution existe, il est important de coordonner les efforts spécifiques au secteur pour améliorer la gestion des données de ciblage de la population avec l'institution pangouvernementale dès le départ.

En l'absence d'une telle institution/disposition pangouvernementale, il serait important de mettre en place un groupe de travail inter-institutions d'une certaine forme avec une représentation des institutions qui seront essentielles au partage des données à des fins de ciblage de la population pour le secteur de la santé. Au départ, il est plus important d'avoir un plus petit nombre d'institutions engagées et « essentielles à la mission » qu'une large adhésion, mais cela peut être progressivement élargi au fil du temps, le cas échéant.



#### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

BI : [Cliquez sur ce lien](#) pour accéder à des **exemples de groupes de travail sur la gestion des données et les technologies de l'information multi-institutions et intergouvernementaux**, y compris le Mexico National Digital Strategy Office relevant du Cabinet du Président ; l'Uruguay Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información (AGESIC) relevant du Cabinet du Président ; le Singapour Smart Nation and Digital Government Group (SNDGG) ; le Moldova e-Government Center/Govt. CIO Office relevant du Cabinet du Premier ministre ; et la Mauritius Central Open Data Team relevant du Ministère de l'Informatique.

### ***1.2. Existe-t-il un accord sur les institutions clés à impliquer dans le processus d'interopérabilité des données, y compris celles ne relevant pas des secteurs de la santé et de la protection sociale ? Toutes les institutions nécessaires ont-elles été inscrites ?***

En principe, toutes les institutions essentielles au partage planifié des données doivent être intégrées au système de gouvernance discuté ci-dessus. Outre l'organisme concerné du secteur de la santé, cela

implique bien souvent un ministère de la protection sociale, l'organisme national responsable de l'identité, le cas échéant, une institution d'enregistrement et de statistiques de l'état civil et tout organe de gestion des données pangouvernemental. Selon le pays, la représentation du niveau infranational peut également être souhaitable.



#### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B2 : [Cliquez sur ce lien](#) pour accéder à une **liste unifiée de sources de données et d'institutions potentielles avec lesquelles envisager une collaboration pour un meilleur ciblage de la population, du point de vue des organismes de santé.**

### **1.3. Existe-t-il un cadre d'interopérabilité des données ? Si non, qui est chargé de l'élaboration de celui-ci ?**

L'interopérabilité des données dépend d'un cadre convenu sur la façon dont le partage des données se fera et les aspects techniques du partage entre les systèmes. En l'absence de ceux-ci, les institutions concernées doivent convenir du processus d'élaboration de ce cadre et identifier les institutions responsables de chacun des éléments du développement. Il est peu probable qu'un seul organisme assume la responsabilité de l'ensemble du processus. Les institutions participantes doivent l'approuver formellement dans le cadre du plan de travail global pour le partage des données.

Un cadre d'interopérabilité des données doit être convenu entre les institutions concernées pour formaliser une approche standardisée du partage des données et spécifier le contexte politique et juridique dans lequel le partage aura lieu ainsi que les processus et concepts opérationnels impliqués dans les opérations d'interopérabilité, sans oublier les technologies utilisées pour les mettre en œuvre.

Les éléments qu'un tel cadre devrait inclure sont les suivants : (i) l'infrastructure ; (ii) la propriété, l'hébergement et la gestion des données ; (iii) la « présentation et le mode de fonctionnement » de la plate-forme de partage des données et des normes de communication entre les institutions ; (iv) la sécurité, la protection et la confidentialité des données ; et (v) les détails opérationnels du partage des données (par exemple, la conclusion d'accords inter-institutions). Un nombre croissant de pays dispose également d'un cadre d'interopérabilité pour l'échange de données entre les gouvernements (par exemple, le cadre de référence général de la France, basé sur le cadre de l'UE) et des plates-formes d'interopérabilité pour un tel échange (par exemple, l'Argentine et l'Uruguay).



#### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B3 : [Cliquez sur ce lien](#) pour accéder à **une liste annotée de cadres et de directives d'interopérabilité utiles, y compris les normes mondiales telles que celles de l'Union européenne, de l'Association internationale de la sécurité sociale, de l'IW3C, de l'OASIS, de l'Open Group, ainsi**

que les composantes du cadre d'interopérabilité mondial et les niveaux de Modèle de maturité du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information.

#### ***1.4. Existe-t-il une convention ou un protocole de service pour le partage des données qui réglementera le partage des données entre les institutions ?***

Une convention de service pour le partage des données ou un protocole d'une certaine forme entre les institutions concernées devrait être en place. La convention ou le protocole peut être de haut niveau et assez général ou plus détaillé, et inclure des règles et procédures opérationnelles de résolution des conflits dans les données provenant de différentes sources. La convention doit comprendre les éléments essentiels suivants :

- Les données : Les types de données à partager et les normes de description des données,
- Les participants : Les droits et responsabilités des demandeurs de données et des détenteurs de données dans l'accord de partage de données,
- La gestion des risques : Les protocoles de sécurité, la responsabilité, la juridiction dans laquelle l'accord est mis en œuvre,
- L'accès : Les mécanismes de partage des données, les autorisations et les règles d'utilisation,
- La conservation : Le lieu où les données sont stockées, la fréquence à laquelle elles sont mises à jour et la durée de l'accord, et
- Les droits individuels : La mesure dans laquelle les individus contrôlent les données ou la transparence quant à la manière ou le moment auquel les données sont partagées.



#### ***Boîte à outils pour la mise en œuvre***

B4 : [Cliquez sur ce lien](#) pour accéder à un **dossier d'exemples de protocoles de partage de données, de modèles de demande de données inter-institutions, de protocoles d'entente sur le partage de données et d'accords sur les niveaux de service.**

#### ***1.5. Une évaluation des systèmes existants/anciens qui sont en place dans les institutions clés a-t-elle été menée ?***

Afin d'assurer un partage de données transparent entre les systèmes, une évaluation initiale des systèmes d'information existants doit être effectuée dans chacune des institutions qui seront impliquées dans le partage des données. Cela inclurait un examen du matériel, des systèmes logiciels utilisés, des normes et définitions de données spécifiques à chaque institution, des données stockées dans chaque institution et des systèmes traditionnels ou infonuagiques, etc. Cela permettra d'identifier le degré d'harmonisation du système déjà présent ou les mesures à mettre en œuvre pour faciliter le partage des données.



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B5 : [Cliquez sur ce lien](#) pour accéder à un **outil d'évaluation complet du système d'information**, [Social Registries for Social Assistance and Beyond: A Guidance Note and Assessment Tool](#) (Leite et al. 2017)

## ***1.6. Une analyse de rentabilité du partage/de l'intégration des données a-t-elle été élaborée (y compris les besoins en investissement supplémentaire) et présentée aux principaux organismes budgétaires ?***

Garantir un partage efficace de données implique souvent des investissements supplémentaires et un plaidoyer en faveur des organismes de financement pour que le budget assure les investissements nécessaires. Cela nécessitera une analyse de rentabilité pour appuyer la demande de crédits budgétaires. Cela peut inclure l'investissement supplémentaire nécessaire pour faciliter le partage des données, l'identification des économies de coûts qui résulteront du partage des données (par exemple, grâce à une réduction de la duplication de la collecte de données et à la mise à jour des données entre les institutions), le travail qui sera effectué en interne ou sous-traité (et les implications financières), un calendrier pour les investissements initiaux et les coûts récurrents estimés de l'exploitation de la plate-forme de partage de données.

Lors de l'évaluation des besoins de financement, les investissements peuvent être globalement divisés en composants « matériels » et « intangibles ». Les composants matériels comprennent le matériel, les logiciels et les intergiciels pour la prise en charge de l'intégration, les équipements de télécommunications, et les fournitures. Les composants intangibles comprennent la formation et la remise à niveau du personnel, l'entretien et l'assistance, la restructuration des processus opérationnels, le renforcement des capacités et les frais de personnel supplémentaires. Il est essentiel, lors de l'élaboration des propositions budgétaires, que non seulement les investissements initiaux, mais aussi les investissements continus et les besoins en coûts récurrents (et les avantages) soient identifiés pour assurer la viabilité.



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B6 : [Cliquez sur ce lien](#) pour accéder à un **cadre de calcul des économies partagées entre les organismes sanitaires et non sanitaires grâce au couplage des données pour le ciblage de la population.**

B7 : [Cliquez sur ce lien](#) pour accéder au rapport de la Banque mondiale sur les meilleures pratiques mondiales (2018) « [Public Sector Savings and Revenue from Identification Systems: Opportunities and Constraints](#) » Banque internationale pour la reconstitution et le développement/Banque mondiale.

## PRÉPARATION DES DONNÉES ET DU PARTAGE

### 2.1. Les normes et dictionnaires de données convenus sont-ils en place, ou un processus d'élaboration de ceux-ci est-il en cours ?

Des normes communes en matière de données sont un élément crucial d'un partage efficace des données. Celles-ci peuvent être tirées de normes pangouvernementales en matière de données lorsqu'elles existent, ou peuvent devoir être convenues ou complétées entre les institutions participantes. Les normes en matière de données sont des lignes directrices par lesquelles les données sont décrites et enregistrées de manière cohérente. Elles fournissent les règles communes relatives à la représentation des données, aux langages et formats de données, aux définitions, à la structure, au marquage et à la transmission, afin que les données saisies dans un système puissent être lues, triées, indexées, récupérées et communiquées de manière fiable entre les systèmes.

Lorsqu'il n'y a quasiment pas d'accord préalable sur les modèles de données et les normes, les gouvernements peuvent s'appuyer sur les normes disponibles en matière de données au niveau international dont la norme ISO/IEC TR 10032:2003 qui décrit le modèle de référence ISO de gestion des données et définit une terminologie et des concepts communs pertinents pour toutes les données au sein des systèmes d'information. Il peut s'agir d'un point de référence permettant de définir plus spécifiquement des services tels que des systèmes de gestion de bases de données ou des systèmes de dictionnaire de données. Il existe d'autres normes générales en matière de données telles que la norme TOGAF de l'Open Group et le protocole OASIS Open Data, ainsi que des normes spécifiques telles que la norme ISO 8601 pour les dates/heures ou ISO 6709/2008 pour les coordonnées géographiques.

Les dictionnaires de données sont des référentiels centralisés d'informations sur les définitions de données telles que la signification, les relations avec d'autres données, l'origine, l'utilisation et le format. Le dictionnaire de données peut prendre la forme d'un document décrivant les informations, d'un élément intégral des bases de données sous-jacentes, ou d'un « intergiciel » qui étend ou supplante le dictionnaire de données d'origine des bases de données de chaque institution participante lors du partage de données. Les dictionnaires de données répertorient l'organisation, le contenu et les conventions d'une ou de plusieurs bases de données. Ils comprennent généralement les noms et les descriptions de divers tableaux (dossiers ou entités) et leur contenu (champs), mais aussi des détails supplémentaires, tels que le type et la longueur de chaque élément de données. Le dictionnaire de données peut également montrer la relation entre les tableaux.

Les étapes et décisions clés relatives aux dictionnaires de données sont les suivantes : (i) la compilation du dictionnaire de données ; (ii) sa validation ; (iii) l'identification de la personne responsable de sa publication et de celle qui en fournit un accès électronique ; (iv) l'identification de l'organisme qui réglemente son utilisation ; (v) l'identification de l'organisme qui assure sa sécurité ; et (vi) l'identification de la personne responsable de sa mise à jour de temps à autre.



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

**B8** : [Cliquez sur ce lien](#) pour accéder à des **exemples de versions de dictionnaires de données et de normes en matière de données, y compris les normes/protocoles internationaux.**

## **2.2. Existe-t-il un identifiant commun/unique pour les ménages/individus ou est-il possible d'en créer un (le cas échéant) ?**

Un identifiant commun au niveau du ménage ou des individus est essentiel à la facilitation du partage des données entre les systèmes. L'identifiant optimal serait un numéro d'identification national unique, le cas échéant. En l'absence de celui-ci ou en cas d'indisponibilité de celui-ci, il existe des moyens d'établir un numéro unique dans les bases de données, notamment l'utilisation de « clés de couplage » variables (nom ; nom de la mère ; date de naissance ; et codes provenant de documents) et des modèles de correspondance de probabilité simples.



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

**B9** : [Cliquez ici](#) pour consulter un rapport sur les meilleures pratiques en matière de création de systèmes d'identification numérique uniques, Banque mondiale (2019) « [Identity for Development \(ID4D\) Practitioner' Guide](#) », Version 1.0 (octobre 2019). Washington, DC : Banque mondiale. Licence : Creative Commons Attribution 3.0 IGO (CC BY 3.0 IGO).

## **2.3. Est-il nécessaire d'apporter des ajustements aux processus opérationnels pour la gestion des données et les flux de travail opérationnels dans les institutions partageant des données afin d'assurer un échange de données et une utilisation harmonieuse des données partagées lors des opérations ?**

Les règles opérationnelles reflètent les politiques et les procédures de chaque institution sous un format opérationnel, en particulier en indiquant qui peut consulter quelles données et ce que chaque institution (ou les agents désignés au sein de chaque institution) est autorisée à faire avec les données. D'un point de vue informatique, les règles opérationnelles peuvent être exprimées dans des langages de programmation conventionnels ou des langages naturels. Elles peuvent également être exprimées sous des formes de règles conviviales telles que des tables ou des arbres de décision. Les flux de travail mettent davantage l'accent sur la séquence des étapes opérationnelles du processus de partage de données et leur utilisation au sein de chaque institution. Certains aspects des règles opérationnelles et des flux de travail peuvent être décrits dans la convention de service de partage de données, mais des directives opérationnelles plus détaillées sont généralement nécessaires pour ceux qui gèrent les systèmes et le personnel de première

ligne, le cas échéant. Celles-ci seraient décrites dans un manuel opérationnel de base ou des PON régissant le partage de données entre les institutions.



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

**BIO :** [Cliquez sur ce lien](#) pour consulter des **exemples de règles opérationnelles de systèmes de données intégrés, mais aussi des directives sur la conception des meilleures pratiques globales.**

## **2.4. Les données de base des institutions clés ont-elles été nettoyées et validées selon des normes communes, et existe-t-il un accord sur des seuils de données « suffisamment propres » ?**

L'objectif du nettoyage des données est d'obtenir des ensembles de données propres et corrects avant d'essayer de coupler les données entre les institutions. Le processus de nettoyage des données doit être guidé par quelques questions d'ordre général :

- Dans quelle mesure les données qui doivent être nettoyées sont-elles « sales » ? Une prévision réaliste est nécessaire en ce qui concerne la quantité de données sales que vous devriez identifier avant de définir un « budget de nettoyage ».
- Les données peuvent-elles être transformées à l'aide de tableaux standard, tels que des tableaux de localités, des tableaux de modélisation, des tableaux de codes postaux, des tableaux d'établissements, etc. ? Cela permet de normaliser les données lors du nettoyage.
- À quel moment arrêter le processus de nettoyage ? Si le seuil est fixé à moins de 90 % de données propres, cela pourrait ne pas en valoir la peine, car la base de données transformée pourrait ne jamais faire suffisamment autorité.

Dans la mesure du possible, une vérification préalable des données doit être effectuée au sein de chaque institution avant le couplage des données entre les institutions, en soumettant les données à un processus de vérification externe qui peut être effectué en personne ou par comparaison à d'autres données administratives (par exemple, les dossiers d'identité et de citoyenneté). Les contrôles de validation doivent veiller à confirmer que les données sont : (i) complètes ; (ii) correctes ; et (iii) pertinentes. Cela nécessite des contrôles de cohérence interne, la recherche de doublons de dossiers, la vérification du contenu et des formats (tels que la conformité des noms et des numéros d'identification dans le dictionnaire de données) et la normalisation de la longueur des champs et de la structure du contenu pour l'agrégation et la déclaration.

Voici quelques stratégies courantes de nettoyage des données :

- **Audit des données :** Recherche les anomalies et les contradictions dans les données par rapport à un ensemble de contraintes spécifiques (par exemple, l'âge, le sexe, le lieu),
- **Analyse :** Pour la détection des erreurs de syntaxe,

- Transformation des données : Permet de modéliser des données d'un format donné vers le format attendu par l'autre base de données ou l'application via laquelle les données seront partagées,
- Élimination des doublons : Nécessite un algorithme pour déterminer si les données contiennent des représentations en double de la même entité, et
- Méthodes statistiques : Trouver des valeurs inattendues et probablement incorrectes, ou utiliser des méthodes statistiques pour gérer les valeurs manquantes.



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

BII : [Cliquez sur ce lien](#) pour consulter **une collection de guides des meilleures pratiques et d'outils mondiaux pour le nettoyage des données**

## **2.5. En plus du nettoyage des données par des institutions individuelles, un processus a-t-il été convenu pour l'harmonisation des données ?**

Même si les données des institutions individuelles sont raisonnablement propres après leurs processus de nettoyage des données et conformément à leurs règles opérationnelles, le couplage des données entre les institutions à des fins de partage de données nécessite des mesures supplémentaires. Il s'agit notamment des mesures suivantes :

- Si cela n'a pas été fait au départ, il est essentiel de normaliser les données entre les institutions pour garantir un format et des définitions cohérents pour le couplage. Des progiciels standard peuvent être utilisés pour de simples incohérences de formatage, mais les différences plus marquées (par exemple, les définitions des termes « pauvreté », « enfant », etc.) nécessitent la mise en place d'un dictionnaire de données convenu (voir la Section 2.1 ci-dessus).
- Mettre en place une procédure de résolution qui examine toutes les informations sur les ménages ou les individus à partir des deux sources de données et applique un score de probabilité pour identifier les correspondances à l'aide d'un moteur de résolution ou d'un intergiciel. Cela permettra de trier les données et d'accélérer le processus de couplage et la résolution des données non correspondantes.
- Des règles et processus convenus doivent être établis pour la résolution des incohérences dans les données.

Les directives d'interopérabilité utiles de l'ISSA comprennent les directives suivantes : (i) Directive 32 : Interopérabilité sémantique institutionnelle (définition non ambiguë des concepts de base) ; (ii) Directive 33 : Services de partage de données interopérables ; (iii) Directive 34 : Échange de données ; et (iv) Directive 35 : Normes techniques institutionnelles relatives à l'interopérabilité.



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B12 : [Cliquez ici](#) pour consulter un document d'orientation sur le couplage des données entre les institutions en faveur de l'interopérabilité

## **2.6. Existe-t-il un plan opérationnel pour le projet d'interopérabilité des données ?**

L'élaboration du plan de travail pour l'harmonisation et le partage des données est un processus exigeant. Le plan de travail doit inclure tous les éléments requis par les principaux systèmes et applications, y compris les éléments et tâches précurseurs. Le plan de travail doit, en principe, couvrir les tâches liées à la définition des modèles et des normes en matière de données, du cadre d'interopérabilité convenu, du modèle de demande d'interopérabilité et des normes techniques pertinentes, en décrivant clairement les responsabilités des différentes institutions dans l'exécution de chacune d'elles. Des problèmes inattendus surviendront cependant en cours de route. Il serait donc judicieux de considérer ce document comme un « document évolutif » à réviser.



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B13 : [Cliquez sur ce lien](#) pour consulter une **liste de contrôle des éléments à intégrer dans tout plan opérationnel d'intégration de données**

## **2.7. Existe-t-il des politiques et procédures de demande d'accès et d'utilisation des données ?**

Il est essentiel de disposer de procédures claires pour l'accès et l'utilisation des données par différentes personnes au sein des systèmes de chaque institution. Les contrôles d'accès sont des mesures de sécurité mises en place pour réguler les personnes qui peuvent consulter, utiliser ou avoir accès aux données. Les droits des utilisateurs d'accéder aux données (et éventuellement de les réviser) sont appelés privilèges et varieront en fonction des autorisations accordées par les personnes en charge de la gestion de la plateforme. Souvent, ces privilèges sont définis dans la convention de service de partage de données ou dans des procédures opérationnelles normalisées plus détaillées.



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B14 : Cliquez [ici](#) pour voir un exemple de ces politiques issu des **Normes de gestion de l'Indonésie pour sa base de données unifiée pour les programmes de protection sociale**, Équipe nationale indonésienne pour l'accélération de la réduction de la pauvreté (TNP2K), 2015.

## 2.8. Des systèmes et des protocoles de sécurité et de protection des données sont-ils en place ?

Protéger les données interopérables des regards indésirables est le plus grand défi (réel et perçu) auquel les pays seront confrontés. Il n'y a pas d'autre choix que de relever ce défi de front en incluant des postes budgétaires pour des outils de cybersécurité de haute qualité et pour renforcer la capacité humaine et l'expertise qui seront nécessaires. Bien que tous les systèmes de données individuels soient concernés par la sécurité et la protection des données, ces problèmes deviennent encore plus pertinents lors de l'échange de données entre les systèmes - en dépit du fait que l'intégration puisse créer des opportunités de mise en commun des ressources pour l'amélioration de la sécurité.

L'approche la plus efficace pour garantir la protection des données et la confidentialité est de veiller aussi bien à l'existence de cadres juridiques et institutionnels complets qu'à l'intégration des fonctionnalités d'amélioration de la confidentialité et de la sécurité dans la façon dont les technologies et les contrôles opérationnels sont conçus et mis en œuvre (« respect de la vie privée dès la conception »). La plupart des pays auront des normes de sécurité et de protection des données publiques, et une législation sans cesse renforcée en matière de protection des données individuelles, en particulier les renseignements médicaux. En principe, les normes doivent inclure aussi bien la sécurité physique (transfert des données via les systèmes) que la sécurité logique (par exemple, l'authentification et les autorisations d'utilisation des données pour garantir l'utilisation des données uniquement par les personnes ou structures autorisées).



### Boîte à outils pour la mise en œuvre

B15 : [Cliquez ici](#) pour accéder à une **bibliothèque annotée d'exemples de protocoles de sécurité et de protection des données d'institutions mondiales et de programmes intégrés de protection sociale et de santé.**

B16 : Cliquez sur les titres des rapports pour consulter **deux rapports sur les meilleures pratiques en matière de protection des données pour la protection sociale dans les pays à revenu faible et intermédiaire** : (i) GIZ (2020), « [Protection des données pour la protection sociale : Principaux défis pour les pays à revenu faible et intermédiaire](#) », Conseil de coopération interinstitutions pour la protection sociale (SPIAC-B). GIZ. et (ii) SPIAC-B, *Meilleures pratiques pour assurer la protection des données et la confidentialité dans les systèmes de protection sociale*, GIZ (à paraître).

## 2.9. Une phase de test (par exemple, prototypage ou test alphas/bêtas) et/ou d'encadrement est-elle prévue ?

Il est souhaitable de prévoir une phase de test pour toutes les plates-formes de partage de données à utiliser. Cela implique généralement deux étapes. Le test alpha est le test initial de bout en bout d'un logiciel/d'une plate-forme pour s'assurer qu'il répond aux exigences opérationnelles et aux fonctionnalités nécessaires pour prendre en charge le partage de données. Un débogage supplémentaire du logiciel est souvent nécessaire à ce stade pour s'assurer qu'il est adapté à l'objectif. Les tests alpha sont généralement effectués par le personnel interne des institutions concernées dans un environnement de « test » contrôlé.

Les tests bêta impliquent l'essai du logiciel dans un environnement d'exploitation réel par un nombre limité d'utilisateurs finaux réels pour confirmer qu'il est prêt à être mis en service. Ce processus peut être itératif et comporter plusieurs étapes au fur et à mesure que les concepteurs comprennent l'application du logiciel dans l'environnement opérationnel réel (parfois appelé « écart entre la conception et la réalité »). Les phases de test peuvent être précédées d'un prototypage du logiciel pour vérifier qu'il répond aux spécifications et que les utilisateurs potentiels contribuent à son développement et à ses fonctionnalités. Elles s'effectuent généralement sur une version incomplète du produit final.

La phase de test peut également être suivie d'une étape pilote où le logiciel est déployé dans des opérations à une échelle limitée avant le déploiement à l'échelle nationale.



#### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B17 : [Cliquez ici](#) pour voir **un exemple de plan opérationnel utilisant le prototypage itératif pour l'intégration du système d'information sur la protection sociale en Ouganda.**

### **2.10. Des fournisseurs de logiciels externalisés seront-ils utilisés pour développer des logiciels/plates-formes de partage de données ? Si oui, une spécification détaillée de leur travail a-t-elle été élaborée ?**

L'externalisation du développement du logiciel est courante, mais elle présente un mélange d'avantages et d'inconvénients. Si l'externalisation du développement du logiciel de partage de données est prévue, une attention particulière doit être accordée aux questions de propriété intellectuelle (et de prévention de « l'asservissement à un fournisseur »), à la protection des données sous-jacentes (souvent abordées par des dispositions de non-divulgaration dans les contrats), au coût (à la fois en amont et en aval pour l'exploitation, la maintenance, l'ajustement et la mise à niveau du système) et à la capacité technique interne pour déterminer la qualité de la production et du service fourni et surveiller les performances ; et assurer une communication régulière entre les agences de recrutement et le fournisseur (avec un chef de projet dédié pour le recrutement). Il est également essentiel d'inclure une spécification technique détaillée du travail à effectuer dans le contrat d'externalisation, une définition claire des produits livrables et des délais, et des dispositions claires pour les écarts par rapport au contrat. Si les exigences logicielles sont susceptibles de changer régulièrement, cela posera des défis supplémentaires pour la gestion de la relation d'externalisation. Il peut s'avérer utile d'exiger le développement rapide d'un prototype du logiciel.



#### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B18 : [Cliquez ici](#) pour consulter **une liste de contrôle des choses à faire et à ne pas faire en matière d'externalisation des projets de couplage de données.**

## 2.11. Quelles ressources humaines sont en place dans chaque institution clé pour gérer le couplage et le partage des données, et sont-elles adéquates ? Quel renforcement des capacités des RH est nécessaire pour que le partage des données fonctionne de manière harmonieuse ?

Le partage des données peut imposer une charge de travail supplémentaire au personnel informatique existant dans les institutions concernées, en particulier lors des phases de mise en place. Cela peut tout aussi bien nécessiter des compléments, en personnel supplémentaire ou en consultants temporaires, que l'externalisation de certaines fonctions. En principe, ces besoins devraient être estimés et inclus dans le coût du projet et l'analyse de rentabilité pour l'allocation de crédits budgétaires.

Une composante du personnel particulièrement importante et sous-estimée dans bon nombre des initiatives d'intégration de données les plus réussies est la présence de personnalités « hybrides » au niveau central, qui « comprennent à la fois le contexte, l'organisation et les processus de travail de leur secteur et le rôle des systèmes d'information. À ce titre, ils peuvent servir de lien entre les contextes et les hypothèses du concepteur technique et de l'utilisateur professionnel » (Heeks 2002). Il peut donc s'avérer utile d'identifier les compétences nécessaires non seulement dans l'ensemble des équipes impliquées, mais aussi de déterminer si l'implication de ces praticiens « hybrides » clés est suffisante.



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B19 : [Cliquez ici](#) pour consulter **une liste des interventions possibles de renforcement des capacités pour améliorer les compétences du personnel clé impliqué dans une initiative de couplage de données** dans la section 4.1.3 de Barca (2017), *Intégration de la gestion des données et de l'information en faveur de la protection sociale : Les registres sociaux et les registres intégrés de bénéficiaires*. Ministère des Affaires étrangères et du Commerce du gouvernement australien.

## **MISE À JOUR, UTILISATION ET ANALYSE DES DONNÉES**

### 3.1. Comment les données intégrées seront-elles actualisées et qui en est responsable ?

Cette question comporte plusieurs éléments. Il convient premièrement de savoir si la mise à jour de la base de données repose sur un exercice de collecte de données peu fréquent tel qu'un recensement organisé à intervalle régulier de quelques années, ou des processus à la demande qui fournissent des mises à jour régulières pour les données de base, mais pour un sous-ensemble de bénéficiaires, ou potentiellement une combinaison des deux approches. Des systèmes plus avancés permettent de migrer vers une mise à jour à la demande des données de base, mais cela n'est pas toujours possible.

Deuxièmement, en fonction de la fréquence à laquelle les données sont mises à jour, il convient de disposer d'une convention sur (i) la manière dont ces données sont téléchargées dans la base de données principale et partagées entre les systèmes et à quelle fréquence, (ii) la base de données principale qui

intègre les données faisant autorité à tout moment, et (iii) les procédures nécessaires pour déterminer qui est autorisé à effectuer la mise à jour.



#### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B20 : [Cliquez ici](#) pour consulter **un guide des expériences des praticiens et des meilleures pratiques mondiales relatives aux méthodes de mise à jour des données et à la fréquence de cette dernière.**

### **3.2. Une mise à jour bidirectionnelle est-elle prévue afin que la mise à jour devienne une responsabilité partagée ?**

L'un des aspects spécifiques importants de la mise à jour est de savoir si les mises à jour proviendront d'une seule institution via son propre processus de mise à jour des données (par exemple, l'institution gérant le registre social), ou de plusieurs institutions (par exemple, la mise à jour autorisée de certaines variables par d'autres institutions telles que les organismes de santé, de statistiques civiles ou des institutions nationales d'identification).

Autoriser la mise à jour des données de base par plusieurs institutions demeure inhabituel dans les pays en développement, mais il existe des précédents. Dans les cas où des institutions différentes de celle qui gère les données de base peuvent effectuer des mises à jour « poussées », cela porterait généralement sur un petit sous-ensemble de variables de ménages/d'individus dont les données faisant autorité dans le pays sont détenues par l'autre institution (par exemple, l'organisme de santé en cas de décès). Il est également important de disposer d'un cadre d'autorisation et de procédures de mise à jour clairs pour garantir l'exhaustivité des données de base.

Si les mises à jour proviennent de plusieurs sources, il est possible qu'elles soient contradictoires. Il est donc primordial d'établir un ordre de préséance entre les différentes sources de données afin de garantir l'utilisation des données de base les plus fiables.



#### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B21 : [Cliquez ici](#) pour découvrir **une étude de cas sur le flux d'informations bidirectionnel en Thaïlande entre les bases de données interopérables des bénéficiaires de soins de santé.**

### **3.3. Les défis/voies/options communs de re certification et la mise à jour des données ont-ils été pris en compte ?**

Il est essentiel de parvenir à un accord sur l'emplacement ultime des données interopérables. Et lors des mises à jour, il est essentiel de définir un moyen de remonter jusqu'aux données d'origine (analyse

approfondie). Il convient de se préparer à l'éventualité importante d'une perte ou d'une corruption de données, aussi bien en ce qui concerne la saisie des données d'origine que lors des processus de mise à jour. Il est recommandé de créer des « points de restauration » dans le registre de données du système afin que ceux qui gèrent les données puissent « revenir en arrière » si nécessaire pour récupérer les données.



#### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B22 : Cliquez sur les titres des rapports pour consulter **deux rapports sur les meilleures pratiques en matière de re certification et de mise à jour des données des systèmes de ciblage de la population dans les pays à revenu faible et intermédiaire** : (i) Barca, V et Hebbbar, M. (2020), « [À la demande et à jour : Inclusion dynamique et mise à jour des données pour l'assistance sociale](#) », Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. et (ii) Medellin, N (2015) « [Aller de l'avant : Stratégies de recertification et de sortie des programmes de transferts monétaires conditionnels](#) », Banque interaméricaine de développement. BID.

### **3.4. Les droits et les rôles des institutions en matière d'analyse des données nouvellement intégrées ont-ils été convenus, et disposent-ils des compétences nécessaires pour le faire ?**

Il est crucial d'identifier l'institution qui possède les données intégrées (et actualisées). Si l'institution SHI n'est pas propriétaire des données, il est important de convenir de l'analyse interne des données partagées qui peut être effectuée par l'organisme de santé, ou (si une telle analyse n'est pas autorisée) de convenir des procédures de demande d'analyse des données auprès de l'institution qui en est propriétaire. Quel que soit l'arrangement convenu, il est important de déterminer la compétence en ce qui concerne l'exécution d'une telle analyse.



#### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B23 : [Cliquez ici](#) pour consulter **une liste d'analyses possibles et d'autres utilisations des données sanitaires et non sanitaires couplées pour le ciblage des populations.**

### **3.5. Quels systèmes d'aide à la prise de décisions et d'analyse ont été mis en place dans les institutions participantes pour maximiser la valeur des données de ciblage de la population à des fins opérationnelles, de surveillance et d'élaboration de politiques ?**

Les systèmes d'aide à la décision sont de plus en plus courants dans les systèmes de données publics, car ils fournissent différents niveaux de veille économique et d'analyse. L'analyse des données comprend plusieurs couches de complexité croissante, y compris l'analyse descriptive (ce qui s'est déjà produit au cours d'une période antérieure), l'analyse diagnostique (pourquoi ce qui s'est passé s'est produit), l'analyse

prédictive (ce qui est susceptible de se produire à l'avenir et les scénarios de simulation) et l'analyse prescriptive (qui suggère un plan d'action). Le type d'analyse que chaque institution peut effectuer dépendra de la propriété des données et des autorisations d'utilisation, mais aussi des limitations dues aux réglementations en matière de protection des données - bien qu'il existe souvent des moyens de contourner ce problème en demandant que des analyses spécifiques soient effectuées par l'organisme qui est le propriétaire principal des données et que les principaux résultats soient communiqués en retour.



### **Boîte à outils pour la mise en œuvre**

B24 : [Cliquez ici](#) pour accéder aux [Directives 53-59 de l'ISSA en matière de TIC](#) qui décrivent les meilleures pratiques relatives aux différentes formes d'analyse de données, y compris les mégadonnées, l'apprentissage automatique et l'intelligence artificielle.

## **ÉTUDES DE CAS DE COUPLAGE DE DONNÉES POUR LE CIBLAGE DE LA POPULATION**

### *Encadré 7 : étude de cas sur Cadastro Unico au Brésil*

Le Cadastro Único est le registre social phare du Brésil, qui a été créé depuis 2001 pour centraliser l'identification des ménages pauvres et vulnérables et les inscrire dans les programmes de protection sociale pertinents. Il s'agit de l'un des plus grands registres sociaux au monde, avec environ 80 millions de personnes inscrites (27 millions de ménages), représentant plus de 40 pour cent de la population.

Le registre s'est progressivement développé au cours des deux dernières décennies pour soutenir de plus en plus de programmes sociaux (aujourd'hui plus de 30), et a évolué pour devenir un pilier essentiel de l'État-providence brésilien. Bien qu'il ne soit pas utilisé par les principaux programmes de santé et d'éducation du pays (qui sont des services universels et non contributifs au Brésil), il dispose d'un système complexe de couplage de données qui lui a permis d'améliorer progressivement l'exactitude et la richesse des données qu'il comporte.

Le Cadastro Único exécute son propre système direct de collecte, d'enregistrement et de vérification des données primaires, qui est mis à jour tous les deux ans à l'aide d'une combinaison de visites à domicile, de stations-service mobiles et de bureaux de services fixes dans plus de 9 000 bureaux publics. Ces données ont cependant été complétées et recoupées par la suite grâce à l'interopérabilité avec un « lac de données » externe composé de plus de 20 bases de données publiques lui permettant de vérifier les informations collectées par rapport aux enregistrements de revenus, de décès, d'adresses et d'examens de prestations, ainsi qu'à une gamme d'autres contrôles de validation instantanés et automatiques (erreurs courantes, duplication, exhaustivité, etc.) Ce lac de données comprend le registre fiscal, le registre des employeurs et des employés, les rapports de rémunération, les registres des cotisations sociales volontaires, le registre des bénéficiaires spécialement assurés, le registre des allocations de chômage, les registres des décès, les registres d'état civil, le registre des prisonniers, le registre des citoyens d'outre-mer, ainsi que le Cadastro Único.

Ce système est d'autant plus remarquable que le Brésil ne dispose pas d'un numéro d'identification unique des citoyens. Cela signifie que toutes les procédures de couplage doivent être effectuées à l'aide de « clés de couplage » telles que le nom, le nom de la mère, la date de naissance et les codes

d'identification fiscale et d'autres documents.

Avec toutes ces informations couplées, la confidentialité, la sécurité et la protection des données sont des préoccupations essentielles. Parmi les nombreuses mesures mises en place pour garantir qu'il s'agit d'un système d'accès à deux niveaux dans lequel un accès direct, mais partiel, est accordé aux institutions publiques et privées légalement responsables d'une liste de programmes sociaux clés, et les autres institutions ne figurant pas sur cette liste doivent soumettre des demandes formelles indiquant clairement la raison pour laquelle elles ont besoin des données. Par ailleurs, des recoupements des données sensibles entre une base de données et une autre sont effectués à l'aide de questions « oui/non » (par exemple, cette personne a-t-elle un revenu supérieur à ce seuil spécifique) parmi ces dossiers, plutôt qu'avec les données complètes partagées.

Les couplages de données publiques que le Brésil a réalisés via le Cadastro Único et le lac de données ont été des atouts particulièrement précieux pendant la pandémie de COVID-19 au cours de laquelle ils ont été utilisés pour identifier rapidement un grand nombre de personnes nouvellement vulnérables admissibles au versement d'une allocation d'urgence en espèces. Ainsi, 68 millions de personnes en ont bénéficié au total, dont 30 millions environ provenant de la base de données elle-même, et 38 millions supplémentaires qui ont postulé en ligne et dont les coordonnées ont été recoupées avec d'autres informations contenues dans le lac de données, moins d'un pour cent des candidatures retenues ayant été jugées frauduleuses.

#### *Encadré 8 : étude de cas de mise en œuvre du couplage de données au Ghana*

Le National Health Insurance Scheme (NHIS) du Ghana a été créé en 2003 et n'a cessé de croître pour couvrir désormais plus de 16 millions de bénéficiaires actifs, sur une population totale de 31 millions. Désormais 64,9 pour cent de ces bénéficiaires sont exonérés du paiement des cotisations, 1,3 million de ceux-ci (soit 8,3 pour cent des bénéficiaires) étant considérés comme pauvres ou vulnérables.

Le système actuel d'identification de ces groupes pauvres et vulnérables est fragmentaire, gourmand en ressources et entraîne des lacunes importantes dans la couverture. Les méthodes de ciblage incluent l'éligibilité de tous les ménages éligibles au programme principal de transfert monétaire du Ghana, le Livelihood Empowerment Against Poverty (LEAP), qui est administré par le ministère du Genre, de l'enfance et de la Protection sociale (MoGCSP). Le MoGCSP est responsable de l'identification des ménages éligibles et partage les noms des bénéficiaires avec le NHIS. Cependant, ceux-ci ne sont pas automatiquement inscrits, mais le NHIS doit plutôt attendre que la personne fasse sa demande avant de comparer manuellement ses coordonnées à la liste LEAP. D'autres personnes pauvres et vulnérables sont identifiées par les leaders d'opinion locaux (comme les chefs locaux) et inscrites sur des listes qui sont envoyées au NHIS. Celles — ci sont transmises au MoGCSP et doivent ensuite être approuvées manuellement et individuellement par les travailleurs du développement local ou les travailleurs sociaux du MoGCSP avant d'être renvoyées à la National Health Insurance Authority (NHIA) pour inscription.

Ce système présente un certain nombre de limites majeures que les responsables de la NHIA et du MoGCSP tiennent à résoudre. Cela impose une charge administrative élevée aux deux agences en raison du volume de vérification manuelle nécessaire entre leurs bases de données qui ne sont actuellement

pas interopérables. Il est également fréquemment inexact, car les inadéquations sont courantes entre les informations fournies par les individus à la NHIA et les données de la base de données LEAP. Le recours aux leaders d'opinion locaux est également lent, quelque peu subjectif et laisse pour compte un grand nombre de ménages pauvres et vulnérables éligibles, mais dont les noms ne sont pas proposés ou ne peuvent être approuvés. En raison de ces problèmes, on estime qu'environ 3,5 millions de personnes éligibles ne figurent pas sur les listes de personnes pauvres et vulnérables de la NHIA.

Dans le même temps, deux réformes importantes sont en cours pour créer l'opportunité d'une approche beaucoup plus efficace, précise et conjointe du ciblage de la population au Ghana.

1. Le MoGCSP déploie un registre social national des pauvres et des personnes vulnérables appelé Ghana National Household Registry (GNHR). Il s'agit d'une méthode d'évaluation de la pauvreté beaucoup plus rigoureuse et complète que l'approche des leaders d'opinion actuellement utilisée par la NHIA — cependant, en l'absence de lien entre les bases de données du NHIS et du GNHR, il n'existe actuellement aucun moyen d'intégrer facilement les ménages du registre social considérés comme pauvres dans la base de données des membres du NHIS.
2. Le Ghana déploie également un système national d'identification, la Ghanacard, dans le cadre duquel chaque individu se verra attribuer un identifiant numérique unique, avec vérification biométrique. L'initiative est administrée par la National Identification Authority (NIA), qui a commencé à délivrer des cartes en 2017 et a enregistré plus de 15 millions de personnes à ce jour.

Au vu de l'opportunité créée par ces réformes, d'avril à octobre 2021, des responsables de la NHIA, du MoGCSP et de la NIA ont participé à un processus d'apprentissage de cas de mise en œuvre avec le JLN Learning Collaborative on Population Targeting. Le but était d'appuyer le processus de planification de la création d'une liaison entre les trois systèmes, dans laquelle les numéros nationaux d'identification unique seraient adoptés tant par la base de données des membres du NHIS que par le registre social du GNHR. Cet identifiant commun serait ensuite utilisé pour le couplage entre les deux. Cela permettrait l'inscription automatique de tous les groupes pauvres et vulnérables identifiés par le MoGCSP dans la couverture sanitaire avec moins d'erreurs d'exclusion, l'élimination de la nécessité d'une vérification et d'une approbation manuelles, et éventuellement, par comparaison avec la base de données complète de la population détenue par la NIA, d'identifier les lacunes restantes en matière de couverture sanitaire (c'est-à-dire de déterminer s'ils sont exonérés du paiement de la cotisation ou non).

Dirigée par Ben Kusi, le directeur de l'affiliation et des opérations régionales de la NHIA, l'équipe du Ghana a offert des présentations régulières sur leurs plans au fur et à mesure de leur développement, permettant ainsi aux participants au LCPT de tirer des enseignements de la mise en œuvre et de la soutenir au fur et à mesure de son développement. Des sessions ciblées ont été organisées sur les domaines où des approches externes étaient jugées cruciales, notamment (i) le couplage des données et la vérification des dossiers, car il y avait probablement des incohérences entre les bases de données du GNHR et du NHIS au début, et (ii) les économies partagées potentielles qui seraient générées et pourraient être utilisées pour une analyse de rentabilisation en faveur du financement requis pour les coûts de développement d'un déploiement complet.

Le processus pilote est en cours et exécuté par le biais d'un plan d'action en sept étapes qui a été développé et adapté grâce au processus d'apprentissage des cas de mise en œuvre. La NHIA a déjà accepté les champs de données à partager avec le GNHR et a commencé à « nettoyer » sa propre base de données de bénéficiaires à l'aide des numéros d'identification nationaux. Cela signifie qu'en octobre 2021 déjà, environ 150 000 bénéficiaires du NHIS peuvent désormais bénéficier de services de santé grâce à leur Ghanacard plutôt qu'avec leur carte du NHIS. Les prochaines étapes comprennent l'évaluation du niveau de non-concordance des données restantes après l'inclusion des numéros d'identification, puis la création de protocoles visant à les résoudre et, finalement, le développement d'un algorithme pouvant automatiser ce processus afin que les trois systèmes puissent être couplés en permanence et tenus à jour (prévu pour septembre 2022).

#### *Encadré 9 : étude de cas sur la stratégie de re certification du Kenya*

Inua Jamii, le programme de transfert monétaire phare du Kenya, est l'un des principaux programmes de protection sociale du pays et une importante source de données potentielle permettant d'identifier les ménages pauvres et vulnérables pour les réformes évolutives de l'assurance maladie nationale. Composé de quatre sous-programmes qui ont été lancés successivement entre 2004 et 2017 auprès de différents groupes de populations (dont les personnes âgées, les personnes gravement handicapées et les orphelins et enfants vulnérables), ces données n'ont jamais été mises à jour, ce qui signifie que certaines des listes de bénéficiaires demeurent inchangées depuis presque 17 ans. Cette absence de mise à jour crée également des limitations supplémentaires, notamment l'incompatibilité des bases de données des quatre régimes entre elles. Le programme a développé un système consolidé d'information sur la gestion des transferts monétaires (CCTPMIS) en 2018, et certaines données ont été laissées dans le fichier hérité, car elles ne pouvaient pas être transférées vers le nouveau système en raison de problèmes de compatibilité.

En 2019, un effort national de re certification et de mise à jour des données a été lancé, en commençant par l'élaboration d'une stratégie nationale de re certification mettant au centre des priorités le déploiement d'un système unique d'information de la gestion numérique et d'une application mobile avec lesquels les enquêteurs locaux pourraient collecter et compiler les nouvelles données. Ceux-ci seraient principalement utilisés pour évaluer si les personnes figurant sur les quatre listes de bénéficiaires étaient toujours éligibles en termes de catégorie (par exemple, étaient-elles toujours orphelines ?) et sur le plan socioéconomique (par exemple, étaient-elles toujours pauvres ?). L'application est dotée de quatre fonctions principales : une liste de tous les ménages bénéficiaires que les enquêteurs peuvent consulter et une validation communautaire permettant aux dirigeants locaux de certifier les données, l'enregistrement des ménages et les capacités de re certification des ménages. Elle fonctionne aussi bien en ligne que hors ligne, et les contrôles internes permettent d'approuver ou de rejeter un ménage sur place, les données étant automatiquement consolidées dans le système intégré d'information de la gestion des transferts monétaires dès que l'application se connecte à Internet.

Une phase pilote avait été initialement menée et a abouti au maintien de 84 % des bénéficiaires, 7 % n'étant plus éligibles, 7 % étant décédés et 1 % ayant été perdus de vue. La mise en œuvre complète est maintenant en cours, bien que retardée par la pandémie de COVID-19. La stratégie de re certification devrait produire trois résultats pour la mise en œuvre. Il s'agit de l'éligibilité catégorique selon laquelle certains ménages ne répondent plus aux critères ; de l'éligibilité socioéconomique selon laquelle certains ménages ne sont plus classés parmi les plus pauvres ; et enfin l'exclusion du programme des ménages qui ne sont plus éligibles via un modèle fondé sur la promotion.

Les défis restants sont l'ampleur de la résistance politique potentielle au niveau local si un grand nombre de bénéficiaires sont désormais jugés inéligibles, et ce qu'il advient des importantes économies qui seront générées par l'exercice grâce au retrait des bénéficiaires qui ne sont plus éligibles. La meilleure option est de les remplacer par des cas plus méritants provenant des mêmes zones géographiques. Actuellement, le programme cible à nouveau tous les bénéficiaires de la liste héritée via une application mobile intégrée au module de ciblage amélioré du CCTPMIS. Le processus implique une preuve de vie obligatoire via la liste des ménages, l'enregistrement des ménages, la validation communautaire et, enfin, l'inscription auprès des prestataires de services de paiement. Cela entraînera une réintégration dans la masse salariale.

## RÉFÉRENCES

- Barbero, T et al. (2015) « Afrique du Sud : ICROP : atteindre les personnes pauvres des zones rurales par le biais d'unités de services mobiles », Bureau international du Travail, [Département de la protection sociale].
- Barca, V et Beazley, R. (2019) « S'appuyer sur les systèmes gouvernementaux pour la préparation et la réponse aux chocs : Le rôle des systèmes de données et d'information sur l'assistance sociale », Canberra : Commonwealth d'Australie, ministère des Affaires étrangères et du Commerce. ISBN : 978-1-74322-468-7
- Barca, V et Chirchir, R. (2020) « Construire un système d'information intégré et numérique sur la protection sociale », Document technique. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.
- Barca, V et Hebban, M. (2020) « À la demande et à jour ? Inclusion dynamique et mise à jour des données pour l'assistance sociale », Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.
- Bitran, R. (2014) « La couverture sanitaire universelle et le défi de l'emploi informel : Enseignements tirés des pays en voie de développement », Banque mondiale. Washington, DC.
- Bonfert, A et al. (2015) « Comblent l'écart : Couverture sanitaire pour les travailleurs non pauvres du secteur informel », Joint Learning Network For Universal Health Coverage.
- Cotlear, D. et al. (2015) « Devenir universel : Comment 24 pays en développement mettent en œuvre des réformes complètes de la couverture sanitaire universelle », Washington, DC : Banque mondiale. doi:10.1596/978-1-4648-0610-0. Licence : Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO
- Delgado, F et al. (2013) « Proposition de modèle d'interopérabilité pour les systèmes d'information de la sécurité sociale » ICEIS 2013 - 15e conférence internationale sur les systèmes d'information d'entreprise. ISBN : 978-989-8565-60-0
- Fredriksson, A. (2020) « Les guichets uniques de services publics : Preuves recueillies auprès des centres de services aux citoyens au Brésil », Journal of Policy Analysis and Management DOI : 10.1002/pam.
- Heeks, A. (2002) « Systèmes d'information et pays en développement : Échec, succès et improvisations locales », The Information Society. 18(2):101-112
- JLN (2019) « Un guide des exigences communes des systèmes d'information sur l'assurance maladie nationale », Joint Learning Network For Universal Health Coverage.

Lindert, K et al, éditeurs. (2020) « Recueil de références sur les fondements des systèmes de prestation de la protection sociale », Washington, DC : Banque mondiale. doi:10.1596/978-1-4648-1577-5. Licence : Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.

OMS et Banque mondiale. (2019) « Rapport mondial de surveillance 2019 de la protection financière dans le domaine de la santé », Genève : Organisation mondiale de la santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale ; 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Williams, A. et Moreira, V. (2020) « Rendre les systèmes d'information sur la protection sociale adaptatifs », Washington, DC. La Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale.