PLATEFORME AFRICAINE COLLABORATIVE POUR DES SOLUTIONS DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Analyse du caractère inclusif des plateformes de dialogue politique en faveur de la Couverture sanitaire universelle (CSU) au Burkina Faso

Octobre 2020

Yamba Kafando, Charlemagne Tapsoba, Joël Arthur Kiendrébéogo

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

Remerciements

L'équipe de recherche de RESADE (www.resade.org) remercie tous ceux qui ont apporté un appui ou une contribution quelconque à la réalisation de cette étude. Nous pensons particulièrement :

- aux collaborateurs du projet ACS, surtout ceux impliqués dans la mise en œuvre des activités de « *recherche & apprentissage* », pour leur appui technique et administratif ;
- aux enquêteurs sur le terrain pour leurs multiples efforts ;
- à tous les informateurs clés et aux responsables des plateformes de dialogue pour leur disponibilité et leur amabilité à répondre à nos questions/sollicitations.

Acronymes

AMU	Assurance maladie universelle
CASEM	Conseil d'administration du secteur ministériel de la santé
CHR	Centre hospitalier régional
CM	Centre médical
CNAMU	Caisse nationale de l'assurance maladie universelle
COGES	Comité de gestion
CSD/SPS	Cadre sectoriel de dialogue du secteur de planification santé
CSD/DS	Conseil de santé du district sanitaire
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CSU	Couverture sanitaire universelle
CTRS	Comité technique régional de santé
DPPO	Direction de la prospective et de la planification opérationnelle
DS	District sanitaire
DSEC	Direction du suivi, de l'évaluation et de la capitalisation
DRS	Direction régionale de santé
ECD	Equipe cadre de district
EF2	Equipe fonctionnelle 2
ICP	Infirmier chef de poste
INSP	Institut national de santé publique
MATD	Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation
MCD	Médecin chef de district
ONG	Organisation non gouvernementale
OST	Office de santé des travailleurs
PADS	Programme d'appui au développement sanitaire
PEV	Programme élargi de vaccination
PNDES	Plan national de développement économique et social
PTF	Partenaire technique et financier
ST/CSU	Secrétariat technique en charge de la couverture sanitaire universelle

Résumé exécutif

Introduction

La couverture sanitaire universelle (CSU) est à l'agenda de la plupart des pays d'Afrique sub-Saharienne, mais reste un domaine éminemment politique car elle implique une multiplicité d'acteurs aux intérêts parfois divergents, avec souvent la nécessité d'une redistribution des rôles et des ressources à leur niveau. Cette situation commande des actions multipartites et multisectorielles avec une bonne communication entre tous les acteurs individuels et institutionnels impliqués. Le Burkina Faso a mis en place un certain nombre de plateformes de dialogue politique dans le domaine de la santé. Ces plateformes remplissent des fonctions diverses, mais visent avant tout à renforcer la concertation intra et intersectorielle, la réflexion commune et la recherche de solution consensuelle. Cependant, on ne sait pas dans quelle mesure ces plateformes de dialogue répondent à cette exigence d'inclusion[1], cruciale pour leur efficacité. La présente étude cherche à combler ce gap de connaissance en décrivant et/ou analysant les caractéristiques aussi bien de ces plateformes que des dernières rencontres qu'elles avaient tenues au moment de l'étude, et en appréciant leur niveau d'inclusion.

Méthodes

Nous avons conduit une étude descriptive et analytique, à visée exploratoire, utilisant à la fois des approches qualitative et quantitative. L'étude a concerné 15 plateformes de dialogue politique aux niveaux central, régional et périphérique réparties dans cinq catégories ; au niveau central, (i) le conseil d'administration du secteur ministériel (CASEM) du ministère de la santé, (iii) le cadre sectoriel de dialogue du secteur de planification santé (CSD/SPS), et (iii) l'Equipe Fonctionnelle 2 (EF 2) « gestion intégrée de l'accès financier et de la qualité des soins ; au niveau régional, trois comités techniques régionaux (CTRS) dans les régions sanitaires du Centre, du Centre-ouest et du Centre-sud et au niveau local, neuf conseils de santé du district sanitaire (CSD/DS) dans les districts sanitaires de Bogodogo, de Boulmiougou et de Sig-Noghin (région du Centre) ; ceux de Koudougou, de Réo et de Sabou (région du Centre-ouest) ; et ceux de Kombissiri, de Manga et de Saponé (région du Centre-sud).

La collecte des données s'est déroulée du 5 juin au 11 juillet 2020 et a concerné i) les caractéristiques (« carte d'identité ») des différentes plateformes, ii) les caractéristiques de la dernière rencontre tenue dans le cadre des différentes plateformes, et iii) l'appréciation du niveau d'inclusion des plateformes. Les données ont été collectées par une revue documentaire (collecte de données factuelles), un auto-remplissage de formulaires en ligne développés sur Google Form pour recueillir les opinions des acteurs clés sur le niveau d'inclusion des plateformes, et des entretiens approfondis avec des informateurs clés en vue de compléter les données factuelles qui n'ont pas pu être recueillies lors de la revue documentaire. Au total, 124 personnes ont répondu aux formulaires en ligne et 22 personnes ont fait l'objet d'entretiens approfondis.

Les données des formulaires ont été extraites sous forme de fichier Excel et celles issues des entretiens ont été transcrites sur un fichier Word. Les données qualitatives ont été analysées manuellement et les données quantitatives concernant les opinions des informateurs clés ont été explorées à l'aide de statistiques descriptives, notamment des proportions, et présentées sous forme de graphiques.

Principaux résultats

Toutes les plateformes retenues pour l'étude étaient formelles et mises en place sur le long terme. Leurs attributions, les structures responsables de leur organisation et de leur animation, ainsi que leurs membres statutaires et non statutaires sont définis par des décrets ou des arrêtés.

[1] L'inclusion est la capacité des dirigeants ou des leaders d'une plateforme de dialogue à faire participer l'ensemble des détenteurs d'enjeux autour d'une question d'intérêt commun aux discussions, de sorte à ce qu'ils soient à la fois co-concepteurs et co-décideurs. L'inclusion des parties prenantes garantit également qu'elles aient droit à la parole et une voix qui compte.

Le CASEM du ministère de la santé est un cadre de dialogue consacré au suivi de la mise en œuvre des politiques sanitaires du Burkina Faso. Il dresse un bilan quasi-global des activités du Ministère de la Santé et dégage des perspectives pour améliorer leur efficacité. Le CASEM regroupe environ une centaine de personnes et se tient habituellement deux fois par an sous la présidence du Ministre de la santé, sur une durée moyenne de trois jours par session.

Le CSD/SPS est une plateforme nationale créée dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du programme présidentiel, le Plan national de développement économique et social (PNDES) couvrant la période 2016-2020. Il regroupe trois ministères à savoir le Ministère de la Santé ; le Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire ; et le Ministère de l'Agriculture et des Aménagements Hydro-Agricoles. Le CSD/SPS regroupe environ 150 personnes et se tient deux fois par an sous la présidence du Ministre de la santé, sur une journée.

L'EF 2 est chargée d'organiser la gestion intégrée de l'accès financier et de la qualité des soins pour alimenter les discussions du CSD/SPS en lien avec les activités du programme budgétaire « accès aux services de santé ». L'EF 2 regroupe environ une trentaine de personnes et se réunit statutairement une fois par mois sous la présidence du Secrétaire Technique en charge de la Couverture Sanitaire Universelle (ST/CSU), sur deux à trois jours par session. Mais seulement six rencontres ont pu être tenues en 2019.

Le CTRS regroupe les acteurs du ministère de la santé au niveau régional ainsi des acteurs d'autres ministères afin de discuter de questions de santé qui sont transversales et dont la recherche de solution n'est pas seulement l'apanage des cliniciens ou des professionnels de la santé. Le CTRS regroupe environ une trentaine de personnes et se tient statutairement une fois par mois sous la présidence du Directeur régional de la santé, sur deux à trois jours par session.

Le CSD/DS est un organe de gestion participatif du district sanitaire. C'est un cadre de concertation mis en place pour permettre une participation des acteurs autres que ceux du secteur de la santé à la gestion et à la gouvernance du district sanitaire. Le CSD/DS regroupe environ une cinquantaine de personnes et se réunit deux fois par an en session ordinaire et en session extraordinaire chaque fois que de besoin sous la présidence du Haut-Commissaire de la province dont relève le district, sur une journée habituellement.

Le niveau d'inclusion des plateformes de dialogue était globalement élevé, même si certaines difficultés de nature à entraver cette inclusion ont été relevées. Ces difficultés étaient principalement d'ordre financier et organisationnel. En effet, si les rencontres des plateformes du niveau central (CASEM, CSD/SPS et EF 2) étaient principalement financées par le budget de l'état, avec parfois la contribution de certains partenaires extérieurs, le financement des sessions des CTRS et des CSD/DS était plutôt assuré par chaque structure membre de ces plateformes. Ces difficultés de financement ont fait que la plupart des plateformes au niveau périphérique n'ont pas pu se tenir régulièrement ou que toutes les parties prenantes clés aux discussions n'ont pas pu être conviées aux rencontres. Ces difficultés dans le financement sont principalement liées à la forte dépendance antérieure aux ressources extérieures, maintenant arrêtées. Certaines plateformes de dialogue ont également eu du mal à se réunir régulièrement du fait de conflits d'agenda au niveau des premières autorités organisatrices, d'invitations tardives, de choix de thématiques jugées peu pertinentes par certains acteurs, ou encore de l'absence de lignes de redevabilité claires quant à la participation/non-participation des acteurs conviés. En outre, il n'existait pas de mécanisme formel pour le suivi et l'évaluation des recommandations ou décisions prises lors des rencontres antérieures des plateformes.

Principales leçons apprises

- Un financement domestique, en particulier par le budget de l'Etat ou des collectivités territoriales, est essentiel pour assurer la régularité de la tenue des rencontres des plateformes de dialogue. En effet, plus le financement est dépendant des ressources externes,

parfois volatiles et imprévisibles, plus la plateforme est exposée à des irrégularités de fonctionnement.

- Les problèmes de financement des rencontres, matérialisés par l'absence de perdiems, de prise en charge du déplacement ou du logement, constituent des obstacles à la participation de certains acteurs pertinents statutaires et non statutaires.
- Une organisation de la rencontre dans des délais très courts, une mauvaise gestion des courriers (invitations) au sein des structures, des thématiques non pertinentes et les conflits d'agenda peuvent conduire à une faible participation aux rencontres.
- L'adéquation entre le profil des participants et la thématique à l'ordre du jour de la rencontre est importante pour garantir une contribution efficace des acteurs.
- Un cadre de rencontre inspirant la confiance des participants, le respect du droit à la parole, la liberté de s'exprimer, l'absence de discrimination entre participants quant au temps de parole accordé à chacun, l'importance accordée à la pertinence des idées émises plutôt qu'au statut des personnes qui les émettent, sont les facteurs déterminants d'un niveau de participation élevé aux discussions et une qualité du dialogue entre les acteurs.
- La capacité du facilitateur à maintenir l'attention soutenue des participants est importante pour éviter les messes basses et favoriser une participation optimale de tous les acteurs aux discussions.
- La mise en place d'outils et de procédures de suivi systématique est essentielle pour assurer la mise en œuvre effective des recommandations prises lors des rencontres et maintenir une veille permanente incitant les différents responsables à plus de redevabilité.

Principales recommandations

A l'issue de l'étude, nous formulons les recommandations suivantes à l'endroit du Ministère de la Santé pour pallier aux difficultés relevées et renforcer les acquis constatées :

- Créer des lignes de financement des plateformes de dialogue afin d'assurer un fonctionnement régulier de ces plateformes et une bonne participation de tous les acteurs pertinents statutaires et non statutaires.
- Tenir compte des exigences spécifiques des différents groupes de participants dans l'agenda des rencontres des plateformes de dialogue
- S'assurer préalablement et systématiquement que les profils des participants désignés par les structures pour participer aux rencontres de la plateforme de dialogue sont pertinents au vu des thématiques à aborder afin d'améliorer la contribution des acteurs et la richesse desdites rencontres.
- Favoriser la participation des responsables au niveau périphérique ou régional aux dialogues du niveau central pour une meilleure compréhension et coordination des actions et recommandations à mettre en œuvre.
- Mettre en place un comité technique, des outils et des procédures formels de suivi des recommandations issues des différentes rencontres des plateformes de dialogue en vue de s'assurer de leur mise en œuvre effective.

Table des matières

Remerciements i

Acronymes ii

Résumé exécutif iii

Liste des tableaux et des figures vii

I. Introduction 1

II. Objectifs de l'étude 2

1. Objectif général 2

2. Objectifs spécifiques 2

III. Matériel et méthodes 2

1. Cadre de l'étude 2

2. Type d'étude 3

3. Période d'étude et de collecte des données 3

4. Choix des plateformes de dialogue politique 4

5. Collecte des données 4

6. Analyse des données 6

7. Considérations éthiques et déontologiques 6

IV. Résultats et commentaires 6

1. Caractéristiques (« carte d'identité ») des différentes plateformes 6

2. Caractéristiques de la dernière rencontre tenue dans le cadre des plateformes de dialogue étudiés 14

3. Examen du niveau d'inclusion de chaque plateforme 18

V. Leçons apprises 25

VI. Recommandations 25

VII. Conclusion 26

Références 27

Liste des tableaux et des figures

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des participants à l'étude par catégorie d'acteurs et par plateforme de dialogue *5*
Tableau 2. Description des différentes plateformes de dialogue *9*

Liste des figures

Figure 1. Aperçu des régions et districts sanitaires retenus pour l'étude *3*
Figure 2. Point de vue des informateurs clés par rapport à l'invitation lancée aux acteurs pertinents pour participer aux rencontres des plateformes de dialogue *18*
Figure 3. Point de vue des informateurs clés par rapport à la présence effective des acteurs pertinents aux rencontres des plateformes de dialogue 20
Figure 4. Point de vue des informateurs clés par rapport aux délais entre la date de réception des invitations et la date de tenue des rencontres 21
Figure 5. Point de vue des informateurs clés par rapport à l'assiduité des participants lors des rencontres 22
Figure 6. Point de vue des informateurs clés par rapport à l'adéquation des lieux pour tenir les rencontres 23
Figure 7 : Point de vue des informateurs clés par rapport au niveau global de contribution des participants aux discussions lors des rencontres 23
Figure 8 : Point de vue des informateurs clés par rapport aux efforts faits par les organisateurs et/ou animateurs des rencontres pour encourager la participation de toutes les parties prenantes aux discussions 24

I. Introduction

A l'instar de la plupart des pays d'Afrique sub-Saharienne, l'agenda de la couverture sanitaire universelle (CSU) est au cœur des politiques de santé et de développement au Burkina Faso (Burkina Faso, 2016 ; Ministère de la santé, 2018). Cependant, l'atteinte de la CSU relève d'un processus éminemment politique car sa réalisation implique une multiplicité d'acteurs aux intérêts parfois divergents et bien souvent une redistribution des rôles et des ressources à leur niveau (Sparkes SP et al, 2019 ; Fox AM, Reich MR, 2015). En outre, la santé reste un domaine complexe dont les déterminants et les conséquences s'étendent au-delà du seul système de santé, comme cela est reflété dans les différents objectifs de développement durable (ODD). Cette situation commande des actions multipartites et multisectorielles avec une bonne communication entre tous les acteurs individuels et institutionnels impliqués. En d'autres termes, un bon dialogue politique autour des questions de la CSU est capital (Dovlo D et al, 2016 ; Mwisongo A *et al., 2016)*.

Le concept de « dialogue politique » est assez large et défini de différentes manières (Nabyonga-Orem J et al, 2016). Mais s'inspirant et adaptant la définition de l'Alliance pour la Recherche sur les Politiques et Systèmes de santé, le dialogue politique est défini dans cette étude comme « un processus itératif regroupant un large éventail de parties prenantes visant à éclairer, développer ou mettre en œuvre un changement de politique après une série de discussions, d'ateliers et de consultations fondés sur des données factuelles et portant sur un sujet particulier ». Le dialogue politique peut être mené à n'importe quel niveau du système de santé où un problème est perçu et où une décision, une politique, un plan ou une action doit être pris (Alliance for Health Policy and Systems Research, 2015). La plateforme, elle, peut être vue comme un organe formel ou informel servant de cadre de rencontre de différents acteurs individuels ou institutionnels concernés ou intéressés par une problématique commune et qui se réunissent pour en discuter, prendre des décisions et éventuellement trouver une réponse (Warner J, 2005).

Un déterminant majeur de l'efficacité d'une plateforme de dialogue en termes de production de résultats pertinents et applicables, en l'occurrence consensuels, est sa capacité à inclure et à faire participer les parties prenantes clés aux discussions (Alliance for Health Policy and Systems Research, 2015). Cette inclusion suppose la capacité des dirigeants ou des leaders de la plateforme à intéresser l'ensemble des détenteurs d'enjeux autour d'une question d'intérêt commun, à garantir un espace et un environnement sûr et démocratique pour que les participants puissent s'exprimer et s'engager de manière sûre. Il faudrait donner de véritables pouvoirs aux parties prenantes et même renforcer leurs capacités de sorte à ce qu'ils soient co-concepteurs et co-décideurs, ce qui éviterait de transformer les cadres de dialogue en « séances d'écoute » et ainsi d'exclure ces acteurs de façon implicite (Mwisongo A *et al., 2016 ;* Nabyonga-Orem J et al, 2016*)*. L'inclusion garantit en outre que des groupes traditionnellement ou *a priori* marginalisés soient représentés dans les arènes décisionnelles locales et nationales, aient un égal droit à la parole et soient écoutés (Mwisongo A *et al., 2016 ;* Nabyonga-Orem J et al, 2016*)*.

Le Burkina Faso a mis en place un certain nombre de plateformes de dialogue politique dans le domaine de la santé (voir encadré 1). Ces plateformes remplissent des fonctions diverses, mais visent avant tout à renforcer la concertation intra et intersectorielle, la réflexion commune et la recherche de solution consensuelle. Cependant, on ne sait pas dans quelle mesure ces plateformes de dialogue répondent à l'exigence d'inclusion, cruciale pour leur efficacité.

La présente étude cherche à combler ce gap de connaissance en décrivant et/ou analysant les caractéristiques aussi bien de ces plateformes que des dernières rencontres tenues dans le cadre de ces plateformes au moment de l'étude, et en appréciant leur niveau d'inclusion. Elle est réalisée dans le cadre de la « Plateforme collaborative africaine pour des solutions de financement de la santé (ou *African Collaborative for Health Financing Solutions* (ACS) ». Ce projet soutient les efforts des pays d'Afrique subsaharienne en matière de CSU et l'un de ses axes majeurs d'intervention est la promotion de la collaboration multipartite et multisectorielle. Le projet se donne particulièrement pour objectif de favoriser la contribution de toutes les parties prenantes clés aux discussions autour de la CSU, notamment les acteurs qui n'ont pas toujours la voix au chapitre mais dont l'apport peut être crucial pour l'atteinte des objectifs de la CSU.

Encadré 1. Quelques exemples de cadres de dialogue dans le secteur de la santé au Burkina Faso

Au niveau central

- le Cadre sectoriel de dialogue
- les Groupes thématiques
- les Equipes fonctionnelles
- le Conseil d'administration du secteur ministériel (CASEM) du ministère de la santé
- le Comité national de gestion des épidémie
- la plateforme OneHealth

Au niveau régional

- les Comités techniques régionaux de santé
- les Cadres sectoriels de dialogue régionaux
- les réunions trimestrielles des directeurs régionaux avec le Gouverneur de la région

Au niveau périphérique

- les Conseils de santé de district
- les assemblées générales des comités de gestion (COGES)
- les réunions Infirmiers chef de poste – Equipes cadre de district – Comités de gestion (ICP-ECD-COGES)

Cette étude se veut exploratoire. Elle permettrait d'identifier les forces et les faiblesses des plateformes de dialogue en termes d'inclusion, et ainsi de percevoir les acquis à préserver et à consolider, de même que les insuffisances pour lesquelles des actions devraient être entreprises pour les combler. L'exploitation des résultats de l'étude aidera alors le projet ACS à atteindre ses objectifs et, au-delà, les pays à mettre en place des plateformes de dialogue inclusifs ou à renforcer celles existantes pour les rendre plus inclusifs, dans la perspective d'accélérer leur progression vers la CSU.

II. Objectifs de l'étude

1. Objectif général

Analyser le caractère inclusif des plateformes de dialogue politique sur la CSU au Burkina Faso.

2. Objectifs spécifiques

Plus précisément, l'étude vise à :

- Décrire les caractéristiques des plateformes de dialogue politique promouvant la CSU au Burkina Faso.
- Décrire les caractéristiques des dernières rencontres tenues dans le cadre de ces plateformes de dialogue politique.
- Examiner leur niveau d'inclusion.

III. Matériel et méthodes

1. Cadre de l'étude

L'étude a été menée au Burkina Faso et a concerné des cadres de dialogue du ministère de la santé tenus aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central est organisé autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat Général qui comprend des i) directions techniques, ii) des structures rattachées, notamment les établissements publics de

santé (EPS), et (iii) des structures de mission comme les projets et programmes de développement ou encore les cellules ou comités mis en place pour traiter de questions de santé d'intérêt majeur.

Le niveau intermédiaire comprend les13 directions régionales de la santé (DRS) que compte le pays. Ces DRS englobent les districts sanitaires qu'ils supervisent et sont chargées de mettre en œuvre la politique sanitaire dans les régions en collaboration avec le niveau central.

Le niveau périphérique est constitué de 70 districts sanitaires. Ces derniers constituent les entités opérationnelles du système national de santé, chargées de la mise en œuvre des programmes de santé définis par le Ministère de la Santé et de fournir des soins de santé primaires à la population. Les activités du district sanitaire sont coordonnées par une équipe cadre du district dirigée par un médecin-chef de district (MCD).

Notre étude au niveau intermédiaire et périphérique s'est déroulée dans trois régions et neuf districts sanitaires (figure 1) :

- région du centre, avec les districts sanitaires de Bogodogo, de Boulmiougou et de Sig-Noghin ;
- région du centre-ouest, avec les districts sanitaires de Sabou, de Koudougou et de Réo ;
- région du centre-sud, avec les districts sanitaires de Kombissiri, de Saponé et de Manga.

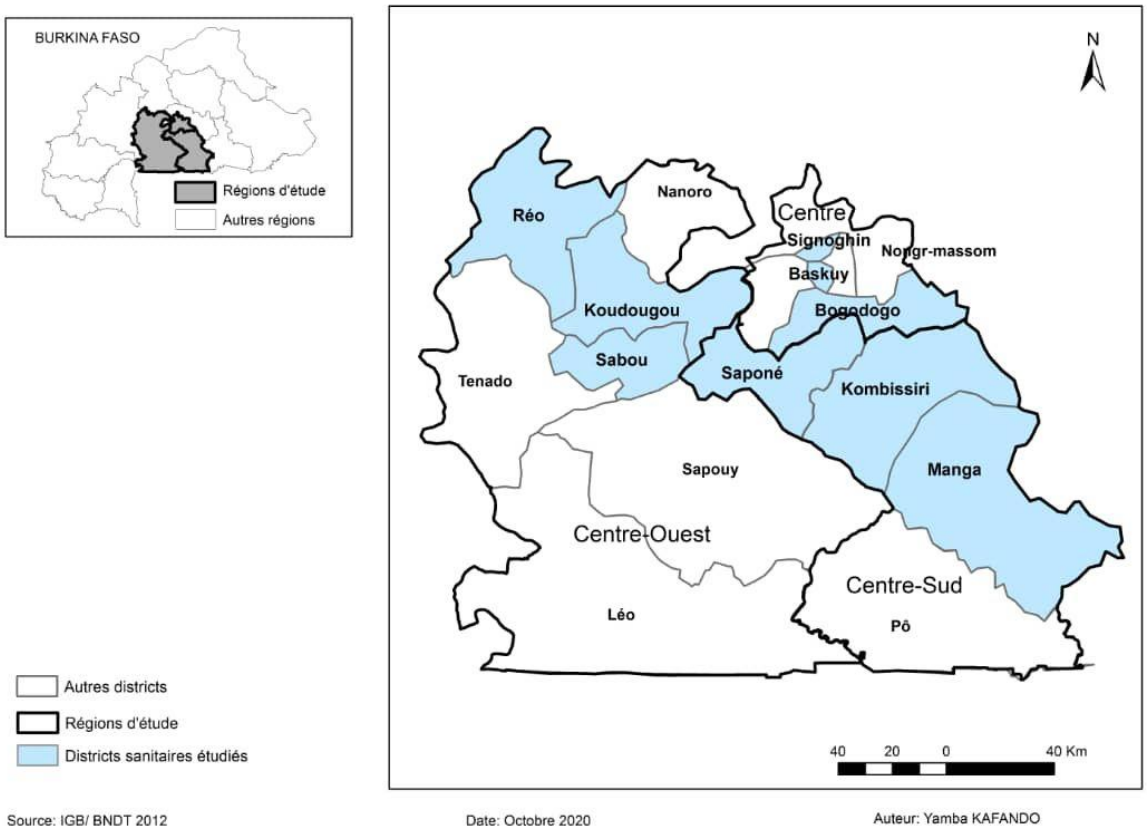

Figure 1. Aperçu des régions et districts sanitaires retenus pour l'étude

2. Type d'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive et analytique, à visée exploratoire, utilisant à la fois des approches qualitative et quantitative.

3. Période d'étude et de collecte des données

L'étude a concerné les plateformes de dialogue ainsi que les rencontres tenues dans le cadre de ces plateformes entre 2016 et 2020. La collecte des données s'est déroulée du 5 juin au 11 juillet 2020.

4. Choix des plateformes de dialogue politique

Notre étude a concerné cinq types de plateformes de dialogue politique à tous les niveaux :

- trois au niveau central :
  - le conseil d'administration du secteur ministériel (CASEM) du ministère de la santé
  - le cadre sectoriel de dialogue du secteur de planification santé (CSD/SPS)
  - l'Equipe Fonctionnelle 2 (EF 2) « gestion intégrée de l'accès financier et de la qualité des soins »
- un au niveau régional :
  - le comité technique régional de santé (CTRS)
- un au niveau périphérique :
  - le conseil de santé du district sanitaire (CSD/DS)

Ces cadres ont été identifiés en deux temps. Dans un premier temps, une consultation de deux experts au niveau central du ministère de la santé (Secrétariat technique en charge de la CSU et Direction générale des études et des statistiques sectorielles) a permis de faire une cartographie rapide des principaux cadres existants. Dans un second temps, des cadres ont été retenus de cette liste selon les critères suivants :

- tenir au moins une rencontre par an ;
- posséder de la documentation qui donne des informations sur sa structuration et/ou son fonctionnement ;
- être établi depuis au moins deux ans.

Ainsi, en récapitulatif, notre étude a concerné cinq types de plateformes de dialogue et 15 plateformes au total :

- le CASEM du ministère de la santé ;
- le CSD/SPS ;
- l'EF 2 ;
- trois CTRS, ceux des régions du centre, du centre-ouest et du centre-sud ;
- neuf CSD/DS, ceux des districts sanitaires de Bogodogo, de Boulmiougou, de Sig-Noghin, de Sabou, de Koudougou, de Réo, de Kombissiri, de Saponé et de Manga.

Le choix des régions et des districts sanitaires a été fait de manière raisonnée, les principaux critères étant leur proximité avec la capitale Ouagadougou et l'information préalable fournie par les deux experts du niveau central du ministère de la santé quant au dynamisme présumé des plateformes de dialogue dans ces régions et districts. Nous avons alors fait en sorte d'avoir un mélange de régions et districts abritant des plateformes jugées dynamiques et peu dynamiques, sur la base de la tenue régulière des rencontres de ces plateformes.

5. Collecte des données

a) Variables collectées

Les données collectées ont porté sur les éléments suivants :

- *Les caractéristiques (« carte d'identité ») de la plateforme*

Il s'agissait de collecter des données factuelles, des informations d'ordre général sur la plateforme de dialogue politique, notamment :

- l'acte de création ;
- la ou les structures responsables de son organisation/animation ;
- sa composition ;
- son objectif principal ;
- les thématiques (généralement) discutées ;
- les acquis ou résultats des discussions ;
- la fréquence, la durée et le temps nécessaire pour préparer une rencontre ;

- ses sources de financement et le financement des participants ;
- les facteurs favorisant ou entravant la contribution effective des participants aux discussions ;
- les mécanismes de suivi-évaluation des recommandations et de rétro-information des participants.

- *Les caractéristiques de la dernière rencontre tenue dans le cadre de la plateforme*

Il s'agissait ici de collecter des données factuelles sur la dernière rencontre tenue dans le cadre de la plateforme de dialogue politique. Cette collecte a concerné :

- les dates et lieux de tenue des rencontres ;
- le temps de préparation moyen pour tenir une rencontre ;
- la durée approximative de la rencontre ;
- les objectifs de la rencontre et le contenu des discussions ;
- les résultats atteints à l'issue de la rencontre ;
- les techniques de facilitation utilisées et leur efficacité ;
- le profil des participants à la rencontre et la définition de leur rôle et des attentes envers eux ;
- les sources de financement de la rencontre.

- *Le niveau d'inclusion de la plateforme*

La collecte des données ici a concerné :

- la représentativité des acteurs aux rencontres des plateformes;
- le niveau de contribution des acteurs aux discussions ;
- les perceptions des acteurs sur le niveau d'inclusion des plateformes.

b) Techniques et outils de collecte des données

Trois techniques ont été utilisées pour la collecte des données :

- Une revue documentaire :
  - textes créant ou régissant le fonctionnement de plateformes de dialogue politique (décrets et arrêtés) ;
  - rapports et procès-verbaux des rencontres tenues dans le cadre des plateformes de dialogue.

Une grille d'extraction a été utilisée pour collecter les informations.

- Un auto-remplissage de formulaires en ligne développés sur Google Form pour chaque plateforme de dialogue a été organisé afin de recueillir les points de vue des acteurs sur leur niveau d'inclusion. Au total, 124 personnes ont répondu aux formulaires en ligne et leur répartition par plateforme de dialogue et selon leur catégorie est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1: Répartition des participants à l'étude par catégorie d'acteurs et par plateforme de dialogue

Catégorie d'acteurs	CASEM	CSD/ SPS	EF 2	CTRS	CSD/ DS	Total
Autorités administratives	11	9	1	0	5	**26**
Techniciens au niveau central	14	10	8	0	0	**32**
Techniciens au niveau régional	4	2	0	6	0	**12**
Membres d'équipe cadre de district (ECD)	2	1	0	5	30	**38**
Prestataires de soins dans le public	1	0	0	0	13	**14**
Partenaires techniques et financiers	1	1	0	0	0	**2**
Total	**33**	**23**	**9**	**11**	**48**	**124**

- Des entretiens approfondis avec des informateurs clés ont été conduits en vue de compléter les données factuelles qui n'ont pas pu être recueillies lors de la revue documentaire, notamment sur les caractéristiques des plateformes et des dernières rencontres tenues dans le cadre des plateformes. Au total, 22 informateurs clés dont des décideurs au niveau central

du ministère de la santé, des responsables au niveau régional et des membres d'équipes cadre de district ont été interrogés. Leur répartition par plateforme de dialogue est la suivante :

- CASEM, CSD/SPS et EF 2 : deux informateurs clés par plateforme
- CTRS : quatre informateurs clés
- CSD/DS : douze informateurs clés

6. Analyse des données

L'analyse des données qualitatives s'est faite manuellement et de façon thématique. Les données des formulaires ont été extraites sous forme de fichier Excel. Celles issues des entretiens ont été transcrites et analysées de façon manuelle. Pour renforcer la robustesse des résultats de l'étude, une triangulation des données a été faite entre les réponses fournies par les informateurs clés, les informations recueillies à partir de la revue documentaire et celles collectées en ligne par l'intermédiaire des formulaires développés sur Google Form.

La partie quantitative a surtout concerné les opinions des informateurs clés par rapport à divers aspects du niveau d'inclusion des plateformes. Les données ont été explorées à l'aide de statistiques descriptives, notamment des proportions, et présentées sous forme de graphiques.

7. Considérations éthiques et déontologiques

Cette recherche a obtenu l'approbation du Comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso (Délibération N° 2020-4-075). En outre, l'étude a également obtenu une autorisation du Ministère de la Santé du Burkina Faso pour toutes les activités de collecte de données auprès des acteurs. Le consentement libre et éclairé des participants a également été un préalable à la collecte des données auprès des acteurs aussi bien en ligne qu'en face en face.

IV. Résultats et commentaires

Cette section comprend trois grandes parties. Nous présenterons successivement i) les caractéristiques des différentes plateformes, ii) les caractéristiques de la dernière rencontre tenue dans le cadre des plateformes de dialogue étudiées, et iii) l'examen du niveau d'inclusion de chaque plateforme.

1. Caractéristiques (« carte d'identité ») des différentes plateformes

Les caractéristiques des différentes plateformes de dialogue décrites étaient, comme le tableau 2 les montre :

- leur type ;
- le texte règlementaire consacrant leur création ;
- les structures responsables de leur organisation/animation ;
- les membres qui les composent ;
- le nombre de participants effectif ou le nombre personnes conviées aux rencontres ;
- leur objectif principal ou leurs attributions ;
- les thématiques qui y sont généralement discutées ;
- leur périodicité ou fréquence de leurs rencontres ;
- la durée moyenne de leurs rencontres ;
- le temps moyen nécessaire pour préparer une rencontre ;
- leurs sources de financement ;
- la suite donnée aux résultats des discussions ou des exemples d'acquis résultant des discussions ;
- les mécanismes de suivi-évaluation des recommandations ou de rétro-information des participants ;
- le financement des participants qui y prennent part.

Tous les cinq types de plateformes de dialogue retenues pour l'étude visent à renforcer la collaboration intra-sectorielle et souvent aussi entre le secteur de la santé et les autres ministères. Les plateformes de dialogue sont distinctes mais parfois complémentaires, voire synergiques entre elles. En effet, certains sujets discutés ou décisions prises dans une plateforme donnée peuvent être repris dans d'autres plateformes pour être approfondis, analysés de façon critique ou exécutés/mis en œuvre.

- **Le CASEM**

Le CASEM exploite les conclusions des réunions des autres plateformes de dialogue et même au-delà, comme les réunions de cabinet du Ministère de la Santé. Les résultats des réunions du CASEM sont à leur tour examinés au niveau du gouvernement, et parfois en conseils des ministres.

- **Le CSD/SPS et l'EF 2**

En particulier, le CSD/SPS et l'EF 2 sont intimement liées entre eux. En effet, le CSD/SPS fait partie du dispositif de suivi et d'évaluation du programme présidentiel, le Programme national de développement économique et social (PNDES) couvrant la période 2016-2020. Au sein du PNDES il a été défini 14 secteurs de planification dont celui de la santé et chaque secteur doit mettre en place un cadre sectoriel de dialogue (CSD). Le cadre sectoriel de dialogue du secteur de planification santé (CSD/SPS) comprend le Ministère en charge de la Santé (chef de file), celui en charge de l'Action Sociale et celui en charge de l'Agriculture.[2] En outre, chaque secteur de planification doit élaborer une politique sectorielle pour mettre en œuvre les divers programmes budgétaires dont il a la charge. Trois programmes budgétaires ont été définis pour le secteur de planification santé : (i) 056 – Accès aux services de santé ; (ii) 057 – Prestations de services de santé ; (iii) 057 – Pilotage et soutien aux services du Ministère de la Santé.

Pour assurer la coordination de la mise en œuvre et le suivi des indicateurs de la politique sectorielle santé, le CSD/SPS a été organisé en groupes thématiques (GT), eux-mêmes organisés autour des trois programmes budgétaires et présidés par les responsables des programmes budgétaires. Dans le schéma de fonctionnement du CSD/SPS, il a été anticipé que les GT qui devraient regrouper des acteurs diversifiés seraient « lourds », auraient du mal à réunir régulièrement tous les acteurs, et donc à fonctionner correctement. Des équipes fonctionnelles (EF), entrevues comme plus alertes, ont alors été créées afin de faciliter le travail des GT. Ces EF devraient se réunir assez régulièrement pour s'assurer que toutes les mesures préconisées par le CSD/SPS sont mises en œuvre et selon le chronogramme établi. Ces EF devraient, en principe, rendre régulièrement compte aux GT qui restent, avant tout, les premiers responsables de la réalisation des activités planifiées.

Ainsi, sept EF ont au total été créées par des arrêtés ministériels. Ces EF ont des niveaux de fonctionnalité différents et nous nous sommes particulièrement intéressés à l'EF 2, celle-ci étant la plus dynamique de toutes et arrivant à tenir plus ou régulièrement ses rencontres. L'EF 2, selon l'article 3 de l'arrêté qui la crée, est chargée d'organiser la gestion intégrée de l'accès financier et de la qualité des soins. Elle répond au groupe thématique (programme budgétaire) « accès aux services de santé ».

Il faut noter que le dispositif de suivi et d'évaluation du PNDES est composé de plusieurs instances : le comité national de pilotage (CNP/PNDES), le comité technique national (CTN/PNDES), le secrétariat permanent (SP/PNDES), les Cadres sectoriels de dialogue (CSD) et les Cadres régionaux de dialogue (CRD) qui sont des démembrements du CSD au niveau régional. Les CSD exploitent les résultats des rencontres tenues au titre des CRD et leurs propres résultats, à leur tour, sont exploités par le SP/PNDES, le CTN/PNDES et le CNP/PNDES. Les réunions de l'EF 2 alimentent donc normalement les discussions du GT « accès aux services de santé » (qui regroupe également d'autres équipes fonctionnelles) qui, à leur tour, devraient alimenter les discussions du CSD/SPS. Mais dans la réalité, les GT ont effectivement du mal à fonctionner et les discussions tenues dans le cadre de l'EF 2 sont souvent directement reversées au CSD/SPS.

[2] Il faut noter que le Ministère de la Santé intervient également dans d'autres secteurs de planification, en l'occurrence les secteurs de planification « travail, emploi et protection sociale » et « recherche et l'innovation ».

- **Le CTRS**

Quant au CTRS, il regroupe les acteurs du ministère de la santé au niveau régional ainsi des acteurs d'autres départements ministériels afin de discuter de questions de santé au niveau régional qui sont transversales et dont la recherche de solution n'est pas seulement l'apanage des cliniciens ou des professionnels de la santé. Le CTRS constitue donc une instance de coordination et de renforcement de la collaboration entre les acteurs intervenant dans le domaine de la santé au niveau de la région.

- **Le CSD/DS**

Le CSD/DS est un organe de gestion participatif du district sanitaire. C'est un cadre de concertation mis en place pour permettre une participation des acteurs autres que ceux du secteur de la santé à la gestion et à la gouvernance du district sanitaire. En fait, il vise non seulement à fournir un cadre de collaboration multisectorielle au niveau périphérique mais aussi à améliorer la redevabilité du système de santé au niveau local.

Tableau 2. Description des différentes plateformes de dialogue

Caractéristiques des plateformes	CASEM	CSD/SPS	EF 2	CTRS	CSD/DS
Type de plateforme	Plateforme formelle de concertation des parties prenantes, à long terme	Plateforme formelle de concertation des parties prenantes, à long terme	Plateforme formelle de concertation des parties prenantes, à long terme	Plateforme formelle de concertation des parties prenantes, à long terme	Plateforme formelle de concertation des parties prenantes, à long terme
Création	Décret N° 93-002 / PRES / PM du **2 février 1993** portant création, attributions, composition et fonctionnement des conseils d'administration des secteurs ministériels (CASEM)	Décret N° 2017-0004 / PRES /PM / MINEFID du **12 janvier 2017** portant création, attributions, organisation et fonctionnement du dispositif de suivi et d'évaluation du Plan national de développement économique et social (PNDES)	Arrêté N°2018-959 / MS / CAB du **16 octobre 2018**, puis Arrêté (révisé) N°2019-00548 / MS / CAB du **20 décembre 2019** portant création, composition, attributions et fonctionnement de l'équipe fonctionnelle « gestion intégrée de l'accès financier et de la qualité des soins »	Arrêté N°98-260/MS/CAB du **7 octobre 1998** portant attributions et fonctionnement du Comité Technique Régional de Santé.	Arrêté n°99-486/MS/MATS du **28 décembre 1999** portant création, attributions et composition du conseil de santé de district.
Structures responsables de son organisation / animation	Le CASEM est présidé par le Ministre de la santé et le Secrétariat est assuré par le Secrétaire Général du Ministère de la santé assisté de deux (2) rapporteurs désignés au sein du CASEM. L'organisation pratique et l'animation du CASEM est assurée par la Direction de la Prospective et de la Planification Opérationnelle (DPPO).	L'organisation pratique et l'animation du CSD/SPS est assurée la Direction du Suivi, de l'Evaluation et de la Capitalisation (DSEC) du ministèrede la santé.	L'EF 2 est composée d'un président, de deux rapporteurs et de 18 membres. La présidence et l'animation de l'EF 2 est assurée par le Secrétariat technique en charge de la couverture sanitaire universelle (ST-CSU) ; les rapporteurs sont les représentants de la DSEC et de la Direction de la qualité des soins et de la sécurité des patients (DQSS).	Le président du CTRS est le Directeur Régional de la Santé et le vice-président est le Directeur du CHR ou du CHU/CHN. Le secrétariat des sessions du CTRS est assuré par un rapporteur désigné par le comité.	Le CSD/DS est composé : (i) d'un président qui est le Haut-commissaire de la province abritant le district sanitaire ; (ii) d'un vice-président qui est le Maire de la commune ou de l'arrondissement abritant le chef-lieu du district sanitaire ; (iii) d'un secrétaire général qui est le médecin-chef du district sanitaire. Le CSD/DS se réunit sur convocation de son président. L'organisation pratique des sessions (exemple : élaboration des termes de référence, réservation de la salle, restauration des participants) relève de la responsabilité du MCD.
Membres / participants	Le CASEM comprend des membres statutaires et des membres invités. Les membres statutaires comprennent : le ministre, le directeur de cabinet, le secrétaire général, les conseillers techniques, les directeurs centraux, les directeurs et/ou chefs de projets et programmes de	Le CSD/SPS comprend trois ministères: i) celui de la santé (chef de file), ii) celui en charge de l'action sociale, et iii) celui en charge de l'agriculture. Il est présidé par le Ministre de la santé, avec celui en charge de l'action sociale et celui en charge de l'agriculture qui sont	Les 18 autres membres sont des représentants de chacune des directions techniques suivantes du ministère de la santé ainsi que de la Caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) : (i) la Direction du partenariat pour le financement de la santé (DPFS) ; (ii) le ST-CSU ; (iii) la Direction de l'administration et des finances	Les autres membres du CTRS sont : (i) les médecins-chefs de la région ; (ii) les chefs de service de la direction régionale de la santé ; (iii) le président de la CMCE du CHR / CHU / CHN ; (iv) le directeur régional de l'Ecole nationale de santé publique (ENSP) ; (v) le directeur régional de l'Office de	Les autres membres du CSD/DS sont : (i) les préfets des départements ; (ii) les maires des communes ; (iii) les présidents des comités de gestion des formations sanitaires ; (iv) un représentant de chaque partenaire technique et financier intervenant dans le district ; (v) un représentant des associations des structures des soins

Caractéristiques des plateformes	CASEM	CSD/SPS	EF 2	CTRS	CSD/DS
	développement relevant du ministère ou sous tutelle, les inspecteurs, les représentants des syndicats et des associations professionnelles dans le domaine de la santé.	respectivement premier et deuxième vice-président. Les participants au CSD/SPS sont les structures centrales et déconcentrées de ces trois ministères, les représentants des collectivités territoriales, du secteur privé, de la société civile, des PTF ainsi que toute personne physique ou morale, au regard de son expertise, en tant qu'observateur.	(DAF) ; (iv) l'Institut National de Santé Publique (INSP) ; (v) la Direction de la prospective et de la planification opérationnelle (DPPO) ; (vi) la Direction de la santé de la famille (DSF) ; (vii) la Direction générale de l'accès aux produits de santé (DGAP) ; (viii) l'Agence nationale de régulation pharmaceutique (ANRP) ; (ix) la Direction des ressources humaines (DRH) ; (x) le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) ; (xi) la Direction de la promotion de l'éducation pour la santé (DPES) ; (xii) la Direction de la prévention par les vaccinations (DPV) ; (xiii) la Direction de la logistique et des urgences médicales (DLUM) ; (xiv) la Direction de la communication et de la presse ministérielle (DCPM) ; (xv) la Direction générale des études et des statistiques sectorielles (DGESS) ; (xvi) la Direction de la coordination des projets et programmes (DCPP) ; (xvii) la Direction de la nutrition. Les assistants techniques ou consultants qui appuient certains programmes du ministère de la santé sont également admis en tant que membre. En outre, l'EF 2 peut faire appel à toute compétence qu'elle juge pertinente pour l'atteinte de ses objectifs.	santé des travailleurs (OST) ; (vi) un représentant de chaque institution partenaire (ONG, Coopération bilatérale, multilatérale…). En outre, le CTRS peut faire appel à toute personne ressource dont la compétence est jugée nécessaire à ses travaux.	privées ; (vi) un représentant des associations des tradipraticiens ; (vii) le directeur général du centre hospitalier régional (CHR) pour les districts centrés sur un CHR ; (viii) un représentant de chaque organisation non gouvernementale de renforcement des capacités (ONG Rencap). En outre, le CSD/DS peut faire appel à toute personne ressource en cas de besoin, comme par exemple des leaders religieux et coutumiers.
Nombre de participants / personnes conviées par rencontre	Pour la dernière rencontre du CASEM, le nombre de personnes conviées était de 104.	Pour la dernière rencontre du CSD/SPS, le nombre de personnes conviées était de 167.	Pour la dernière rencontre de l'EF 2, le nombre de personnes conviées était de 30.	Variable ; pour les trois dernières rencontres retenues pour l'étude, le nombre de participants étaient 24, 25 et 47, soit une moyenne de 32.	Variable ; entre 39 et 68 personnes selon les données des dernières rencontres des 9 CSD/DS retenus pour l'étude, avec une moyenne de 52 participants.

Caractéristiques des plateformes	CASEM	CSD/SPS	EF 2	CTRS	CSD/DS
Attributions / Objectif principal	Le CASEM est chargé : (i) du suivi des politiques sectorielles de développement et du contrôle de leurs objectifs ; (ii) de l'analyse des bilans d'exécution physique et financière des projets et programmes de développement ; (iii) de l'analyse de l'état d'exécution du budget de l'Etat alloué au ministère ; (iv) du suivi de la gestion du personnel et de l'action administrative du ministère ; (v) du suivi et du contrôle des organes consultatifs existants ; (vi) d'instaurer et faire respecter les vertus de la morale administrative au sein du ministère ; (vii) d'évaluer les performances générales du ministère ; (viii) de l'examen des projets de budget et de plan du ministère ; (ix) de l'adoption du programme d'activités périodique du ministère.	Le CSD/SPS est chargé de : (i) coordonner le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDES dans le secteur de planification santé à travers la politique sectorielle en vigueur ; (ii) d'apprécier la mise en œuvre de la politique sectorielle à l'aide des outils de suivi et d'évaluation élaborés à cet effet ; (iii) de donner des directives aux acteurs ministériels pour la conduite des actions qui leur incombent et l'élaboration des produits nécessaires à en apprécier l'impact ; (iv) d'assurer le dialogue sur la politique sectorielle, les appuis budgétaires sectoriels et l'efficacité de la coopération au développement.	L'EF 2 est chargée de : (i) coordonner le renforcement des capacités en gestion administrative et financière des équipes des formations sanitaires ; (ii) renforcer les capacités des districts sanitaires en préparation de la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle (AMU) ; (iii) gérer les exemptions et le transfert des fonctions de paiement et de contrôle à la Caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU) ; (iv) organiser le suivi de la qualité et de l'accès aux soins de tous ; (v) promouvoir la collaboration entre les services de santé et les collectivités territoriales ; (vi) favoriser l'accès équitable aux services de santé, notamment pour les groupes de population défavorisés ; (vii) coordonner la mise en œuvre de la stratégie de sécurité des patients ; (viii) promouvoir la rationalisation de la prescription ; (ix) promouvoir la mise en œuvre de la stratégie de la santé communautaire ; (x) promouvoir la participation du sous-secteur sanitaire privé à l'accès et à la qualité des soins ; (xi) contribuer à l'élaboration du rapport de performance du secteur.	Le CTRS est chargé spécifiquement : (i) d'adopter les plans de développement sanitaire régionaux ; (ii) d'analyser la situation épidémiologique et les mesures à prendre en vue d'améliorer la situation sanitaire des populations ; (iii) d'identifier et de mettre en œuvre toutes les actions susceptibles de contribuer au développement harmonieux de l'espace sanitaire régional ; (iv) de faciliter la circulation de l'information sanitaire au niveau régional ; (v) de développer les relations de travail avec les régions sanitaires voisines, y compris celles des pays voisins.	Le CSD/DS est chargé : (i) d'adopter le plan de développement sanitaire du district et les plans d'action qui en découlent ; (ii) de suivre la mise en œuvre des différents plans du district ; (iii) de mobiliser les populations pour les faire participer à la réalisation des objectifs sanitaires ; (iv) de favoriser l'auto prise en charge des problèmes de santé par la collectivité ; (v) de promouvoir la collaboration intersectorielle et le partenariat ; (vi) d'examiner toute autre question relative à la santé des populations du district.
Thématiques (généralement) discutées	Les discussions du CASEM portent principalement sur les politiques mises en œuvre par le secteur de la santé, les plans stratégiques des directions du ministère de la santé, les priorités du ministère ainsi que les questions d'actualité sur le	Les rencontres du CSD/SPS portent généralement sur la performance du ministère de la santé, le cadre partenarial, la concertation et la coordination des activités mises en œuvre dans le secteur santé.	Les sujets abordés par l'EF 2 ont généralement trait aux questions de protection du risque financier des populations, aux questions d'accès aux soins de santé de qualité, aux mécanismes de financement et aux politiques d'exemptions de paiement des soins.	Les thématiques spécifiques des rencontres sont choisies en fonction des questions d'intérêt du moment. Mais les thématiques les plus souvent abordées ont trait à l'appréciation des indicateurs de performance de la santé au	Les questions généralement abordées sont : le suivi et le bilan du plan d'action du district sanitaire ; l'analyse et le suivi des indicateurs, surtout ceux du PEV ; le suivi de la tarification des actes médicaux ; la gestion des situations de conflits ; la gestion des formations sanitaires ;

Caractéristiques des plateformes	CASEM	CSD/SPS	EF 2	CTRS	CSD/DS
	plan sanitaire au moment de la tenue des rencontres.			niveau de la région, à la gestion des ressources humaines, à la mise en œuvre de la politique nationale de gratuité des soins pour les femmes et les enfants, à la disponibilité des médicaments essentiels générique, à l'harmonisation des tarifications des actes ou à la surveillance épidémiologique	les difficultés relevées à partir des supervisions et du monitorage ; le bilan des campagnes de vaccination ou d'information ; le suivi et le bilan des transferts de ressources aux collectivités ; ainsi que toute question d'actualité ou tout problème du moment.
Périodicité / Fréquence des rencontres	Le CASEM se réunit tous les trois (3) mois sur convocation de son président, mais peut tenir des réunions extraordinaires en cas de nécessité. Cependant, dans la pratique, les rencontres du CASEM ont lieu deux fois dans l'année, une en milieu d'année et l'autre en fin d'année.	Le CSD/SPS se tient deux fois dans l'année.	Les réunions de l'EF2 sont normalement mensuelles et se tiennent sur convocation de son Président. Mais ce rythme n'est pas toujours respecté ; par exemple en 2019 il n'y a eu que six réunions.	Les sessions du CTRS se tiennent deux fois dans l'année.	Le CSD/DS se réunit normalement deux fois par an en session ordinaire et en session extraordinaire chaque fois que de besoin.
Durée des rencontres	Trois (3) jours en général.	Une journée habituellement.	Deux (2) à trois (3) jours en moyenne.	Deux (2) jours en général.	Une journée habituellement.
Temps nécessaire pour préparer une rencontre	Un (1) mois en moyenne.	Un (1) mois en moyenne.	Deux (2) semaines en moyenne.	Variable, d'une (1) semaine à un (1) mois.	En moyenne deux (2) semaines.
Sources de financement	Les rencontres du CASEM sont principalement financées par le budget de l'état, avec parfois la contribution de certains partenaires techniques et financiers	Les rencontres du CSD/SPS sont principalement financées par le budget de l'état avec la contribution de certains partenaires techniques et financiers	Le fonctionnement de l'EF 2 est assuré par le budget de l'Etat et par le financement de certains PTF du secteur santé.	Le financement des sessions du CTRS est assuré par chaque structure membre et doit faire l'objet de prévision budgétaire.	Les CSD/DS étaient financés par le panier commun du Programme d'appui au développement sanitaire (PADS), mais depuis 2016 ce financement a pris fin sans que d'autres partenaires ne prennent le relais.
Suite donnée aux résultats / exemples d'acquis de la plateforme	Chaque session du CASEM fait l'objet d'un rapport destiné au premier ministre, faisant ressortir les acquis et les insuffisances des actions menées au sein du Ministère de la santé. Le rapport présente également les résolutions et les recommandations prises en vue	Les conclusions issues des rencontres du CSD/SPS sont utilisées pour améliorer la mise en œuvre du PNDES. Les rapports des rencontres des CSD/SPS sont en effet envoyés au secrétariat du PNDES.	L'EF 2 transmet à chaque réunion du groupe thématique « accès aux services de santé » et à chaque réunion du cadre sectoriel de dialogue, une synthèse des résultats de ses travaux.	Les procès-verbaux des sessions du CTRS sont consignés dans un registre qui fait l'objet de paraphe lors des supervisions des autorités centrales du ministère de la santé. Un compte-rendu est acheminé aux autorités administratives de la région.	Les questions débattues ou décisions prises au niveau des CSD/DS ne remontent pas formellement au niveau supérieur. Mais les questions non résolues ou difficiles à résoudre au niveau local peuvent être évoquées au niveau des CTRS ou dans d'autres instances au niveau central.

Caractéristiques des plateformes	CASEM	CSD/SPS	EF 2	CTRS	CSD/DS
	d'améliorer les performances du Ministère de la santé.			Des CTRS ont par exemple permis une harmonisation des prix des tarifs des prestations dans toutes les formations sanitaires des régions concernées, ou encore de trouver des solutions pour les questions de disponibilité du sang, de répartition des ressources humaines, ou de référence des malades entre les districts et les CHR.	Les CSD/DS ont permis de revoir certaines priorités ou stratégies du district par l'analyse de certains indicateurs. Dans certains districts, ils ont concouru à l'ouverture de maternités, à la réfection des locaux des formations sanitaires, à la construction d'infrastructures comme une morgue, à l'acquisition de motos dans le cadre des stratégies avancées du PEV, au recrutement de personnel de soutien.
Mécanismes de suivi-évaluation des recommandations / rétro-information des participants	. Pour le suivi des recommandations prises lors des rencontres du CASEM, des rappels sont juste faits par la DPPO à l'endroit des responsables chargés de la mise en œuvre de ces recommandations. L'évaluation de leur mise en œuvre est faite lors de la réunion suivante du CASEM.	Pour le suivi des recommandations prises lors des rencontres du CSD/SPS, des rappels sont faits par la DSEC à l'endroit des responsables chargées de la mise en œuvre de ces recommandations. L'évaluation de leur mise en œuvre se fait sur place lors de la prochaine rencontre du CSD/SPS.	Pour le suivi des recommandations de l'EF 2, un rappel régulier est fait par le président aux responsables chargés de la mise en œuvre de ces recommandations. L'évaluation de leur mise en œuvre est faite lors de la réunion suivante.	Des responsables sont désignés pour assurer le suivi des recommandations prises lors des CTRS. Une évaluation de leur mise en œuvre est faite lors de la prochaine rencontre du CTRS.	Pour les recommandations techniques, le Haut-commissaire charge le médecin-chef de district (MCD) de suivre leur mise en œuvre. S'agissant des recommandations de nature administrative, c'est le Haut-commissaire lui-même qui s'en charge. Les responsables vérifient la mise en œuvre des recommandations au cours des activités du district comme les supervisions ou les assemblées générales des formations sanitaires.
Financement des participants	Le déplacement, l'hébergement et la restauration des participants aux rencontres des CASEM sont pris en charge conformément aux textes en vigueur. Cette prise en charge tient notamment compte du statut « résident » ou « non résident » des participants.	Le déplacement, l'hébergement et la restauration des participants aux rencontres des CSD/SPS sont pris en charge conformément aux textes en vigueur. Cette prise en charge tient notamment compte du statut « résident » ou « non résident » des participants.	Le déplacement l'hébergement et la restauration des participants aux rencontres de l'EF 2 sont pris en charge conformément aux textes en vigueur. Cette prise en charge tient notamment compte du statut « résident » ou « non résident » des participants.	La situation est variable d'un CTRS à l'autre. Dans certains CTRS les membres se prennent entièrement en charge eux-mêmes, dans d'autres il y a une prise en charge partielle (carburant par exemple), dans d'autres cette prise en charge est totale (perdiems selon les taux nationaux).	La situation est variable d'un CSD/DS à l'autre. Mais l'organisation des CSD/DS se fait la plupart du temps sur fonds propres et les différentes structures qui y prennent part s'autofinancent.

2. Caractéristiques de la dernière rencontre tenue dans le cadre des plateformes de dialogue étudiés

Au total 15 rencontres ont été analysées, soit une réunion du CASEM, une réunion du CSD/SPS, une réunion de l'EF 2, trois rencontres des CTRS et neuf rencontres des CDS/DS.

a) Dates de tenue des rencontres

Les dernières rencontres des plateformes de dialogue au niveau central (CASEM, CSD/SPS et EF 2) ont toutes été tenues en 2020 :

- 24 et 25 janvier 2020 pour le CASEM
- 2 mars 2020 pour le CSD/SPS
- 29 et 30 juin 2020 pour l'EF 2

Par contre, les dernières rencontres des CTRS et des CSD/DS des régions et districts étudiés ont été tenues entre 2016 et 2020.

- Pour l'année 2016 :
  - 19 juillet 2016 pour le CSD/DS de Saponé
  - 18 avril 2016 pour le CSD/DS de Manga
  - 24 août 2016 pour le CSD/DS de Baskuy
- Pour l'année 2017 :
  - 28 décembre 2017 pour le CSD/DS de Kombissiri
- Pour l'année 2018 :
  - 31 août 2018 pour le CSD/DS de Koudougou
  - 9 mars 2018 pour le CSD/DS de Réo
  - 1er décembre 2018 pour CSD/DS de Bogodogo
- Pour l'année 2019
  - 18 janvier 2019 pour le CTRS du Centre
  - 31 janvier 2019 pour CSD/DS de Sig-Noghin
  - 17 février 2019 pour le CSD/DS de Sabou
  - 19 juin 2019 pour le CTRS du Centre-sud
- Pour l'année 2020
  - 11 mars 2020 pour le CTRS Centre-ouest

L'absence ou l'insuffisance de financement était la principale raison ayant empêché la tenue de certaines rencontres des CTRS et des CSD/DS. Secondairement la disponibilité de certaines autorités administratives comme les hauts commissaires ou les préfets des départements influent également sur les dates de tenue des rencontres.

b) Lieux de tenue des rencontres

Toutes les rencontres des plateformes de dialogue au niveau central comme aux niveaux régional et périphérique ont été tenues dans des endroits publics :

- l'amphithéâtre du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Tengandogo pour le CASEM et le CSD/SPS ;
- une salle de réunion au ministère de la santé pour l'EF 2 ;
- la salle de réunion de la DRS pour les CTRS ;
- les salles de réunion des districts sanitaires, des mairies ou des hauts commissariats pour les CSD/DS.

Ces salles étaient appropriées pour la tenue des rencontres et pouvaient accueillir tous les participants la plupart du temps.

c) Temps de préparation moyen pour tenir les rencontres

Ce temps était variable :

- une semaine pour les plateformes au niveau périphérique, le CTRS et le CSD/DS ;
- deux semaines pour l'EF 2 ;
- un mois pour le CASEM et le CSD/SPS.

Mais en général ce temps est aussi fonction des thèmes inscrits à l'ordre du jour, certains étant assez complexes et nécessitant une préparation relativement longue. Le temps de préparation est également fonction de la disponibilité de certains acteurs clés et il peut être raccourci ou allongé pour permettre leur participation. Quand le temps de préparation est raccourci, cela ne permet pas souvent aux participants de suffisamment prendre connaissance des termes de référence et autres documents de travail utiles et de se préparer conséquemment pour participer efficacement aux réunions.

d) Durée moyenne des rencontres

La durée des rencontres sur une journée variait entre deux heures et neuf heures de temps. Les rencontres se sont déroulées sur une journée pour le CSD/SPS, les CTRS et les CSD/DS et sur deux journées pour le CASEM et l'EF 2.

La durée limitée de certaines rencontres, notamment au niveau périphérique et régional, ne permettait pas aux participants de disposer suffisamment de temps pour avoir des discussions approfondies sur les sujets abordés lors de ces rencontres. Il serait alors judicieux d'adapter la durée des rencontres aux contenus de l'ordre du jour ou des sujets à traiter.

e) Objectifs de la rencontre/contenu des discussions

- **Le CASEM**

La rencontre du CASEM analysée dans cette étude avait comme objectif principal la présentation des principales priorités du ministère de la santé pour l'année 2020. De façon spécifique, les participants ont discuté :

- du bilan de la mise en œuvre des recommandations des CASEM antérieurs ;
- du bilan des activités du ministère de la santé pour l'année 2019 ainsi que les priorités du ministère pour l'année 2020 ;
- du plan stratégique de résilience ;
- du plan d'approvisionnement d'urgence des structures sanitaires en médicaments et produits de santé ;
- du plan d'apurement des dettes de la Centrale d'Achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux (CAMEG) ;
- de l'impact des mouvements sociaux (grèves à répétition) sur l'offre de soins.

- **Le CSD/SPS**

L'objectif principal de la rencontre était de faire le point du suivi de la progression du secteur planification de la santé vers l'atteinte des objectifs du PNDES. Plus spécifiquement, la rencontre a :

- présenté le rapport de performance du secteur de planification santé ;
- examiné les recommandations issues du CSD/SPS antérieur ;
- identifié les difficultés et les contraintes de mise en œuvre des recommandations ;
- facilité le dialogue sectoriel inclusif pour une amélioration de la mise en œuvre du PNDES.

- **L'EF 2**

L'objectif principal de la rencontre était de renforcer l'efficacité de la politique de gratuité des soins pour les femmes et les enfants à travers une meilleure gouvernance et une meilleure régulation. Spécifiquement, la rencontre a permis :

- d'examiner la mise en œuvre des recommandations faites à l'issue de la présentation et de la validation d'une étude ayant analysé et évalué le dispositif de paiement des structures sanitaires ;

- d'explorer des mécanismes innovants de paiement de la gratuité des soins avec leurs avantages et inconvénients ;
- d'examiner les irrégularités et les cas de fraudes et valider les rapports des huit (8) ONG de contrôle;
- d'échanger sur l'état des lieux des ressources transférées aux collectivités territoriales, les défis et les perspectives.

- **Le CTRS**

Pour les CTRS, chaque rencontre a fixé ses objectifs en fonction du contexte particulier de la région. Mais d'une manière générale, les rencontres des CTRS s'attèlent à analyser la situation sanitaire dans les régions, notamment la présentation et la discussion sur les indicateurs de santé des régions, l'état de réalisation des activités sanitaires prévues dans le PNDES. Les rencontres font également le point des recommandations prises lors des réunions antérieures. D'autres objectifs spécifiques peuvent être rajoutés en fonction de l'actualité du moment dans la région.

- **Le CSD/DS**

D'une manière générale, l'objectif principal des réunions des conseils de santé est de faire le bilan de la mise en œuvre du plan d'action des districts sanitaires. De façon spécifique, les réunions des conseils se planchent sur le fonctionnement des districts sanitaires, l'analyse des indicateurs du PEV et des autres indicateurs de performance, le bilan de la mise en œuvre de la gratuité des soins, la mise en œuvre des recommandations antérieures et des problèmes de santé du moment.

f) Techniques de facilitation utilisées et leur efficacité

Pour toutes les plateformes de dialogue étudiées, les principales techniques de facilitation utilisées lors des rencontres étaient le brainstorming, la discussion et la recherche de consensus. De l'avis des informateurs clés, ces approches de facilitation ont encouragé la participation des différentes parties prenantes aux discussions, d'une part en leur permettant de s'exprimer sur les différents points inscrits à l'ordre du jour, et d'autre part en tenant compte de leur point de vue. Le vote était évité autant que possible car la priorité était donnée à l'argumentation des idées. Chaque rencontre est dirigée par un facilitateur qui est généralement le président de la plateforme. En cas d'absence ou d'empêchement du président, un des rapporteurs de la plateforme assure le rôle de facilitateur. Le rôle du facilitateur est de modérer et de diriger les débats, en essayant autant que possible de favoriser des échanges autour des thématiques à l'ordre du jour.

En cas de manque de consensus notamment sur un sujet donné, le facilitateur faisait une synthèse des principaux points de divergence et un temps de réflexion était accordé pour mûrir davantage le sujet qui était alors programmé pour être débattu lors des rencontres ultérieures. Le sujet pouvait aussi être renvoyé à d'autres plateformes de dialogue jugées plus à même de trouver une solution adéquate. Cependant, quand le sujet discuté devait trouver une réponse urgente sans qu'on ne trouve un consensus ou quand un problème discuté revenait de façon récurrente sans qu'un consensus ne soit trouvé sur la meilleure façon de le résoudre, la décision autoritaire par la hiérarchie était utilisée, même si exceptionnellement.

g) Profil des participants à la rencontre et définition de leur rôle et des attentes envers eux

Il n'y a pas eu de démarche spécifique pour le choix des participants aux rencontres des plateformes de dialogue. Toutes les plateformes se sont basées sur les textes règlementaires pour inviter les participants. Il s'agit notamment :

- Pour le CASEM, du décret N° 93-002/PRES/PM du 2 février 1993 portant création, attributions, composition et fonctionnement des conseils d'administration des secteurs ministériels (CASEM) ;
- Pour le CSD/SPS, du décret N° 2017-0004/PRES/PM/MINEFID du 12 janvier 2017 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du dispositif de suivi et d'évaluation du Plan national de développement économique et social (PNDES) ;

- Pour l'EF2, de l'arrêté N° 2019-00548/MS/CAB du 20 décembre 2019 portant création, composition, attributions et fonctionnement de l'équipe fonctionnelle « gestion intégrée de l'accès financier et de la qualité des soins ». Le choix des participants était nominatif au départ, mais les invitations sont désormais adressées aux structures ou directions techniques qui pourraient alors choisir une personne de leur choix pour participer aux rencontres. La forte mobilité des membres explique ce changement.
- Pour les CTRS, de l'arrêté N°98-260/MS/CAB du 7 octobre 1998 portant attributions et fonctionnement du Comité Technique Régional de Santé.
- Pour les CSD/DS, de l'arrêté conjoint N°2010-428/MS/MATD du 29 décembre 2010 portant attributions, composition et fonctionnement du conseil de santé de district.

L'analyse a montré que des acteurs importants étaient absents lors des rencontres de certaines plateformes de dialogue. Par exemple, les chercheurs et les organisations de la société civile n'ont pas été invités à la réunion du CASEM. Il en est de même des infirmiers chefs de poste (ICP), des autres membres de l'équipe cadre du district (ECD) en dehors du médecin chef du district (MCD), des promoteurs d'école privée de santé, des prestataires de soins privés, des organisations syndicales, de la société civile, des forces de défense et de sécurité en ce qui concerne les rencontres des CSD/DS. On constate également que des acteurs institutionnels importants tels que le ministère de l'environnement, de l'élevage, de l'agriculture et de l'action sociale qui contribuent à la santé des populations au niveau des régions ne sont pas pris en compte. Ces absences sont liées au fait qu'ils ne sont pas des membres statutaires des CTRS. Cela fait que les organisateurs des rencontres ne se sentent pas obligés de les inviter même si leur présence aurait permis d'apporter des perspectives utiles sur certaines questions importantes de santé.

Les rôles et attentes envers les participants aux rencontres des plateformes de dialogue n'étaient généralement pas bien explicités dans un document. Même si les termes de référence des rencontres précisaient les résultats attendus, ils ne mentionnaient pas les contributions qui étaient attendues de chaque acteur. Cette situation pourrait entraver la participation optimale de certains participants.

L'analyse montre également que le suivi et l'évaluation des recommandations n'a pas été institué par une directive dans les textes portant création et fonctionnement des plateformes de dialogue. Ce qui fait que chaque plateforme a essayé de mettre en place des mécanismes informelles pour suivre et évaluer les recommandations qui sont prises lors des rencontres. La mise en place d'un mécanisme formel de suivi et d'évaluation de ces recommandations avec l'identification de responsabilités claires et la définition des rôles et des taches aurait pu faciliter la mise en œuvre de certaines recommandations.

h) Sources de financement de la rencontre

Des trois rencontres des plateformes de dialogue au niveau central, seul le CASEM a été entièrement financé par le budget de l'Etat. Les rencontres du CSD/SPS et de l'EF 2 ont été prises en charge par des partenaires techniques et financiers, en l'occurrence l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la première et l'Union européenne (UE) pour la seconde via la deuxième phase du Projet d'appui à la politique sectorielle (PAPS 2). Les financements ont été suffisants pour couvrir les coûts liés à l'organisation de ces trois rencontres.

S'agissant des CTRS, des trois rencontres analysées, une seule a eu un financement suffisant pour couvrir les différents aspects de son organisation. Il s'agissait de la rencontre du CTRS de Centre-sud, entièrement financée par un PTF, notamment le projet « INSPIRE ». Par contre, il n'y a pas eu de PTF pour financer les rencontres des CTRS du Centre-ouest et du Centre ni de ligne budgétaire spécifique prévue au niveau de la Direction régionale de la santé (DRS), si bien que le financement n'était pas toujours suffisant pour couvrir tous les aspects de l'organisation – souvent seules les pause-café ou les pause-déjeuner étaient prises en charge. En outre, les résidents ne bénéficiaient pas de perdiems et il arrivait parfois même que chaque structure participante soit obligée de financer la participation de ses représentants à la rencontre. Pour quelque peu faire face aux difficultés financières, il arrivait que des

rencontres du CTRS soient intégrées à d'autres activités de la DRS, ce qui a néanmoins pour inconvénient de raccourcir le temps dédié aux discussions.

Les rencontres des CSD/DS étaient financées par le Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) jusqu'en 2016. Dès lors, la plupart des rencontres sont financées à partir des fonds propres des districts sanitaires[3] qui ne disposent cependant pas de suffisamment de ressources financières pour couvrir tous les aspects de l'organisation des rencontres. Selon les districts étudiés, les gaps de financement variaient entre 500 000 et un million de FCFA. Ceci a eu pour conséquences : i) des retards ou même l'arrêt de l'organisation des rencontres dans certains districts, le temps de mobiliser assez de fonds ; ii) la difficulté à inviter des acteurs non statutaires comme les ICP ; et même iii) la non-participation de certains membres statutaires, notamment certaines autorités administratives.

Cette forte dépendante aux ressources extérieures entraîne une certaine volatilité dans le financement et des irrégularités dans la tenue des plateformes de dialogue.

3. Examen du niveau d'inclusion de chaque plateforme

Le niveau d'inclusion des plateformes de dialogue a été apprécié au travers des opinions des informateurs clé, notamment sur : i) la représentativité des acteurs aux rencontres des plateformes ; ii) le niveau de contribution des acteurs aux discussions ; et iii) leur perception sur le niveau d'inclusion des plateformes d'une manière globale.

a) La représentativité des acteurs aux rencontres des plateformes

L'invitation des acteurs pertinents aux rencontres

A la question de savoir si tous les acteurs pertinents étaient généralement conviés lors des rencontres des différentes plateformes dialogue, une grande majorité des personnes interrogées pensaient que oui, comme la figure 2 le montre.

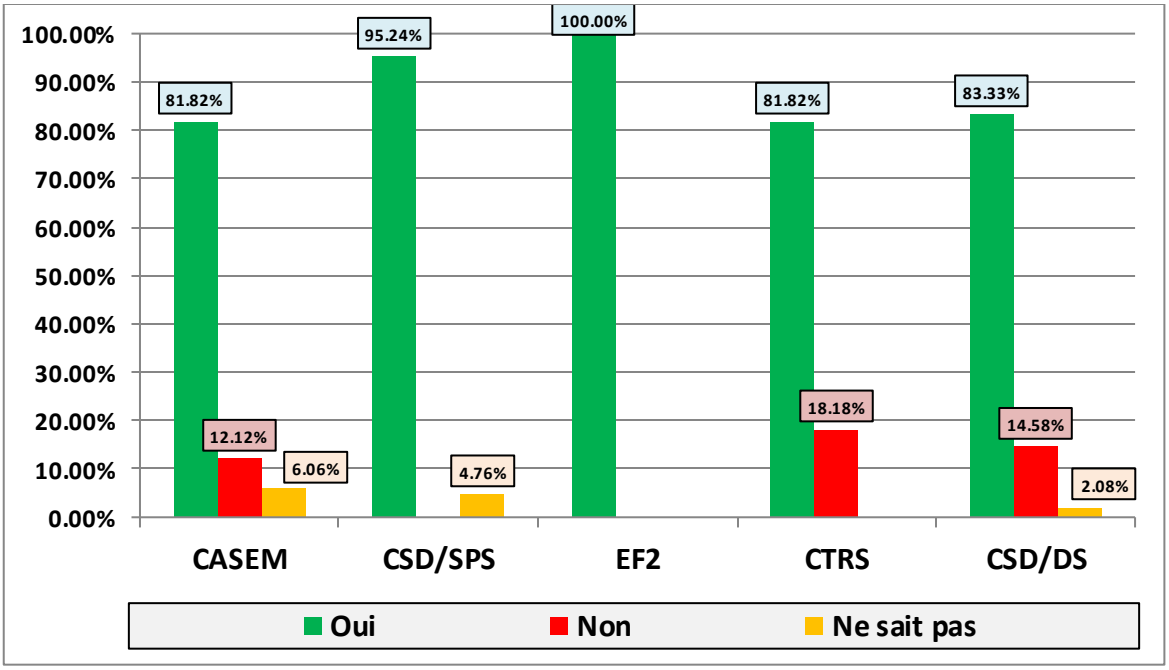

Figure 2. Point de vue des informateurs clés par rapport à l'invitation lancée aux acteurs pertinents pour participer aux rencontres des plateformes de dialogue

[3] Il s'agit des ressources propres du district sanitaire issues de la vente des médicaments, de la tarification des actes et des examens, de la location des salles, etc.

Les personnes ayant répondu « non » ont pensé que sans avoir le statut de membre à part entière, d'autres acteurs pertinents pourraient être systématiquement conviées aux rencontres. Il s'agit par exemple :

- Pour le CASEM :
  - des praticiens hospitaliers et cliniciens d'une manière générale ;
  - des gestionnaires des données sanitaires ;
  - des sociétés savantes ;
  - des chercheurs ;
  - de la société civile ;
  - des médecins-chefs de district sanitaire ;
  - de la représentation nationale (députés).

- Pour le CTRS :
  - du sous-secteur sanitaire privé ;
  - des représentants de la médecine traditionnelle ;
  - des organisations à base communautaire d'exécution (OBCE).

- Pour le CSD/DS :
  - des autres membres de l'équipe cadre district (ECD) en dehors des MCD ;
  - des autres autorités communales en dehors de maires ;
  - les autres membres des COGES.

La présence effective des acteurs pertinents invités

A la suite des invitations, la majorité des personnes interrogées pensaient que les acteurs pertinents prenaient effectivement part aux rencontres, comme illustré dans la figure 3. Certaines raisons évoquées pour expliquer la non-participation de certains acteurs étaient :

- les conflits d'agenda ;
- les délais souvent courts entre l'invitation et la tenue des rencontres ;
- les invitations qui ne parviennent pas ou parviennent tard aux destinataires ;
- les insuffisances de communication au sein des structures invitées (problèmes d'imputation des courriers) ;
- les difficultés de financement (par exemple la prise en charge du transport et logement des personnes non résidentes, ou l'absence/faiblesses des perdiems) ;
- peu d'intérêt par rapport à l'ordre du jour ;
- le caractère non obligatoire de la participation – il n'y a pas de compte à rendre à qui que ce soit même en cas d'absence non justifiée.

Il faut noter que certains acteurs individuels pertinents, notamment des responsables, qui n'arrivent pas à participer personnellement aux rencontres se font parfois représenter par des collaborateurs qui ne sont pas toujours bien imprégnés des problématiques faisant l'objet des discussions. Ce qui n'est pas de nature à enrichir les discussions lors des réunions.

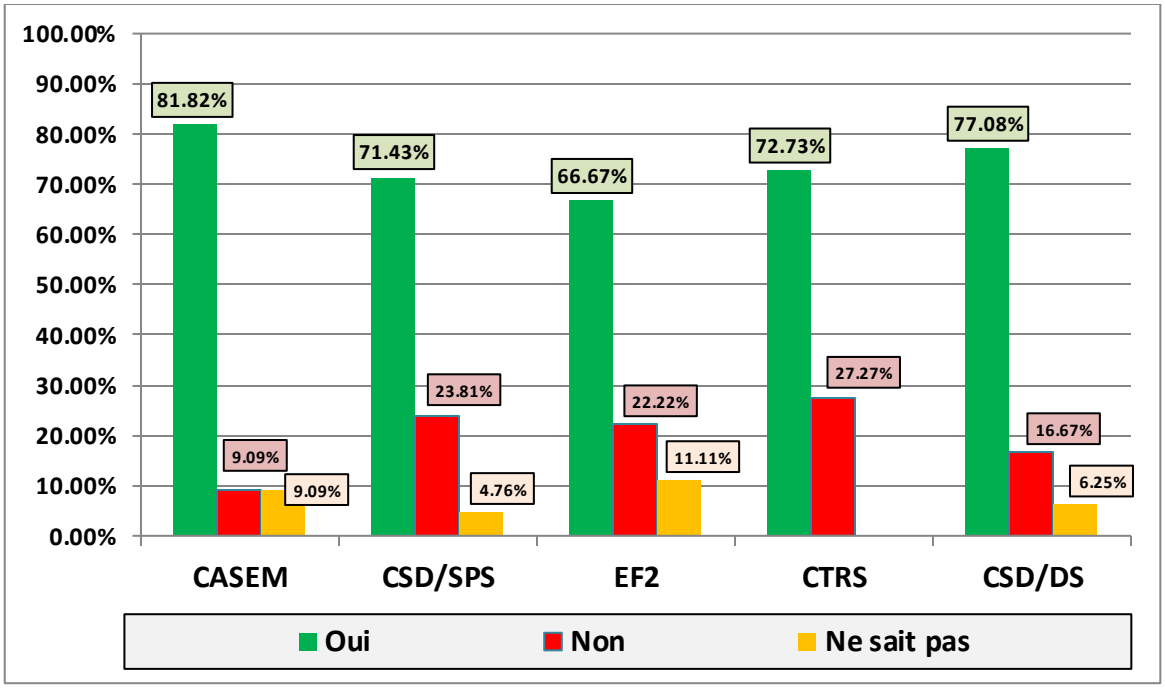

Figure 3. Point de vue des informateurs clés par rapport à la présence effective des acteurs pertinents aux rencontres des plateformes de dialogue

Les délais entre invitation et tenue effective des rencontres

Les délais entre invitation et tenue effective des rencontres sont parfois déterminants pour une participation effective de certains acteurs pertinents. Les résultats étaient relativement contrastés entre les plateformes de dialogue du niveau central et ceux des niveaux régional et périphérique. En effet, comme la figure 4 le montre, plus de 90 % des informateurs clés interrogés jugeaient que les délais étaient « raisonnables » ou « très raisonnables » dans les CTRS et les CSD/DS. Par contre, près de 44% des personnes interrogées jugeaient les délais « pas raisonnables » au niveau de l'EF2 et 33% des informateurs clés trouvaient les délais « pas raisonnables » voire « pas du tout raisonnables » en ce qui concernait le CSD/SPS. Ces personnes recevraient tardivement la notification de la tenue des rencontres et surtout les documents y afférant, de sorte qu'elles ne disposeraient pas de suffisamment de temps pour prendre connaissance de leur contenu et se préparer en conséquence.

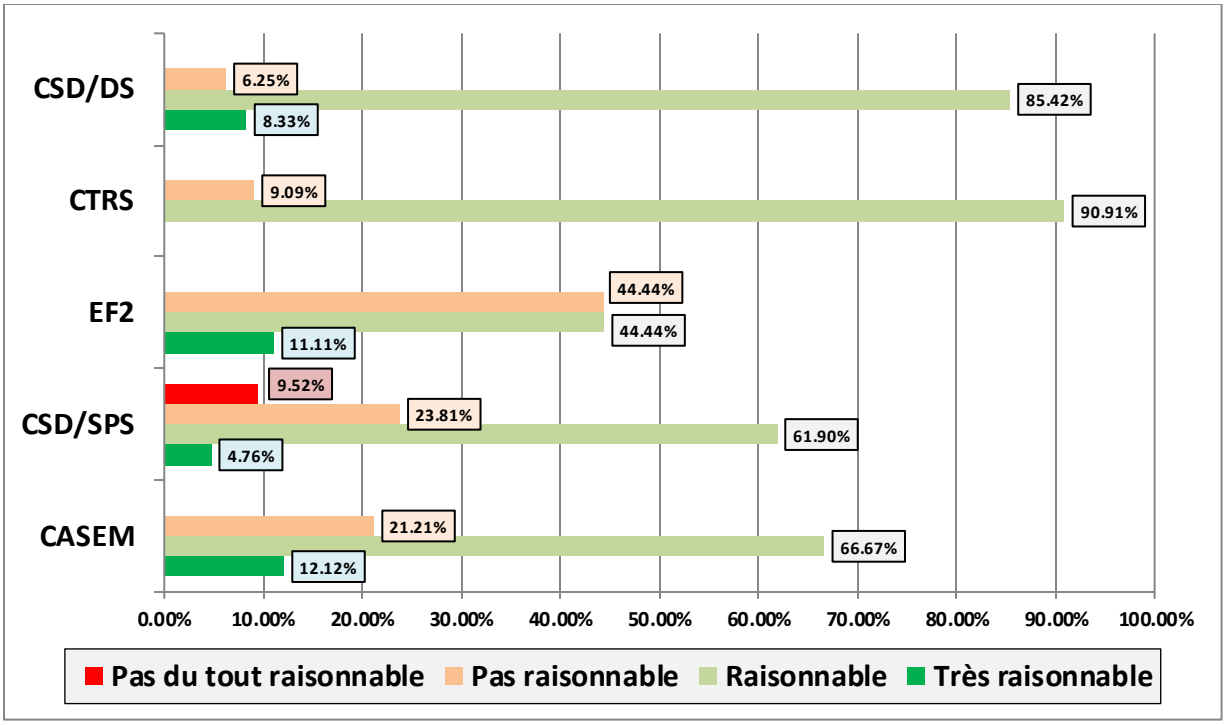

Figure 4. Point de vue des informateurs clés par rapport aux délais entre la date de réception des invitations et la date de tenue des rencontres

b) Le niveau de contribution des acteurs aux discussions

Le droit à la parole et la prise en compte des idées des participants

En général, les personnes interrogées trouvaient que les participants aux rencontres des plateformes avaient le droit à la parole et que leurs opinions étaient raisonnablement prises en compte dans les discussions. En effet, plus de 90% des informateurs clés interrogés dans toutes les plateformes étaient « entièrement d'accord » ou « d'accord » que les participants avaient droit à la parole et que leurs opinions étaient prises en compte dans les discussions.

De même, pour la majorité des acteurs sondés (plus de 90% dans toutes les plateformes de dialogue étudiés), il n'y avait pas de discrimination des participants quant au temps de parole accordé à chacun. Par exemple, ceux en bas de l'échelle hiérarchique n'étaient pas interrompus quand ils avaient la parole, particulièrement en ce qui concernait les rencontres de l'EF 2 et du CTRS où tous les informateurs clés interrogés étaient tous « entièrement d'accord » ou « d'accord » avec cet état de fait.

En outre, lors des rencontres, la priorité était donnée à la pertinence des idées émises quel qu'en soit l'auteur, plutôt qu'au statut de celui qui émettait l'idée. En effet, en dehors du CASEM où près de 20% des informateurs clés n'étaient « pas d'accord » avec cet état de fait, plus de 90% des personnes interrogées dans les autres plateformes de dialogue étaient « entièrement d'accord » ou « d'accord » avec ce constat.

La liberté d'expression

De l'avis des personnes interrogées, les participants aux rencontres du CSD/SPS, de l'EF 2, du CTRS et du CSD/DS étaient totalement libres d'exprimer leur point de vue. La quasi-totalité des informateurs clés étaient en effet « entièrement d'accord » ou « d'accord » que les participants disposaient d'une totale liberté pour s'exprimer. Seulement 6% des informateurs clés interrogés à propos des rencontres du CASEM pensaient que les participants à cette plateforme n'étaient pas totalement libres de s'exprimer.

- **L'assiduité des participants lors des rencontres**

Les résultats en ce qui concernait les messes basses au cours des rencontres étaient contrastés. En effet, si elles étaient absentes au cours des rencontres de l'EF 2 et du CTRS, elles ont été plus fréquemment rapportées par les personnes interrogées en ce qui concernait les autres plateformes, particulièrement le CSD/SPS, comme la figure 5 le montre. Ces messes basses réduiraient la participation/contribution effective des acteurs aux discussions et pourraient traduire un certain désintérêt des participants pour les sujets discutés ou une incapacité du (des) facilitateur(s) et/ou du (des) présentateur(s) à maintenir leur attention.

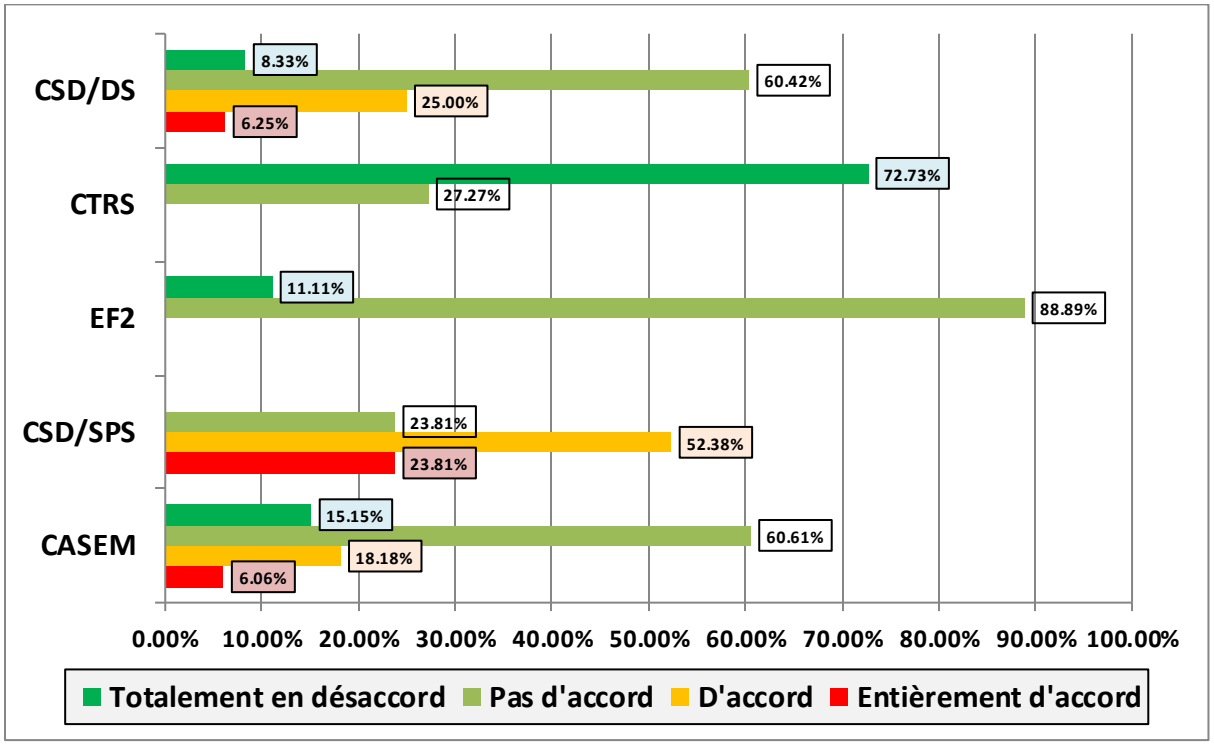

Figure 5. Point de vue des informateurs clés par rapport à l'assiduité des participants lors des rencontres

L'adéquation du lieu des rencontres

La quasi-totalité des personnes interrogées trouvaient que les lieux où les rencontres des plateformes se tenaient constituaient un cadre propice pour que les participants puissent exprimer librement leurs opinions, comme la figure 6 le montre. Les quelques personnes qui pensaient que les lieux des rencontres du CASEM, du CSD/SPS et du CSD/DS ne constituaient pas des cadres propices incriminaient surtout des problèmes d'espace au niveau des salles.

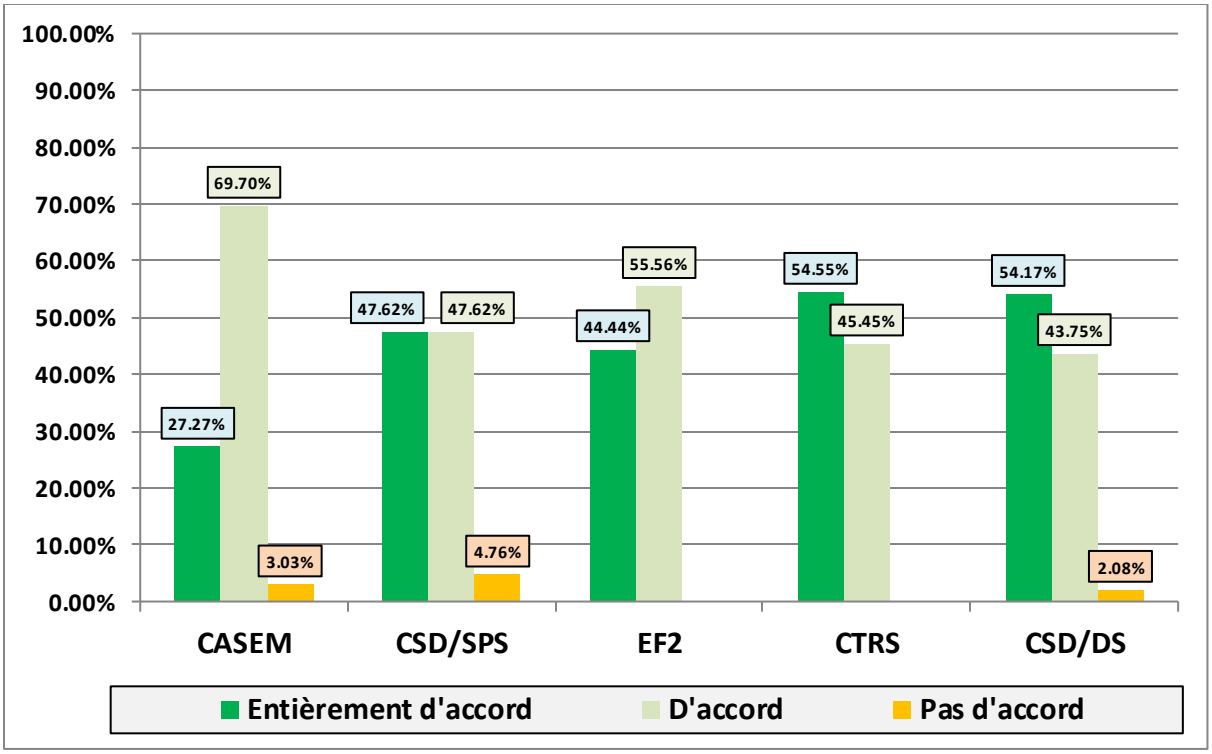

Figure 6. Point de vue des informateurs clés par rapport à l'adéquation des lieux pour tenir les rencontres

L'appréciation globale des informateurs clés concernant le niveau de contribution des participants aux discussions

La figure 7 montre que le niveau global de contribution des participants aux discussions lors des rencontres des plateformes de dialogue était jugé « bon » voire « très bon » par les acteurs interrogés, en particulier ce qui concernait les rencontres de l'EF 2 et du CTRS.

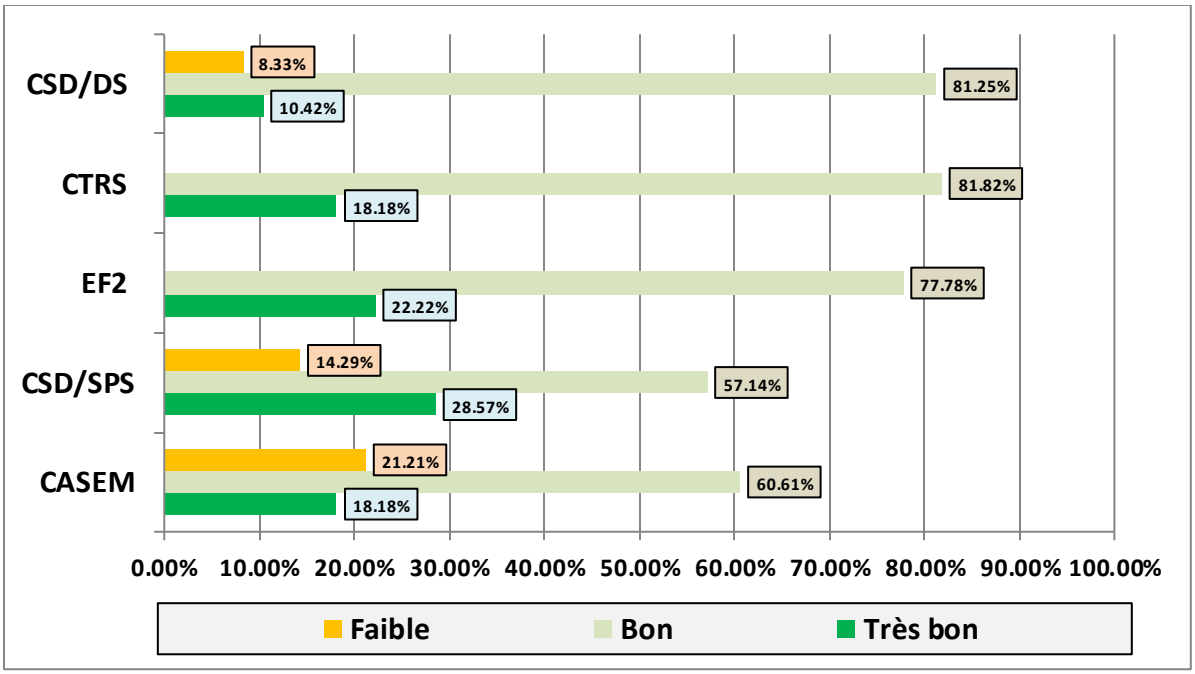

Figure 7 : Point de vue des informateurs clés par rapport au niveau global de contribution des participants aux discussions lors des rencontres

De même, les informateurs clés étaient d'avis que les organisateurs et/ou animateurs des rencontres faisaient les efforts nécessaires pour encourager la participation de toutes les parties prenantes aux discussions, y compris ceux qui sont en bas de l'échelle hiérarchique, en particulier pour ces plateformes (figure 8).

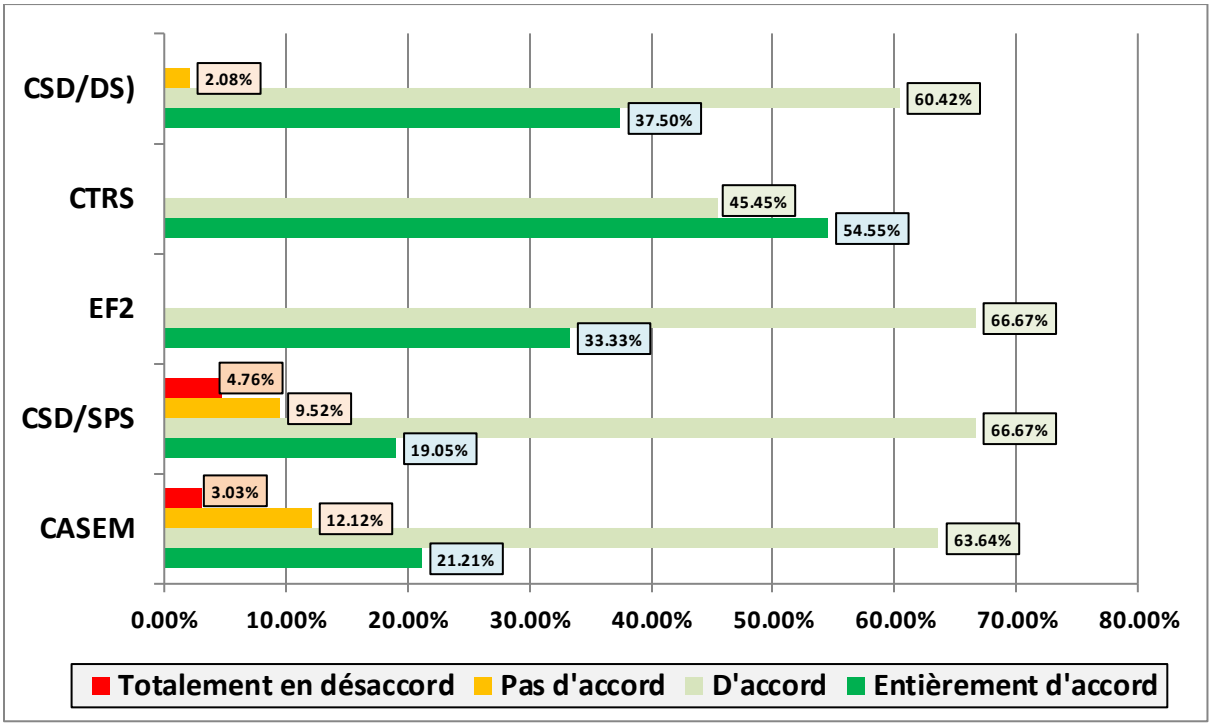

Figure 8 : Point de vue des informateurs clés par rapport aux efforts faits par les organisateurs et/ou animateurs des rencontres pour encourager la participation de toutes les parties prenantes aux discussions

Les taux relativement moins élevés observés au niveau des rencontres du CASEM et du CSD/SPS s'expliqueraient par le nombre plus élevé de participants. En effet, la diversité des participants peut constituer un frein à l'expression de certains d'entre eux, notamment ceux qui ne sont pas habitués à prendre part à ces rencontres. Il est également plus difficile de faire participer tout le monde quand le nombre de participants est élevé.

Le bon niveau de contribution des participants aux discussions lors des rencontres des plateformes de dialogue est en adéquation avec pratiquement tous les autres résultats montrés auparavant (en dehors du délai entre l'invitation et la tenue effective des rencontres et de l'assiduité des participants lors des rencontres dont les résultats étaient mitigés). En effet, l'analyse montre qu'une pleine participation des acteurs aux discussions est facilitée quand ces derniers savent qu'ils ont droit à la parole et que ce droit est respecté, quand ils sentent qu'il n'y a pas de discrimination ou de censure et que leurs idées sont pris en compte pour peu qu'ils soient pertinents, quand le cadre des rencontres est sécurisé et propice, et quand les organisateurs utilisent de bonnes techniques de facilitation pour encourager la participation effective de toutes les parties prenantes.

c) Les perceptions des informateurs clés sur le niveau global d'inclusion des rencontres des plateformes

En moyenne, plus de 90% des personnes interrogées étaient « d'accord » ou « entièrement d'accord » que le niveau global d'inclusion des plateformes de dialogue était satisfaisant. L'appréciation de ce niveau global d'inclusion prenait en compte tous les éléments précédemment décrits, notamment ceux contenus dans la représentativité des acteurs aux rencontres des plateformes, la contribution des acteurs aux discussions et la prise des points de vue exprimés par les participants (droit à la parole et avoir une voix qui compte) lors des rencontres.

V. Leçons apprises

Les principales leçons qui peuvent être tirées de l'analyse du fonctionnement des plateformes de dialogue sur la CSU sont les suivantes :

En lien avec le financement des plateformes

- Les problèmes de financement des rencontres, matérialisés par l'absence de perdiems, de prise en charge du déplacement ou du logement, constituent des obstacles à la participation de certains acteurs pertinents statutaires et non statutaires.
- Plus le financement de la plateforme de dialogue est dépendant des ressources externes, plus elle est exposée à des irrégularités de fonctionnement.
- Un financement endogène (budget de l'Etat, budget des collectivités territoriales, fonds propres des DRS ou des districts sanitaires) est essentiel pour garantir une régularité dans le fonctionnement des plateformes de dialogue.

En lien avec les activités préparatoires aux rencontres

- Une organisation de la rencontre dans des délais très courts, une mauvaise gestion des courriers (invitations) au sein des structures, des thématiques non pertinentes et les conflits d'agenda conduisent à une faible participation aux rencontres.
- L'adéquation entre le profil des participants et la thématique à l'ordre du jour de la rencontre est importante pour garantir une contribution efficace des acteurs.

En lien avec la tenue des rencontres

- Un format de rencontre inspirant la confiance des participants, le respect du droit à la parole, la liberté de s'exprimer, l'absence de discrimination entre participants quant au temps de parole accordé à chacun, l'importance accordée à la pertinence des idées émises plutôt qu'au statut des personnes qui les émettent, sont les facteurs déterminants d'un niveau de participation élevé aux discussions et une qualité du dialogue entre les acteurs.
- La capacité du facilitateur à maintenir l'attention soutenue des participants est importante pour éviter les messes basses et favoriser une participation optimale de tous les acteurs aux discussions.

En lien avec le suivi et la mise en œuvre des recommandations

- La mise en place d'outils et de procédures de suivi systématique est essentiel pour assurer la mise en œuvre effective des recommandations prises lors des rencontres et maintenir une veille permanente incitant les différents responsables à plus de redevabilité.

VI. Recommandations

Au vu des résultats de cette étude, pour pallier aux difficultés relevées et renforcer les acquis constatés, les recommandations suivantes peuvent être formulées, à l'endroit notamment du Ministère de la Santé :

- Renforcer le financement des plateformes de dialogue afin d'en assurer un fonctionnement régulier et une bonne participation de tous les acteurs pertinents statutaires et non statutaires : privilégier les ressources endogènes à travers le budget de l'Etat ou celui des collectivités territoriales ; mettre en place un panier commun dédié où chaque bailleur interne ou externe y apporterait sa contribution.
- Améliorer la planification des rencontres des plateformes de dialogue en tenant compte des exigences spécifiques des différents groupes de participants (exemple : intérêt pour les thématiques discutées), afin d'avoir une bonne participation de tous les acteurs clés : focaliser l'ordre du jour sur des thématiques pertinentes ; envoyer les invitations à temps en utilisant les canaux de communications appropriés et les plus efficaces ; disséminer un agenda ou chronogramme assez fixe pour la tenue des différentes rencontres chaque année ; définir clairement les rôles et les attendes vis-à-vis des différents acteurs.

- S'assurer préalablement et systématiquement que les profils des participants désignés par les structures pour participer aux rencontres de la plateforme de dialogue sont pertinents au vu des thématiques à aborder.
- Relire les textes régissant les CTRS pour prendre en compte d'autres membres tels que les départements ministériels impliqués dans le cadre de la stratégie One Health (environnement, élevage) et les départements ministériels impliqués dans le cadre sectoriel de dialogue (action sociale, agriculture).
- Favoriser la participation des responsables du niveau périphérique ou régional aux dialogues de niveau central pour une meilleure compréhension et coordination des actions et recommandations à mettre en œuvre.
- Favoriser une meilleure prise en compte des avis de certains acteurs qui participent peu aux échanges, notamment les plus timides, en utilisant d'autres formes d'engagement comme les notes anonymes, les cartes blanches, les emails discrets aux facilitateurs, etc.
- Mettre en place un comité technique, des outils et des procédures formels de suivi des recommandations issues des différentes rencontres des plateformes de dialogue en vue de s'assurer de leur mise en œuvre effective.

VII. Conclusion

Cette étude exploratoire a montré que le niveau d'inclusion des plateformes de dialogue au Burkina Faso était globalement élevé. Néanmoins, certaines faiblesses ont été relevées, dont les plus importantes sont d'ordre financier et organisationnel. En effet, la plupart des plateformes au niveau périphérique ont connu des difficultés de financement, empêchant certaines de tenir régulièrement leur réunion ou à convier toutes les parties prenantes clés aux discussions. Ces difficultés ont été principalement liées à la forte dépendance antérieure aux ressources des PTF maintenant arrêtées, et parfois volatiles et imprévisibles. Par ailleurs, certaines plateformes de dialogue ont également eu du mal à réunir leurs membres régulièrement du fait de conflits d'agenda au niveau des premières autorités organisatrices, d'invitations tardives, de choix de thématiques jugées peu pertinentes par certains acteurs, ou encore de l'absence de lignes de redevabilité claires quant à la participation ou non des acteurs conviés. Cette situation fait par exemple que la majorité des dernières rencontres des CSD/DS retenus pour cette étude ont été tenues entre 2016 et 2018.

En outre, l'année 2020 a été marquée depuis le mois de mars par l'apparition du COVID-19 au Burkina Faso. Ce contexte sanitaire a bouleversé la planification des activités des différentes structures du ministère de la santé ainsi que les programmes des différentes parties prenantes, et même obligé à une suspension relativement longue des activités. Cela fait que cette étude a présenté certaines limites dans le processus de collecte des données, liées notamment aux biais de mémoire, à l'absence de certains acteurs clé qui ont été mutés ailleurs au moment de l'étude, et aux insuffisances dans le système d'archivage des données et des documents. Néanmoins, les résultats présentés ont permis d'identifier les atouts et contraintes des plateformes de dialogue en termes d'inclusion qui permettent d'orienter les actions pour, d'une part, préserver et renforcer les acquis et, d'autre part, combler les quelques insuffisances relevées. Ces résultats contribueront à raffermir le dialogue politique au Burkina Faso dans sa marche vers la CSU.

Références

1 Burkina Faso. Plan National de Développeement Economique et Social (PNDES) 2016-2020.

2 Ministère de la Santé du Burkina Faso. Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Sanitaire Universelle 2018 - 2030. 2018.

3 Sparkes SP, Kutzin J, Soucat A, Bump JB, Reich MR. Introduction to Special Issue on Political Economy of Health Financing Reform. *Heal Syst Reform* 2019; **5**: 179–82.

4 Fox AM, Reich MR. The Politics of Universal Health Coverage in Low- and Middle-Income Countries: A Framework for Evaluation and Action. *J Health Polit Policy Law* 2015; **40**: 1023–60.

5 Dovlo D, Monono ME, Elongo T, Nabyonga-Orem J. Health policy dialogue: experiences from Africa. *BMC Health Serv Res* 2016; **16 Suppl 4**: 214.

6 Mwisongo A, Nabyonga-Orem J, Yao T, *et al.* The role of power in health policy dialogues: lessons from African countries. *BMC Heal Serv Res 2016 164* 2016; **16**: 361–8.

7 Nabyonga-Orem J, Ousman K, Estrelli Y, *et al.* Perspectives on health policy dialogue: Definition, perceived importance and coordination. BMC Health Serv. Res. 2016; **16**. DOI:10.1186/s12913-016-1451-1.

8 Alliance for Health Policy and Systems Research. Briefing Note - Policy dialogue: What it is and how it can contribute to evidence-informed decision making. 2015.

9 Warner J. Multi-stakeholder platforms: integrating society in water resource management? *Ambient Soc* 2005; **8**: 4–28.

10 Nabyonga-Orem J, Dovlo D, Kwamie A, Nadege A, Guangya W, Kirigia JM. Policy dialogue to improve health outcomes in low income countries: What are the issues and way forward? BMC Health Serv. Res. 2016; **16**: 217.