

L'apprentissage pour la couverture sanitaire universelle

Bruno **Meessen**, El Houcine **Akhniif**, Joël Arthur **Kiendrébéogo**, Abdelali **Belghiti Alaoui**, Kefilath **Bello**, Sanghita **Bhattacharyya**, Hannah Sarah **Faich Dini**, Fahdi **Dkhimi**, Jean-Paul **Dossou**, Allison **Gamble Kelley**, Basile **Keugoung**, Tamba Mina **Millimouno**, Jérôme **Pfaffmann Zambruni**, Maxime **Rouve**, Isidore **Sieleunou**, Godelieve **van Heteren**

Article paru en anglais dans le [British Medical Journal Global Health](#)

Introduction

La dernière Assemblée Générale des Nations Unies, en septembre 2019, a confirmé que la couverture sanitaire universelle (CSU) resterait une priorité au niveau mondial (1). Le cheminement vers la CSU est toutefois complexe, notamment au niveau des pays. Les agences et experts internationaux peuvent fournir une assistance, mais les véritables défis sont, dans une large mesure, spécifiques à chaque pays, avec son système de santé et son contexte politique uniques. Chaque pays ayant à trouver son propre chemin, il est crucial de développer des capacités d'apprentissage systémique pour la CSU. Par cela, nous entendons l'ensemble des capacités des acteurs interconnectés qui permettent de tirer des enseignements de l'action (la leur et celle des autres) pour progresser vers la CSU. Nous soutenons que les programmes opérationnels et de recherche visant à renforcer ces capacités au niveau des pays sont encore sous-développés, malgré la reconnaissance croissante de leur importance pour le renforcement du système de santé et la CSU.

Nous aimerions inviter les ministères de la santé, leurs partenaires nationaux et internationaux et les universités à adopter une nouvelle perspective en matière d'apprentissage. Au cours des dernières décennies, l'apprentissage a rarement été traité comme une véritable priorité, et ce pour de nombreuses raisons. Dans certains pays, les capacités nationales ont été affectées par des coupes budgétaires. Dans d'autres, les acteurs ont souvent une vision particulièrement unidirectionnelle de l'apprentissage, vu comme un jeu entre «sachants» (les universitaires, assistants techniques, experts de l'aide et hauts fonctionnaires) et les «apprenants» (tous les autres). Les écoles de santé publique et les revues scientifiques ont été désignées comme les principaux réceptacles du savoir. Des cours, des formations et des ateliers sont proposés comme mode de transmission de nouvelles stratégies ou pratiques dans les programmes de santé.

Cette configuration familière du «domaine de l'apprentissage» est de plus en plus remise en question. Des points de vue neufs sur l'apprentissage émergent. Ils présentent l'apprentissage comme un processus social: nous apprenons grâce à notre intégration dans des communautés de pairs praticiens (2). Bien sûr, la mise à jour des connaissances et des croyances reste essentielle, mais les changements au niveau de l'agir et du comportemental suscitent une attention croissante (3). Dans le monde des entreprises, les *startups* ont contribué à promouvoir certaines de ces approches alternatives en matière d'apprentissage, en accordant toute leur attention aux tests et améliorations itératifs fondés sur l'analyse rapide d'informations émergentes issues de l'expérience des utilisateurs (4).

Cette reconnaissance croissante de la nécessité de nouvelles approches d'apprentissage et de l'existence d'un ensemble plus large de méthodes a touché la communauté internationale. Depuis près de 10 ans, notre propre groupe s'emploie à faciliter «l'apprentissage collectif pour la CSU» selon diverses modalités, avec un certain succès (5). Dans cet article, nous partageons certaines de nos pratiques, du niveau local au niveau mondial, et proposons de tirer un certain nombre d'enseignements pour les pays et les acteurs internationaux intéressés par le renforcement des capacités d'apprentissage systémiques nationales pour la CSU.

Notre pratique en apprentissage collectif

Démarrer des communautés de pratique

Il y a neuf ans, une étude portant sur plusieurs pays a révélé que, dans de nombreux pays à faible revenu, les politiques de gratuité (suppression de la participation financière par les usagers) présentaient de nombreuses lacunes en matière de mise en œuvre (6). Dans un article d'opinion, certains d'entre nous ont appelé à accorder plus d'attention aux besoins en connaissances des acteurs de la mise en œuvre et ont plaidé en faveur de la création de communautés de pratique transnationales (CdP) (7). La proposition à l'époque était de rassembler certaines parties prenantes clés (par exemple les décideurs, les praticiens, les chercheurs) autour d'un domaine d'intérêt spécifique, afin de partager et de coproduire les connaissances pertinentes pour le renforcement de la mise en œuvre.

Nous avons ensuite mis en place et facilité un certain nombre de CdP couvrant de vastes domaines tels que l'accès financier aux services de santé, le financement basé sur la performance (FBP), la prestation de services de santé, la santé communautaire et la gouvernance. Au cours de ce processus, nous avons rassemblé des milliers d'experts dans des forums de discussion en ligne. Dès le départ, notre objectif était de faire de ces CdP bien plus que des communautés en ligne. Nous avons organisé des réunions et des ateliers en face à face (8), mené des recherches dans plusieurs pays (9-11), mis au point des cadres d'analyse et des modules de formation (12), diffusé des webinaires, organisé un concours de dessins et mené diverses autres activités collaboratives.

De la gestion des connaissances à l'intelligence collective, via les plateformes numériques

Travailler avec des CdP a grandement stimulé et accru notre compréhension des besoins en connaissances des pays et des experts individuels. Nous sommes rapidement allés au-delà des seuls diffusion et partage des connaissances. Développer l'apprentissage continu avec les membres de la CdP s'est progressivement imposé comme le centre de notre activité. Cela a permis de prendre de plus en plus conscience que de telles approches pourraient également être pertinentes pour une action au niveau des pays.

A ce stade, le concept d'« organisation apprenante »(OA), proposé par des experts en études organisationnelles (13), a été une source majeure d'inspiration. Ce concept souligne que l'apprentissage est une pratique stratégique permettant aux organisations de s'épanouir et de créer de la valeur dans des environnements en mutation rapide. La notion d'OA a progressivement inspiré nos membres de la CdP et éclairé leurs actions. Cela s'est manifesté dans de nombreuses activités de la CdP.

Par exemple, les participants à une conférence régionale coorganisée par le CdP sur la Prestation des Services de Santé ont recommandé aux équipes de gestion des districts de santé de transformer leurs districts de santé en OA (8). Dans le prolongement de cette vision, une recherche-action a été développée au Bénin et en Guinée. La recherche visait à tester la faisabilité d'un processus

d'apprentissage facilité associant, sur une seule plateforme numérique (district.team), la visualisation de données et les discussions explicatives entre pairs au sein des équipes de districts de santé du pays. La visualisation des données et les discussions portaient sur des sujets pertinents pour les opérations de district: préparation aux épidémies, surveillance de la mortalité maternelle, FBP... Pour améliorer notre intervention, nous nous sommes mis en mode « apprentissage ». Certains principes clés du secteur des *startups* ont été introduits (4): par exemple, mettre l'accent sur quelques hypothèses, utiliser une solution numérique simplifiée pour les tester, introduire un suivi actif et identifier et adopter rapidement les enseignements tirés. La stratégie d'intelligence collective appliquée aux données de routine testée sur district.team s'est révélée particulièrement efficace (14) et appréciée des responsables de district. Dans le même temps, il est apparu que la transformation des administrations de la santé en OA nécessitait un temps et un engagement appropriés (15).

Dans le cadre du suivi d'un autre atelier régional qui s'était tenu à Bujumbura (Burundi), les experts de deux CdP ont décidé de documenter la fragmentation du financement de la santé en Afrique francophone. L'une de leurs principales conclusions a été l'absence, dans chacun des 12 pays étudiés, d'une vue cohérente des dispositifs de financement de la santé en place (9). Un tel déficit d'information est problématique, puisque le financement de la CSU tend à être construit à partir de systèmes existants, et non à partir d'une feuille blanche. Le constat de ce déficit a donc conduit les experts de la CdP à se lancer dans une autre étude participative, centrée sur les capacités d'apprentissage systémique pour la CSU dans six pays (11). Ce second travail a démontré que dans ces pays, les « systèmes de CSU » n'étaient pas encore des systèmes d'apprentissage complets. Les experts ont identifié plusieurs faiblesses fondamentales: au niveau du leadership (insuffisamment favorable à l'apprentissage), à la culture organisationnelle (non adaptée à l'apprentissage) et aux processus de gestion des connaissances (sous-développés).

Dans toutes nos activités, l'apprentissage pour la CSU est devenu une entreprise collective importante. Travailler en tant que communauté a permis aux relations interpersonnelles et à la confiance de s'épanouir, des éléments essentiels pour l'apprentissage. Au fil des ans, nous avons compris l'importance de développer des plates-formes numériques interactives pour se connecter au-delà des rencontres en face-à-face. Au départ, nous nous sommes principalement concentrés sur les besoins des praticiens, qui sont trop souvent oubliés par la communauté mondiale de la santé (7). Outre les groupes de discussion en ligne, les blogs (<http://www.healthfinancingafrica.org/>), les webinaires et les plates-formes district.team, nous avons développé *The Collectivity* (<https://www.thecollectivity.org/>), une nouvelle plate-forme collaborative pour praticiens disposés à travailler ensemble dans le domaine de la santé mondiale. Nous considérons la coproduction comme une condition essentielle pour l'appropriation et l'application ultérieure de l'apprentissage qui se fait jour.

Leçons pour les pays et la communauté mondiale de la santé

Cette décennie d'activités dans de telles pratiques d'apprentissage a confirmé la pertinence et l'importance d'investir dans «l'intelligence collective», définie par Wikipedia (le parangon du concept d'intelligence collective), comme «l'intelligence partagée ou collective qui, issue de la collaboration, des efforts collectifs ou concurrents de nombreux individus, se réalise dans la prise de décision par consensus »(16). Ces activités ont permis de dégager une série de leçons essentielles pour faire progresser la CSU. Nous pensons qu'elles sont pertinentes pour les pays au-delà des situations transnationales.

Développer des agendas d'apprentissage

La facilitation des CdP nous a appris l'importance d'organiser notre apprentissage collectif en fonction d'un agenda d'apprentissage. Par « agenda d'apprentissage », nous entendons: une pratique collective, raisonnée, adaptative et durable visant à identifier les questions qui nécessitent une réponse et à mettre en œuvre les stratégies pour y répondre (par l'analyse de données de routine, la consultation, la délibération, la recherche, etc.). Par exemple, dans notre travail au sein de la CdP FBP, nous avons progressivement réalisé que le FBP conduirait à un changement systémique au niveau des pays uniquement si la stratégie s'inscrivait dans le programme plus vaste de la CSU. Nous avons donc réorganisé nos activités d'apprentissage collectif vers l'enjeu d'une telle intégration. Cette évolution a été facilitée par une collaboration étroite avec d'autres CdP (17) et des agences telles que l'OMS (18). Nous avons aussi veillé à intégrer dans nos activités de nouveaux concepts, tels que l'achat stratégique et à bien exploiter les enseignements tirés de l'expérience des pays.

Notre hypothèse est que les autorités sanitaires des pays pourraient élaborer leur propre agenda d'apprentissage pour la CSU. L'idée centrale serait de déterminer les connaissances requises pour les prochaines étapes de la progression vers la CSU et de veiller à ce que ces trous dans la connaissance soient comblés. Le développement participatif de l'agenda d'apprentissage aiderait les autorités nationales à avoir une vision élargie de qui fait déjà quoi. L'exercice les renseignerait sur les données probantes nécessaires pour progresser vers la CSU et sur les capacités d'apprentissage à renforcer. Cette approche a le potentiel de lancer l'apprentissage pour la CSU, de réduire les écarts entre les connaissances, les politiques, les pratiques et les résultats, d'éviter les redondances et de consolider en même temps l'écosystème de connaissances national.

Adopter la vision du « système apprenant »

Nous considérons le concept d'OA être un cadre d'analyse puissant pour évaluer la dynamique des systèmes de santé et inspirer des actions possibles pour consolider l'apprentissage systémique en matière de CSU (11; 19). Une analyse documentaire effectuée par certains d'entre nous a révélé un nombre croissant de recherches s'intéressant aux systèmes apprenants; pourtant, ces recherches couvrent encore principalement des situations dans les pays à revenu élevé (20). Comme d'autres (21), nous recommandons d'investir davantage dans ce domaine pour les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Une observation saillante et répétée concerne le rôle central du leadership dans le soutien au niveau national (15; 19). Dans une certaine mesure, la logique de l'OA se heurte à la logique bureaucratique qui prévaut dans de nombreuses administrations publiques. Sans soutien officiel, il sera très difficile d'institutionnaliser de nouveaux processus d'apprentissage et de transformer la culture organisationnelle en place. Un programme de recherche-action que nous avons développé au Maroc nous a appris que des changements de leadership peuvent aisément compromettre les entreprises de transformation. Les dirigeants peuvent contribuer à une culture plus ouverte à l'apprentissage par leurs propres décisions (par exemple, en encourageant leurs subordonnés à participer à des activités d'apprentissage), par leur mentorat, mais aussi en remettant en question leur propre style de gestion.

Valoriser différentes sources d'apprentissage et types de connaissances

Nous tenons à souligner que «l'apprentissage pour la CSU» ne se confine pas à l'usage des connaissances scientifiques pour informer les politiques. La recherche sur les systèmes de santé est cruciale pour la politique de la santé, mais elle ne répond pas à toutes les questions. Une grande partie des connaissances dont un pays a besoin en matière de CSU va dépendre de l'aptitude

collective à innover, à réfléchir et à tirer des enseignements de la pratique. En tant que communauté d'action, nous devons reconnaître que l'apprentissage peut émerger de nombreuses situations. Dunlop et Radaelli ont identifié quatre situations propices à l'apprentissage pour les politiques (22). En partie à cause de la manière dont la «santé mondiale» est structurée, aujourd'hui, en ce qui concerne la CSU, l'attention se porte principalement sur «*l'apprentissage épistémique*» (des experts internationaux indiquent aux pays quoi faire) et, dans une moindre mesure, sur «*l'apprentissage dans l'ombre de la hiérarchie*» (formation et suivi). Nous devons réfléchir à la manière dont nous pourrions mieux valoriser et exploiter les deux autres situations, potentiellement plus horizontales. L'assemblée nationale de la santé en Thaïlande (23) et le dialogue social en Tunisie (<http://www.hiwarsaha.tn/>) sont de rares exemples d'*apprentissage réflexif* en matière de CSU. La constitution de coalitions nationales est au centre des politiques de la CSU et du financement de la santé (24). Cependant, jusqu'à présent, peu d'attention a été accordée à «*l'apprentissage par la négociation*» générée au niveau des décideurs et des « champions » de la CSU, sans parler de l'apprentissage qui commence réellement dans les communautés.

Nous devons également accorder plus de valeur aux multiples formes de connaissance. À cette fin, la proposition de Freeman et Sturdy posant les connaissances comme existant en trois états est particulièrement utile (25). Ils identifient les connaissances «incorporées» (en chacun de nous), «inscrites» (dans les documents) et «mises en œuvre» (dans l'action). L'inscription de connaissances (par exemple dans des rapports, des articles scientifiques, des *guidelines*, des articles de blog) est cruciale, mais elle ne peut être la seule stratégie pour progresser vers la CSU. Nous devons accorder une plus grande attention aux processus par lesquels la connaissance est partagée, contextualisée, mise en œuvre et 'incorporée'. Pour la CSU, nous aurons besoin de preuves, de répertoires de pratiques, mais aussi de la mobilisation d'une "foule" d'experts et d'acteurs (26): notre expérience des CdP a été la preuve que de nombreux détenteurs de connaissances souhaitent participer et collaborer. Pour les mobiliser, nous avons besoin de plates-formes. Nous devons également faire un meilleur usage des techniques d'intelligence collective, développer des compétences de facilitation aux niveaux national et international et prêter attention aux sources de motivation intrinsèques et extrinsèques des individus à participer à des activités d'apprentissage. Il nous faut également mieux comprendre comment les nouvelles connaissances sont adoptées et intégrées aux politiques et à leur mise en œuvre. Davantage de recherche dans ce domaine sera stratégique.

Reconnaître l'ensemble des mécanismes de gestion des connaissances

Les connaissances relatives à la CSU revêtant de multiples formes, nous devons tirer le meilleur parti de l'éventail complet des mécanismes disponibles pour la production et le transfert des connaissances. Le courtage des connaissances, la formation, les visites d'étude, les groupes de réflexion et *think tanks*, l'assistance technique, les communautés de pratique, les réseaux, les plateformes d'innovation (27) et même les « solutions prêtes à l'emploi » sont autant de voies possibles, chacune avec leurs avantages et inconvénients. Dans l'idéal, nous devrions passer du modèle actuel selon lequel les ministères de la santé sont considérés comme des « destinataires » à un système dans lequel les ministères de la santé, en tant qu'OA, sollicitent de manière proactive l'ensemble des mécanismes et des acteurs, en fonction de leurs besoins spécifiques.

Passer à cette situation prendra un certain temps. Certaines faiblesses (par exemple, la culture bureaucratique, les capacités limitées en matière d'exploitation des données ou la pratique limitée de nouveaux mécanismes d'apprentissage) semblent prévaloir dans de nombreux pays. Bien qu'ils ne résoudront pas toutes les contraintes et qu'il faille être prudents face à la domination possible d'acteurs du Nord (28), il y a un espace pour des programmes internationaux promouvant une

approche plus large de l'apprentissage pour la CSU. Pour le transfert des compétences non techniques utiles au programme de la CSU, une partie de la solution pourrait provenir d'une action internationale commune de groupes ou de réseaux valorisant les échanges entre pairs, tels que P4H (<https://p4h.world/en/>), le Health Systems Governance Collaborative (<https://hsgovcollab.org/>), le *Joint Learning Network for UHC* (<http://www.jointlearningnetwork.org/>) et les communautés de pratique. Les efforts futurs devraient également viser à mieux ancrer (notamment au moyen de fonds) la coordination et la facilitation de ces initiatives dans les pays à faible et moyen revenus, comme cela a été fait avec succès pour l'initiative *Emerging Voices for Global Health* (<https://www.ev4gh.net/>).

Investir dans les capacités d'apprentissage nationales

Les processus et capacités d'apprentissage sont présents dans tous les pays (11). Cependant, la plupart des pays manquent encore d'un écosystème de connaissances national cohérent: un système permanent, dynamique et complémentaire d'acteurs et d'individus, totalement ou partiellement dédié à l'apprentissage des CSU. L'exemple de la Thaïlande montre à quel point le fait d'avoir cette capacité au niveau national est bénéfique (29 ;30). Même dans les pays à faible revenu, beaucoup peut être fait. Par exemple, la capacité de recherche sur les systèmes de santé développée au Burkina Faso pourrait être une source d'inspiration pour beaucoup (11; 31).

Construire de tels écosystèmes prend du temps. Il n'y a pas un seul itinéraire. Notre expérience confirme la nécessité d'approches diverses. La pluralité des opportunités et des processus est bénéfiques pour l'apprentissage. Les autorités sanitaires pourraient parfois être plus ouvertes à des nouveaux processus (par exemple, inciter le personnel à assister à des webinaires, organiser des séminaires), mais aussi être plus strictes sur les processus existants (par exemple, demander aux participants d'un voyage d'étude de partager ce qu'ils ont appris sur un blog ou sur l'intranet; institutionnaliser et systématiser les orientations à fournir par les instituts de recherche nationaux).

L'apprentissage est nourri par notre curiosité, peut bénéficier d'une certaine sérendipité, mais pour certaines questions, des mécanismes et des voies institutionnalisées sont nécessaires. Les pays doivent hiérarchiser leurs efforts en fonction des demandes opérationnelles les plus urgentes dans leurs systèmes. Par exemple, pour de nombreux pays à faible revenu, l'une des priorités est sans doute d'utiliser plus efficacement leur système d'information sanitaire de routine (32). Dans nos pratiques professionnelles, nous avons tous constaté que les données de routine générées par les systèmes de financement de la santé sont sous-utilisées. Nous sommes encore loin de « l'achat stratégique » (33). Pour les pays en transition en matière d'aide, il est temps d'établir des capacités nationales en matière d'évaluation des technologies de la santé et de définition des priorités, notamment en mettant en place des entités et des procédures dédiées à la définition des paquets de services (*benefit packages*) (34). L'Initiative internationale d'aide à la décision, IDSI (<https://www.idsihealth.org/>) et HTAsiaLink sont de bons exemples de la manière dont la collaboration internationale peut accélérer la consolidation des capacités de connaissances nationales (35 ; 36). La plate-forme *Decide* de l'OMS (decidehealth.world) est la dernière initiative dans ce domaine.

Quel que soit le contexte, les partenaires de développement peuvent et doivent investir dans les écosystèmes de la connaissance nationaux, par exemple en sollicitant les acteurs, les universités, les consultants nationaux pour des études, enquêtes et évaluations. Notre expérience montre que cela est possible, même dans des environnements fragiles et difficiles.

Conclusion

L'apprentissage systémique peut être une entreprise collective inspirante aux niveaux international et national. Il constitue la colonne vertébrale du renforcement du système de santé et de la promotion de la CSU. Dans de nombreux pays, il est sans doute encore nécessaire de renforcer presque toutes les composantes de la gestion des connaissances (production, stockage, partage et mise en œuvre). Notre groupe propose toutefois de centrer l'action sur trois niveaux en priorité.

1. Nous devons replacer l'apprentissage au cœur de la « sphère de la pratique »: nos efforts doivent glisser de la fourniture de « produits de connaissance » pour la CSU au renforcement des processus et des capacités d'apprentissage systémiques au niveau des pays. Les ministères de la santé sont invités à adopter une perspective d'apprentissage beaucoup plus explicitement. Cela nécessite un leadership proactif, tant au niveau local que mondial.

2. Il est nécessaire de favoriser la croissance d'une masse critique d'acteurs soutenant et facilitant divers processus d'apprentissage aux niveaux national, régional et mondial. Ces acteurs devront reconnaître la nature complexe de l'apprentissage et le fait que les connaissances pertinentes pour faire progresser la CSU incluent les données probantes produites par les scientifiques, mais vont aussi bien au-delà.

3. Ensemble, nous devons promouvoir une profonde transformation de la culture au sein des systèmes de santé, en particulier au sein des administrations sanitaires. L'introduction de nouvelles stratégies de gestion des connaissances peut servir de révélateur - la volonté de changer les pratiques viendra du constat qu'il existe des alternatives de qualité supérieure.

Nous sommes enthousiasmés par le large éventail de possibilités qui s'ouvrent. Et bien sûr, tout ce nouvel effort d'apprentissage devrait lui-même faire l'objet... d'un apprentissage.

Remerciements

Ce document est en partie basé sur les idées des participants à la réunion « *Learning for UHC* » organisée à Anvers en octobre 2018. Nous sommes également reconnaissants aux milliers d'experts qui ont contribué à nos CdP. Leur enthousiasme est une source majeure de motivation. Nous remercions NORAD, l'UNICEF, la Belgique et la France ainsi que les autres partenaires financiers qui nous ont aidés à mettre en œuvre cet ambitieux programme d'apprentissage et d'action sur près d'une décennie.

Déclaration de conflit d'intérêts

BM détient une participation minoritaire dans Blue Square, une entreprise développant des solutions logicielles pour les systèmes de santé, y compris les programmes FBP. Les autres auteurs n'ont pas de conflit d'intérêts.

Bibliographie

- (1) Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage, United Nations General Assembly, (2019).
- (2) Wenger E, McDermott R, Snyder WM. A guide to managing knowledge: Cultivating communities of practice. Boston: Harvard Business School Press; 2002.
- (3) Revans R. ABC of Action Learning. London: Routledge; 2017.
- (4) Ries E. The lean startup. New York: Crown Business; 2011.
- (5) Gautier L, Tosun J, De Allegri M, Ridde V. How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development* 2018;110:160-75.
- (6) Meessen B, Hercot D, Noirhomme M, Ridde V, Tibouti A, Tashobya CK, et al. Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy Plan* 2011 Nov;26 Suppl 2:ii16-ii29.
- (7) Meessen B, Kouanda S, Musango L, Richard F, Ridde V, Soucat A. Communities of practice: the missing link for knowledge management on implementation issues in low-income countries? *Trop Med Int Health* 2011 May 12;16(8):1007-14.
- (8) Meessen B, Malanda B. No universal health coverage without strong local health systems. *Bull World Health Organ* 2014 Feb 1;92(2):78-78A.
- (9) Kelley A, Sieleunou I, Gashubije L, Hounye H, Samake A, Mayaka Manitu S, et al. Une vue d'hélicoptère: cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afrique Francophone. *Communauté de Pratique Accès Financier aux Services de Santé et Communauté de Pratique Financement Basé sur la Performance*; 2014.
- (10) Richard F, Antony MWS, Kelley A, Sieleunou I, Kafando Y, Meessen B. Fee exemption for maternal care in sub-Saharan Africa: a review of 11 countries and lessons for the region. *Global Health Governance* 2013;4(2):1-20.

- (11) Akhnif E, Kiendrebeogo JA, Idrissi AA, Adam Z, Makoutode CP, Mayaka MS, et al. Are our 'UHC systems' learning systems? Piloting an assessment tool and process in six African countries. *Health Res Policy Syst* 2018 Aug 6;16(1):78.
- (12) Bertone MP, Meessen B, Clarysse G, Hercot D, Kelley A, Kafando Y, et al. Assessing communities of practice in health policy: a conceptual framework as a first step towards empirical research. *Health Res Policy Syst* 2013 Oct 20;11(1):39.
- (13) Garvin DA. *Learning in action: A guide to putting the learning organization to work*. Boston: Harvard Business School Press; 2000.
- (14) Millimouno TM, Sidibé S, Delamou A, Bello K, Keugoung B, Dossou JP, et al. Evaluation of the maternal deaths surveillance and response system at the health district level in Guinea in 2017 through digital communication tools. *BMC Reproductive Health* 2019.
- (15) Keugoung B, Bello K, Millimouno TM, Sidibé S, Dossou JP, Delamou A, et al. Mobilizing health district management teams through digital tools: lessons from the District.Team Initiative in Benin and Guinea using an action research methodology. Under submission.
- (16) Wikipedia. Collective Intelligence. 2019. https://en.wikipedia.org/wiki/Collective_intelligence [accessed: 11-15-2019]
- (17) PBF CoP, E-Med CoP Médicaments, CoP Hub RDC. *Financement basé sur la performance et système national d'approvisionnement en médicaments essentiels*. Kinshasa, RDC; 2016.
- (18) Mathauer I. *Strategic purchasing: an emerging agenda for UHC Africa*. 2016. *Health Financing in Africa: Le Blog*. <http://www.healthfinancingafrica.org/home/strategic-purchasing-an-emerging-agenda-for-uhc-in-africa> [accessed: 6-10-2019].
- (19) Akhnif E, Macq J, Meessen B. The place of learning in a universal health coverage health policy process: the case of the RAMED policy in Morocco. *Health Res Policy Syst* 2019 Feb 21;17(1):21.
- (20) Akhnif E, Macq J, Idrissi Fakhreddine MO, Meessen B. Scoping literature review on the Learning Organisation concept as applied to the health system. *Health Res Policy Syst* 2017 Mar 1;15(1):16.
- (21) Naimoli JF, Saxena S. Realizing their potential to become learning organizations to foster health system resilience: opportunities and challenges for health ministries in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan* 2018 Dec 14.
- (22) Dunlop CA, Radaelli CM. Systematising policy learning: from monolith to dimensions. *Political Studies* 2013;61:599-619.
- (23) Rajan D, Mathurapote N, Putthasri W, Posayanonda T, Pinprateep P, de CS, et al. Institutionalising participatory health governance: lessons from nine years of the National Health Assembly model in Thailand. *BMJ Glob Health* 2019;4(Suppl 7):e001769.
- (24) Kiendrébéogo JA, Meessen B. Ownership of health financing policies in low-income countries: a journey with more than one pathway. *BMJ Glob Health* 2019;4(5):e001762.
- (25) Freeman R, Sturdy S. *Knowledge in policy: Embodied, inscribed and enacted*. Bristol: Policy Press; 2015.

- (26) Heimans J, Timms H. Understanding "New Power". *Harvard Business Review* 2014;92(12):48-56.
- (27) Bailie J, Cunningham FC, Bainbridge RG, Passey ME, Laycock AF, Bailie RS, et al. Comparing and contrasting 'innovation platforms' with other forms of professional networks for strengthening primary healthcare systems for Indigenous Australians. *BMJ Glob Health* 2018;3(3):e000683.
- (28) Abimbola S. The foreign gaze: authorship in academic global health. *BMJ Glob Health* 2019;4:e002068.
- (29) Harris J. "Developmental capture" of the state: explaining Thailand's universal coverage policy. *J Health Polit Policy Law* 2015 Feb;40(1):165-93.
- (30) Teerawattananon Y, Tantivess S, Yothasamut J, Kingkaew P, Chaisiri K. Historical development of health technology assessment in Thailand. *Int J Technol Assess Health Care* 2009 Jul;25 Suppl 1:241-52.
- (31) Defor S, Kwamie A, Agyepong IA. Understanding the state of health policy and systems research in West Africa and capacity strengthening needs: scoping of peer-reviewed publications trends and patterns 1990-2015. *Health Res Policy Syst* 2017 Jul 12;15(Suppl 1):55.
- (32) Touré C, Keugoung B, Dossou JP, Kiendrébéogo JA, Meessen B. From health information systems to collective intelligence : Refocusing the health district on the population using ICT. Regional workshop of the community of practice "Health service delivery". Cotonou, 16 . Cotonou: Health Service Delivery CoP; 2016.
- (33) Mathauer I, Dale E, Jowett M, Kutzin J. Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic. Geneva: WHO; 2019.
- (34) Glassman A, Giedon U, Smith PC. What's in, what's out? Designing benefits for universal health coverage. 2017. Washington DC, Center for Global Development.
- (35) Teerawattananon Y, Luz K, Yothasmutra C, Pwu RF, Ahn J, Shafie AA, et al. Historical Development of the HTAsiaLink network and its key determinants of success. *Int J Technol Assess Health Care* 2018 Jan;34(3):260-6.
- (36) Tantivess S, Chalkidou K, Tritasavit N, Teerawattananon Y. Health Technology Assessment capacity development in low- and middle-income countries: Experiences from the international units of HITAP and NICE. *F1000Res* 2017;6:2119.