

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail



**Rapport sur la cartographie des ressources du dossier
d'investissement de la République de Côte d'Ivoire**

Septembre 2020



TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	i
LISTE DES TABLEAUX	ii
LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES.....	iii
ACRONYMES	iv
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	v
I. INTRODUCTION	1
I.1 Définition de la cartographie des ressources.....	1
I.2 Contexte de la cartographie des ressources dans la République de Côte d’Ivoire	1
I.3 Objectifs de la cartographie	2
II. DOSSIER D’INVESTISSEMENT GFF EN COTE D’IVOIRE	2
III. METHODOLOGIE ET COLLECTE DES DONNEES.....	3
IV. PRESENTATION DES RESULTATS DE LA CARTOGRAPHIE	4
IV.1. Ecart de financement et source de financement du DI	5
IV.2. Ecart de financement par priorités d’interventions du DI	7
IV.3. Écart de financement par année de mise en œuvre du DI	9
IV.4. Écart de financement par région.....	10
IV.5. Écart de financement par programme budgétaire.....	11
IV.6. Principales agences d’exécution.....	13
IV.7. Analyses spécifiques de la cartographie des ressources budgétaires et financières pour les services de vaccination, de VIH/Sida/TB et de paludisme.....	13
IV.8. Analyses spécifiques de la cartographie des ressources budgétaires et financières pour la riposte à la Covid-19	15
V. DEFIS/LIMITES	16
VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	18
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	a
ANNEXES	b

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Synthèse de la contribution de l'Etat au DI (2020-2023).....	5
Tableau 2 : Action des programmes budgétaires	11
Tableau 3 : contribution au plan de riposte par source de financement	15
Tableau 4 : Contribution potentielle au Covid-19.....	16
Tableau A1 : Distribution des engagements budgétaires des bailleurs de fonds par années (en x 1000 FCFA).....	b
Tableau A2 : Distribution des engagements budgétaires des bailleurs de fonds par priorités d'intervention du DI et selon années (en x 1000 FCFA).....	b
Tableau A3 : Distribution des engagements budgétaires par agences d'exécution et par année (en x1000 FCFA).....	c
Tableau A4 : Engagements budgétaires des bailleurs de fonds par année pour certains services spécifiques de santé	c

LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

Graphique 1 : Financement du DI, engagements et déficits budgétaires par source de financement – Hypothèse #1.....	6
Graphique 2 : Financement du DI, engagements et déficits budgétaires par source de financement – Hypothèse #2.....	7
Graphique 3 : Financement du DI, engagements et déficits budgétaires par priorités d'interventions du DI – Hypothèse #1.....	8
Graphique 4 : Financement du DI, engagements et déficits budgétaires par priorités d'interventions du DI – Hypothèse #2.....	8
Graphique 5 : Financement du DI, engagements et déficits budgétaires par année – Hypothèse #1	9
Graphique 6 : Financement du DI, engagements et déficits budgétaires par année – Hypothèse #2	10
Graphique 7 : Écart de financement des bailleurs de fonds par région	11
Graphique 8 : Engagements budgétaires des bailleurs de fonds par programme	12
Graphique 9 : Principales agences d'exécution utilisés par les bailleurs de fonds dans le cadre de la mise en œuvre du DI.....	13
Graphique 10 : Part (%) des engagements budgétaires des bailleurs de fonds pour certains services spécifiques de santé	14

ACRONYMES

ACF	Action contre la faim
AFD	Agence Française de Développement
BM	Banque mondiale
CHR	Centre hospitalier régional
CMU	Centre médicale urbain
Covid-19	Maladie à coronavirus 2019
CR	Cartographie des Ressources
DI	Dossier d'investissement
DPPD	Document de programmation pluriannuelle des dépenses
FCFA	Franc de la communauté financière africaine
GAVI	Alliance mondiale pour la vaccination
GFF	Global Financing Facility
HG	Hôpital général
JICA	Agence japonaise de développement
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PB	Programme budgétaire
PNCFS	Plateforme nationale de coordination du financement de la santé
PTF	Partenaires techniques et financiers
RCI	République de Côte d'Ivoire
RH	Ressources humaines
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance
USAID	Agence des nations unies pour le développement international

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Après avoir rejoint le Mécanisme de Financement Mondiale (GFF en anglais), la Côte d'Ivoire s'est doté en avril 2019 d'un Dossier d'Investissement (DI) pour mobiliser davantage des financements en faveur des priorités nationales pour la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, considérées comme point d'entrée au renforcement de l'ensemble du système de santé du pays. Ce DI dont la période d'intervention va de 2020 à 2023, vise principalement « *un système de santé performant, intégré, responsable et efficiente, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays* ». Il est structuré en sept priorités d'interventions : (i) PS #1 : Santé communautaire ; (ii) PS #2 : Fonctionnalité et qualité des soins de santé primaire ; (iii) PS #3 : Chaîne d'approvisionnement ; (iv) PS #4 : Ressources Humaines ; (v) PS #5 : Information sanitaire ; (vi) PS #6 : Renforcement de l'intégration du Secteur Privé et ; (vii) PS #7 : Réformes.

La cartographie des ressources budgétaires et financières pour la mise en œuvre du DI GFF, objet de la présente étude, consiste à capter les différentes ressources de l'État et de ses partenaires de mise en œuvre dédiées à la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, pour une meilleure programmation et une utilisation efficace desdites ressources. Ainsi, l'exercice informe le ministère de la santé et ses partenaires sur les niveaux et les détails de la disponibilité actuelle et future des ressources.

Pour ce faire, des données ont été collectées auprès des différents bailleurs de fonds sur la base d'une fiche de collecte qui leur a été transmise. Les données ainsi collectées ont été traitées et apurées pour supprimer les doublons. En ce qui concerne les données sur les engagements de l'État, elles se sont essentiellement reposées sur les projections avec comme référence le budget 2020. Deux hypothèses ont été formulées à cet effet :

- **La première hypothèse** propose un *scénario tendanciel* pour l'analyse suivant lequel le budget alloué à la santé augmentera de 15 % chaque année pendant la période conformément aux engagements du Premier Ministre (déjà en 2020, cette augmentation est effective et amène le budget santé à 446 milliards).

-
- **La deuxième hypothèse** présente un *scénario optimiste* selon lequel le budget national augmente également de 15 % chaque année jusqu'en 2024 mais avec un choix de priorisation des dépenses du DI par rapport au financement des autres activités.

Les résultats de l'étude indiquent un déficit de financement de 39,3% (avec la première hypothèse) et de 25,2% (avec la deuxième hypothèse). Ce déficit est plus observé dans tous les cas dans les priorités d'intervention 6, 5, 2, 3 et 4. Car les priorités d'intervention 1 et 7, les engagements budgétaires sont largement au-dessus des coûts estimés dans le DI.

Les principales limites identifiées dans le cadre de cette étude portent essentiellement :

- la non prise en compte des données sur les ménages, qui pourtant représente la principale source de financement de la santé en CIV (39,35% selon les CNS 2019), et du secteur privé ;
- les données auto-déclarées des donateurs, qui n'ont pas toujours été communiquées en détail. En effet, la plupart des donateurs ou le Gouvernement n'ont pas rempli les champs sur le niveau de l'intervention, la région et la population cible du financement ;
- la temporalité de l'exercice fiscal ivoirien, qui ne correspond pas toujours à celle des différents donateurs ;
- la difficulté pour certains partenaires de donner les projections budgétaires ;
- les financements pour la lutte contre la Covid-19 dérogeant en grande partie aux normes budgétaires.

Ainsi, est-il recommandé que des dispositions soient prises afin de faire de l'exercice de cartographie une activité récurrente.

I. INTRODUCTION

I.1 Définition de la cartographie des ressources

La cartographie des ressources (CR) est un exercice de collecte des données financières prospectives des bailleurs de fonds et du gouvernement. C'est un exercice qui a été adopté conjointement par le gouvernement et ses partenaires de développement dans le cadre du Mécanisme de Financement Mondial (Global Financing Facility ; GFF) lancé lors de la conférence sur le financement du développement à Addis-Abeba en juillet 2015. Le GFF est une approche de financement de la santé mettant l'accent sur le rôle des pays pour obtenir plus de résultats avec les ressources existantes et pour augmenter le volume total de financement pour la santé. La mise en œuvre du GFF recommande l'élaboration d'une CR pour informer l'élaboration ou la mise à jour d'un dossier d'investissement (DI) pour accompagner la mise en œuvre de la politique de santé des pays. La CR a été initié en Côte d'Ivoire en 2019 avec le soutien de la Banque mondiale.

I.2 Contexte de la cartographie des ressources dans la République de Côte d'Ivoire

La CR de la République de Côte d'Ivoire (RCI) a été conduite dans un contexte difficile dû à l'épidémie de la maladie au coronavirus 2019 (Coronavirus disease 2019 ; COVID-19). La COVID-19 a contraint le gouvernement Ivoirien à se concentré dans la lutte contre cette épidémie entraînant peu d'attention sur la CR. De même, la COVID-19 a entraîné des difficultés pour rencontrer les partenaires techniques et financiers (PTFs) et autres acteurs intervenant dans la CR. La CR s'est déroulée aussi dans le contexte de changement de l'approche budgétaire qui est passé du budget basé sur les moyens au budget basé sur les résultats (aussi appelé budget-programmes).

Cette présente CR de 2020 tient compte des leçons tirées de la CR de 2019 pour mieux collecter les données financières. C'est à cet effet qu'un nouveau canevas a été conçu pour adapter la collecte et la présentation suivant la nouvelle nomenclature de l'Etat.

Le budget du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) a progressé de 16,5% par rapport à 2019, traduisant l'engagement pris par le gouvernement d'augmenter ce budget de 15% chaque année. Cependant, le défi reste à traduire ce budget dans les soins de santé primaire et de pouvoir bien suivre son utilisation. Les capacités réelles du MSHP à conduire la CR reste

limitée à cause de l'absence d'outils adaptés à l'exercice de la CR des ressources et en raison de la faible appropriation et de la qualité des ressources humaines (RH). Le gouvernement s'est aussi engagé à améliorer l'efficacité et l'équité des dépenses de santé publique et de mieux coordonner et aligner les ressources nationales et externes pour la santé grâce à une plate-forme nationale de coordination du financement de la santé (PNCFS) lancée en juillet 2019 sous la direction du cabinet du Premier Ministre.

I.3 Objectifs de la cartographie

L'objectif de cette CR est d'analyser les informations financières provenant aussi bien du gouvernement que des partenaires externes investis dans la santé pour une meilleure programmation et utilisation efficace des ressources. L'exercice aide à informer le ministère de la Santé et ses partenaires sur les niveaux et les détails de la disponibilité actuelle et future des ressources.

La CR contribue à établir le lien entre les ressources et les priorités.

II. DOSSIER D'INVESTISSEMENT GFF EN COTE D'IVOIRE

Pour opérationnaliser le GFF, la RCI a élaboré son DI dans le contexte de la mise à échelle de l'achat stratégique avec pour vision « *un système de santé performant, intégré, responsable et efficace, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays* ».

Pour ce faire, le DI s'appuie sur quatre principes directeurs :

- Application d'une approche systémique globale qui mobilise et intègre l'ensemble des ressources du secteur de la santé, aussi bien publiques que privées ;
- Utilisation de la santé maternelle, infantile et néonatale comme point d'entrée pour renforcer le système de santé et mobiliser des ressources ;
- Concentration sur l'équité en affectant des ressources supplémentaires aux services de premières lignes dans les régions prioritaires, et sur l'accès en élargissant rapidement la gamme complète des services et de produits de soins de santé primaires par l'entremise des partenaires publics et privés ;

-
- Utilisation efficace des ressources par la mise en œuvre des réformes du financement de la santé, et la mobilisation des ressources supplémentaires pour la santé en favorisant l'augmentation des fonds publics et en alignant les ressources du secteur privé et celles des partenaires du développement.

Le DI est structuré en sept priorités d'interventions :

- **PS #1 : Santé communautaire ;**
- **PS #2 : Fonctionnalité et qualité des soins de santé primaire ;**
- **PS #3 : Chaîne d'approvisionnement ;**
- **PS #4 : Ressources Humaines ;**
- **PS #5 : Information sanitaire ;**
- **PS #6 : Renforcement de l'intégration du Secteur Privé et ;**
- **PS #7 : Réformes.**

Le financement total nécessaire au DI sur quatre ans (2020-2023) se chiffre à **1413 milliards de francs CFA¹, soit une moyenne 353,25 milliards de francs CFA sur cette période.**

III. METHODOLOGIE ET COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données a été faite essentiellement auprès des partenaires techniques et financiers (PTFs). A cet effet, un canevas prenant en compte les leçons tirées du même exercice, effectué l'année précédente, a été conçu et transmis aux PTFs. Ce canevas tient compte de la nomenclature du budget-programmes et des priorités du DI et couvre la période de 2020 à 2024. Bien que le DI couvre 2020-2023, la présente étude va jusqu'en 2024 pour pouvoir capter les éventuelles ressources pouvant permettre de combler le déficit observé en 2020 du fait de la crise sanitaire liée à la Covid-19.

Quant à l'estimation du financement de l'Etat pour le DI, son montant s'est inspiré des travaux d'élaboration du plan opérationnel du DI de 2020-2024. Elle s'est faite à travers l'identification

¹ Estimations faite avec à l'outil EQUIST (Equitable Impact Sensitive Tool)

des activités du budget programme qui ont un lien avec les activités du DI et inscrites au budget programme 2020-2022.

Les données transmises par les bailleurs étaient dans certains cas en devises et ont fait l'objet de conversion en monnaie locale c'est à dire le FCFA.

L'échantillon de l'étude est constitué de tous les partenaires de mise en œuvre du DI (bailleurs de fonds et agences d'exécution). Pour cette cartographie de ressources 2020, les données ont été collectées auprès de vingt-six (26) bailleurs incluant quelques fondations, soit trois (3) de plus que la cartographie de 2019.

IV. PRESENTATION DES RESULTATS DE LA CARTOGRAPHIE

Comme indiqué dans la section précédente, les données collectées dans le cadre de cet exercice de cartographie en 2020 proviennent essentiellement des bailleurs de fonds. La contribution de l'Etat qui est pourtant la plus importante n'est pas pris en compte². Mais dans le souci de capter toutes les ressources publiques et privées dédiées pour la SRMNEA pour un bon renforcement du système de santé et une mobilisation efficace des ressources, des projections des ressources budgétaires de l'Etat dédiées au DI sur la période 2021-2023 du DI. Pour ce faire, deux hypothèses ont été formulées avec comme référence la part de l'Etat au DI de l'année 2020.

La première hypothèse propose un *scénario tendanciel* pour l'analyse suivant lequel le budget alloué à la santé augmentera de 15 % chaque année pendant la période conformément aux engagements du Premier Ministre (déjà en 2020, cette augmentation est effective et amène le budget santé à 446 milliards).

La part Trésor du budget gardera cette tendance au cours de la période jusqu'en 2024. Pour cette hypothèse, la part Trésor destinée aux domaines couverts par le DI, est estimée à 25 % de l'enveloppe, suivant la tendance observée les années antérieures, la contribution des partenaires restant conforme aux données collectées

² Les ressources du budget de l'année 2020, tous financements confondus, obtenues par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique dans la loi de finances s'élèvent à quatre cent quarante-six milliards trente-cinq millions deux cent vingt-trois mille treize (446 035 223 013) FCFA. Ce budget représente 5,5% du total du budget de l'Etat qui s'élève à plus de 8061 milliards. La part Trésor est 343 807 166 938 FCFA représentant 77,10% et celui des bailleurs s'élèvent à 102 228 056 075 FCFA représentant 22,90%.

La deuxième hypothèse présente un *scénario optimiste* selon lequel le budget national augmente également de 15 % chaque année jusqu'en 2024 mais avec un choix de priorisation des dépenses du DI par rapport au financement des autres activités.

Pour cette hypothèse, la part du Trésor destinée aux domaines couverts par le DI, à partir de 2021 sera celle de l'année antérieure auquel on ajoutera la variation du budget santé les surplus constatés d'une année à l'autre serait entièrement destinée au DI qui est une priorité. La contribution des bailleurs de fonds sera au même niveau que celle de 2020 et ce jusqu'en 2024, en raison de la difficile prévisibilité des ressources par les PTF sur une longue période et du fait que les données collectées de 2020, sont les plus complètes possibles, et s'approchent des tendances.

Tableau 1 : Synthèse de la contribution de l'Etat au DI (2020-2023)

	Budget 2020	Projection 2021	Projection 2022	Projection 2023	Total 2020-2024
Hypothèse 1	66 088 832 210	76 002 157 042	87 402 480 598	100 512 852 687	330 006 322 537
Hypothèse 2	66 088 832 210	105 742 131 536	151 343 425 761	203 784 914 120	526 959 303 627

Source : Experts de la Banque mondiale

Sur la base des hypothèses ci-dessus, la contribution de l'Etat à travers le trésor pour le financement des activités du DI pour la période de 2020-2023 serait de :

- 330,0 milliards selon l'hypothèse 1
- 526,9 milliards selon l'hypothèse 2

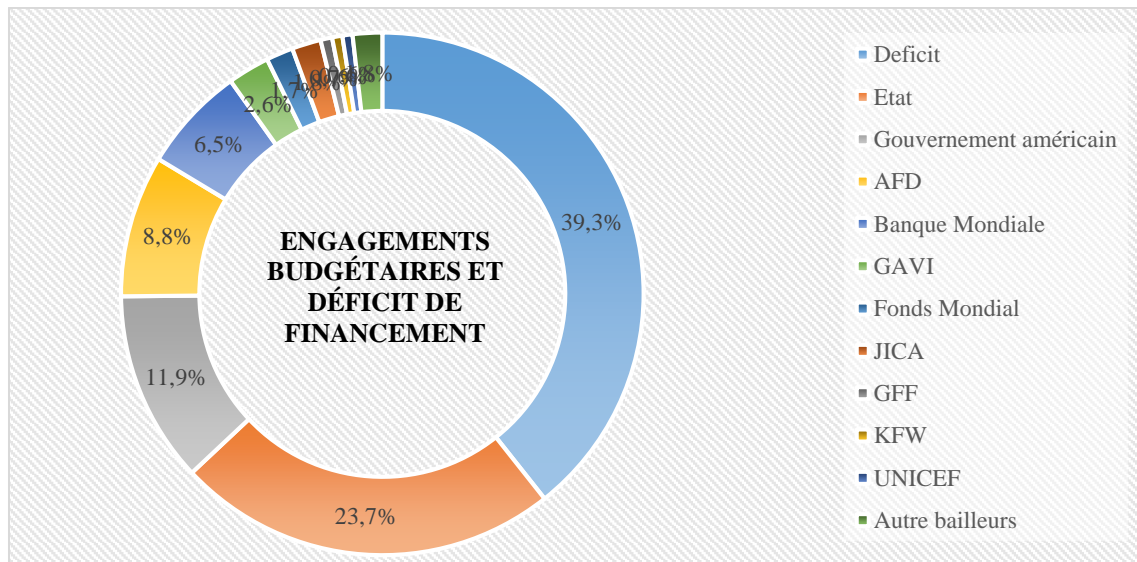
IV.1. Ecart de financement et source de financement du DI

Avec la première hypothèse du financement de l'État, le graphique 1 ci-dessous qui présente les engagements budgétaires ainsi que le déficit de financement de la mise en œuvre du DI, indique un écart de financement sur la période 2020-2023 de 548.580.083.784 FCFA soit un déficit de financement de l'ordre de 39,3% du coût total du DI.

L'État dont la contribution s'élève à 23,7% du coût total du DI, est accompagné dans la mise en œuvre du DI par le Gouvernement américain (12%), l'AFD (9%), la Banque mondiale (7%),

GAVI (3%), Fonds mondiale (2%), JICA (2%), GFF (1%), KfW (1%), UNICEF (1%) et les autres bailleurs de fonds³ (2%).

Graphique 1 : Financement du DI, engagements et déficits budgétaires par source de financement – Hypothèse #1

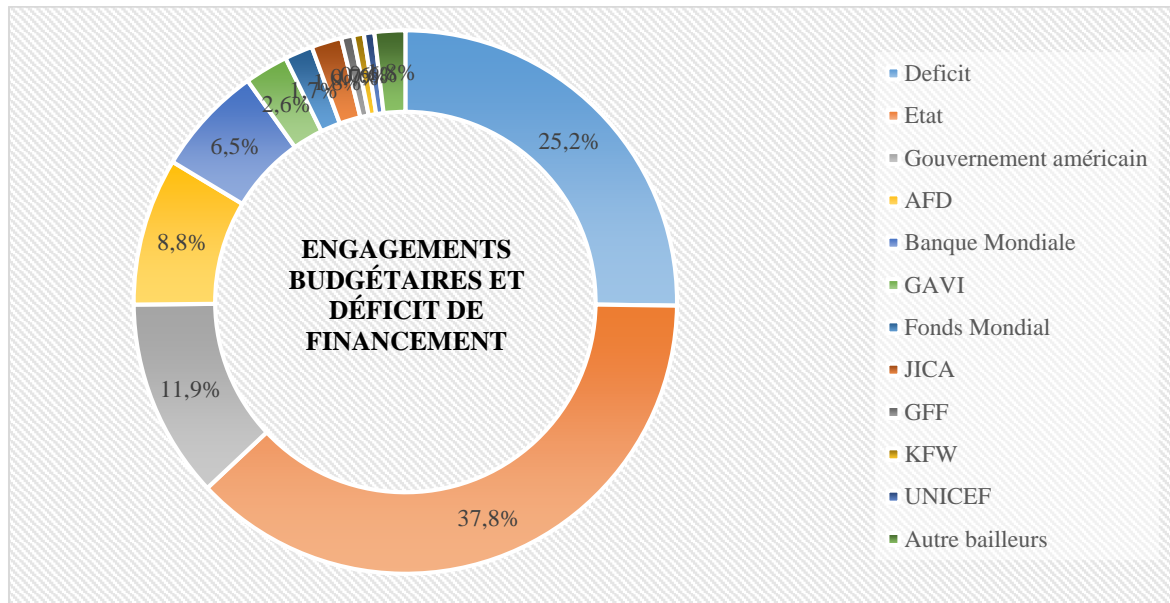


Source : Experts de la Banque mondiale

Avec la deuxième hypothèse du financement de l'État, l'on note plutôt un déficit budgétaire de 25,2% du coût total du DI sur la période 2020-2023. L'engagement budgétaire de l'État s'élèverait ainsi à 37,8% contre 11,9% pour le Gouvernement américain, 8,8% pour l'AFD, 6,5% pour la Banque mondiale, 2,6% pour GAVI, 1,7% pour le Fonds mondiale, 1,8% pour JICA, 0,7% pour le GFF, 0,6% pour KfW, 0,6% pour l'UNICEF et 1,8% pour les autres bailleurs de fonds..

³ Initiative 5%, IB, Canada, KOICA, UNFPA, SEVCI, Fondation Hewlet/Fondation Packar, Charity Water, OMS, UE, ACF International, Muscoka, DAI TDDAP, LDS, Amplity Change, PAI, Dalberg

Graphique 2 : Financement du DI, engagements et déficits budgétaires par source de financement – Hypothèse #2



Source : Experts de la Banque mondiale

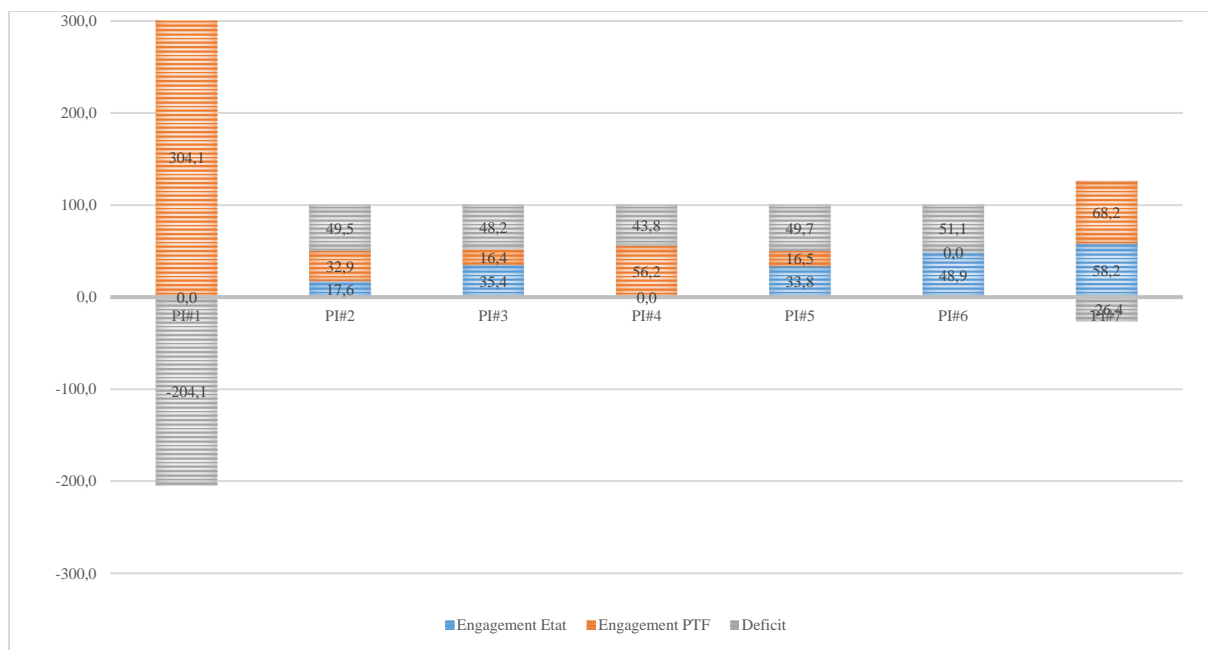
IV.2. Ecart de financement par priorités d'interventions du DI

Sur la base des hypothèses et des calculs des experts de la Banque Mondiale sur les gaps de financements par priorités d'interventions sur la période 2020-2024, il a été déterminé l'engagement de l'État par priorités d'intervention et par année et sur la période 2020-2023, période du DI.

Les analyses révèlent qu'outre la première priorité d'interventions (PI #1 : santé communautaire) et la septième priorité d'interventions (PI #7 : CMU et autres réformes du secteur de la santé) où les engagements budgétaires sont largement au-dessus des estimations du DI, un déficit budgétaire (48,4 en moyenne) pour les autres priorités d'interventions (graphique 3). Le déficit de financement le plus important est noté sur PI #6 : Renforcement de l'intégration du Secteur Privé (51,1%). Les engagements des bailleurs de fonds sur cette priorité d'interventions est nuls.

En outre, pour la santé communautaire, les financements proviennent essentiellement des bailleurs de fonds et sont largement en dépassement du coût du DI comme indiqué plus haut. Pour la mise en œuvre des (CMU et autres réformes du secteur de la santé), les engagements budgétaires de l'État et des bailleurs de fonds sont tous importants ; et mis ensemble, ils dépassent aussi largement le coût du DI.

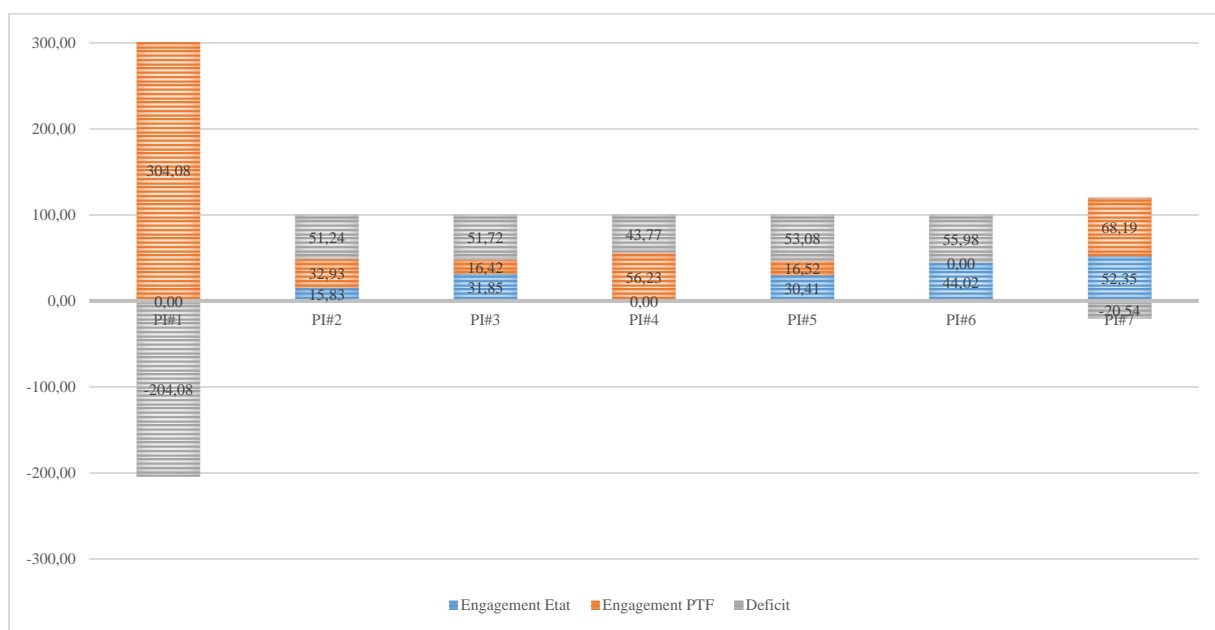
Graphique 3 : Financement du DI, engagements et déficits budgétaires par priorités d'interventions du DI – Hypothèse #1



Source : Experts de la Banque mondiale

Lorsqu'on refait les analyses avec les estimations de financements de l'État sous la deuxième hypothèse (graphique 4 ci-dessous), on observe presque les mêmes tendances que celles observées avec la première hypothèse.

Graphique 4 : Financement du DI, engagements et déficits budgétaires par priorités d'interventions du DI – Hypothèse #2

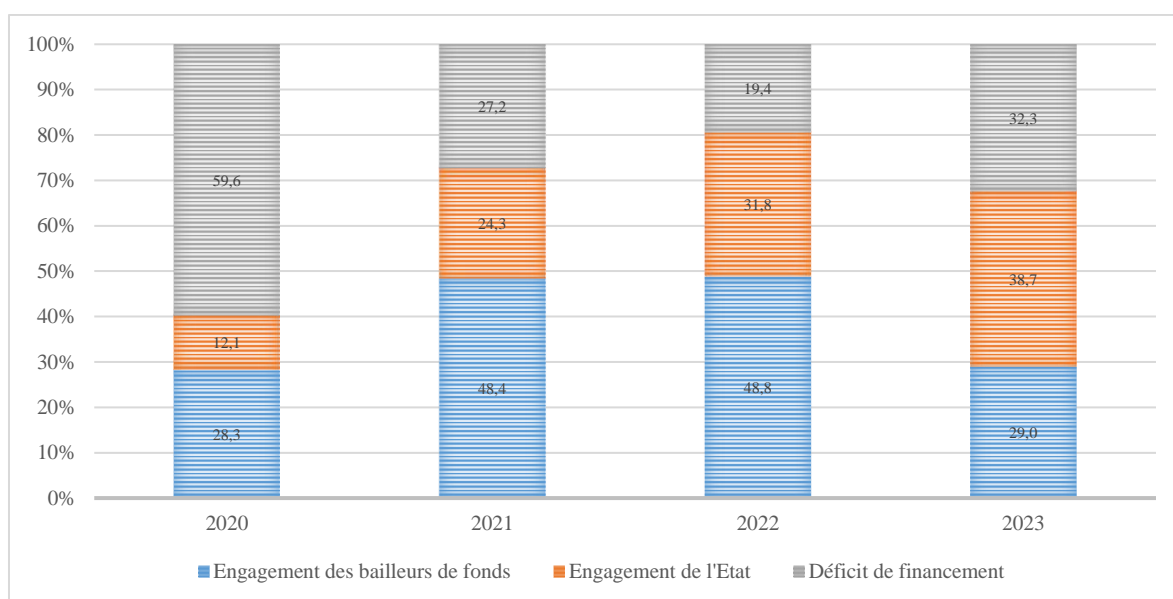


Source : Experts de la Banque mondiale

IV.3. Écart de financement par année de mise en œuvre du DI

L'analyse des écarts de financement par année (graphiques 5 et 6) montre une diminution du déficit budgétaire qui va de 59,6% en 2020 à 19,4% en 2022 avant de remonter à 32,3% en 2023. Le déficit important en 2020 pourrait s'expliquer par les réorientations et les révisions budgétaires faites auprès des bailleurs de fonds pour contribuer à la lutte contre le Covid-19.

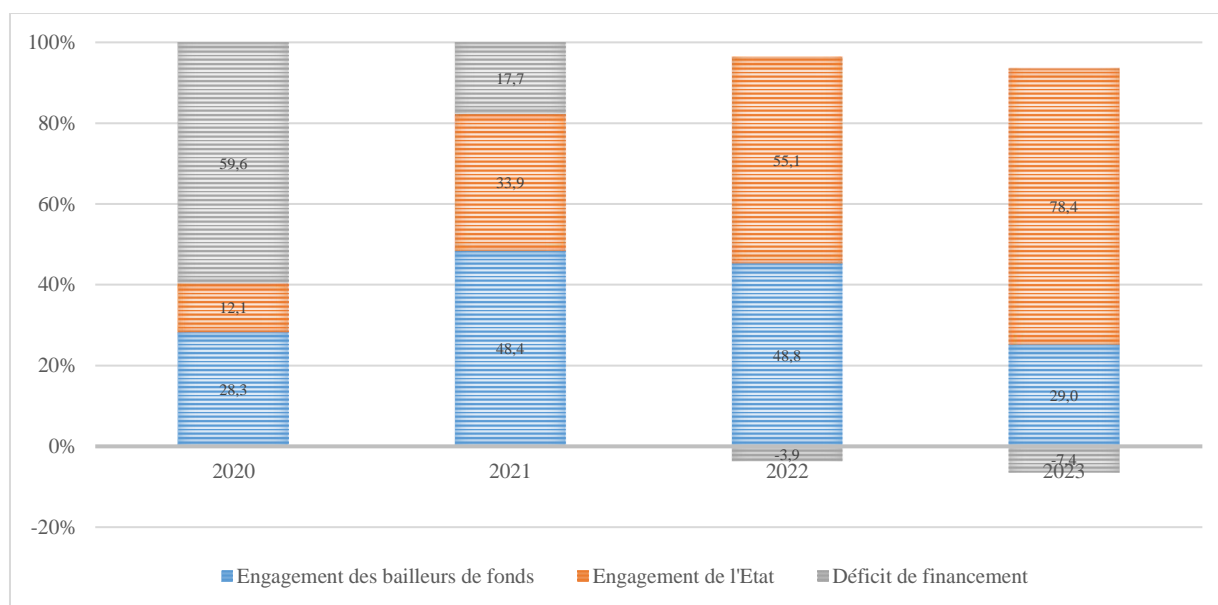
Graphique 5 : Financement du DI, engagements et déficits budgétaires par année – Hypothèse #1



Source : Experts de la Banque mondiale

Avec les estimations de la deuxième hypothèse par contre, le déficit de financement va de 59,6% en 2020 à 17,7% en 2021 ; et à partir de 2022 les engagements budgétaires de l'État et des bailleurs de fonds dépasseraient largement les coûts du DI (graphique 6 ci-dessous).

Graphique 6 : Financement du DI, engagements et déficits budgétaires par année – Hypothèse #2



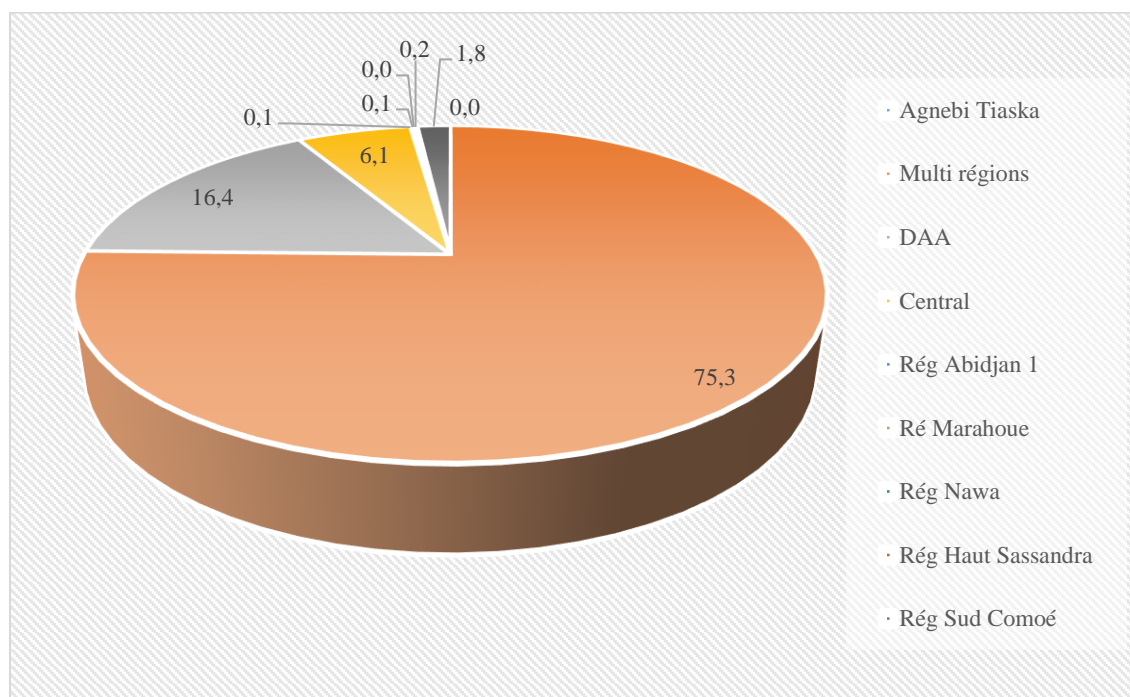
Source : Experts de la Banque mondiale

IV.4. Écart de financement par région

L'un des principes directeurs du DI est l'équité. Pour mieux apprécier sa mise en œuvre, il est important de déterminer le déficit de financement par région. Mais les coûts du DI n'étant donnés par régions d'une part, et les engagements de l'État n'étant pas donnés par région, l'étude se limitera à présenter les engagements budgétaires des bailleurs de fonds par région.

L'analyse de ce graphique révèle des disparités régionales importantes dans les engagements budgétaires des bailleurs de fonds. 75,3% de ces engagements concernent les multi-régions contre 16,4% pour le DAA ; 6,1% pour la région du Centre ; 1,8% pour la région du Sud Comoé. Quant aux autres régions notamment Abidjan 1, Marahoué, Haut Sassandra, Nawa, moins de 1% des engagements y sont orientés.

Graphique 7 : Écart de financement des bailleurs de fonds par région



Source : Experts de la Banque mondiale

IV.5. Écart de financement par programme budgétaire

Les financements des bailleurs de fonds se répartissent à travers les différentes actions des trois programmes budgétaires (Tableau 4). Les programmes 2 et 3 constituent les programmes opérationnels du MSHP et le programme 1 est un programme transversal.

En rappel, le programme 1 comporte 4 actions, le 2, 5 actions et le programme 3 comporte 4 actions.

Tableau 2 : Action des programmes budgétaires

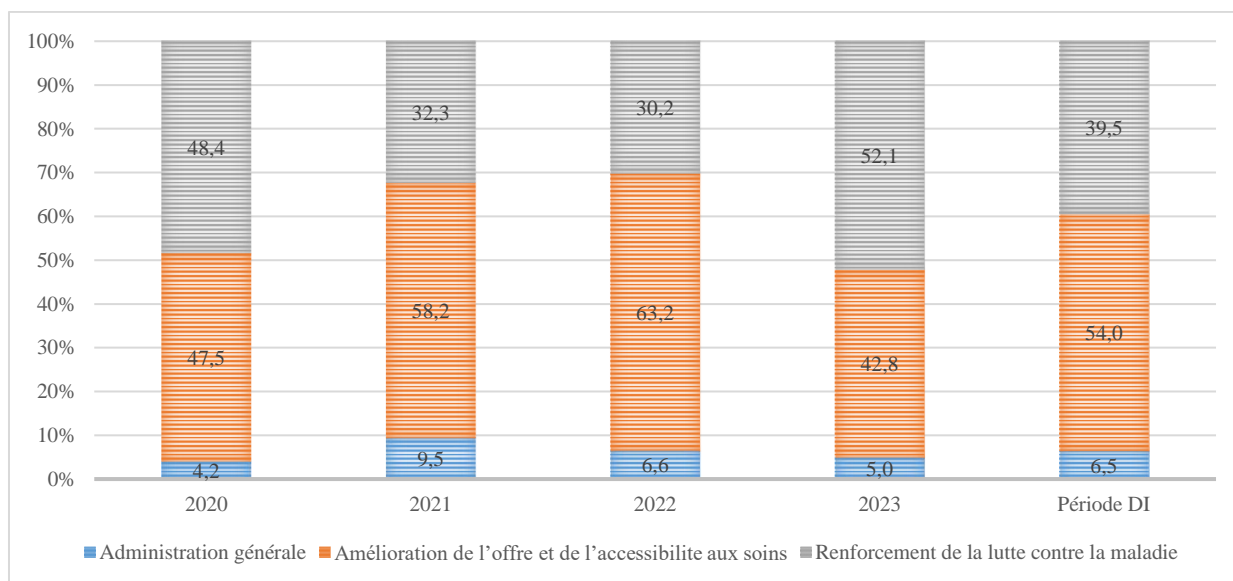
PROGRAMMES	ACTIONS
Administration générale	Coordination et animation
	Planification, programmation et suivi-évaluation
	Gestion des ressources humaines, matérielles et financières
	Information et communication
	Réhabilitation, extension et équipement des infrastructures sanitaires
Amélioration de l'offre et de l'accessibilité aux soins	Construction et équipement des infrastructures sanitaires
	Approvisionnement en médicaments et autres intrants stratégiques
	Prise en charge médicale et autres soutiens aux différents niveaux de la pyramide sanitaire
	Formation et renforcement des capacités des agents de santé

Renforcement de la lutte contre la maladie

- Renforcement de la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose
- Renforcement de la lutte contre les autres maladies transmissibles et non transmissibles et les maladies tropicales négligées
- Prévention de la santé de de l'hygiène publique et promotion des bonnes pratiques nutritionnelles
- Renforcement de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes

De l'analyse des engagements budgétaires des bailleurs de fonds par programme budgétaire (graphique 8 ci-dessous), il ressort que les financements sont plus orientés dans l'ensemble vers le programme 2 (54,0% sur toute la période du DI). Cependant, il est important de noter qu'en 2020 (48,4%) et en 2023 (52,1%), les engagements budgétaires sont plus orientés vers le programme 3. Les bailleurs de fonds orientent seulement 6,5% de leurs financements vers le programme budgétaire 1 qui consiste en l'administration générale (coordination, supervision entre autres).

Graphique 8 : Engagements budgétaires des bailleurs de fonds par programme

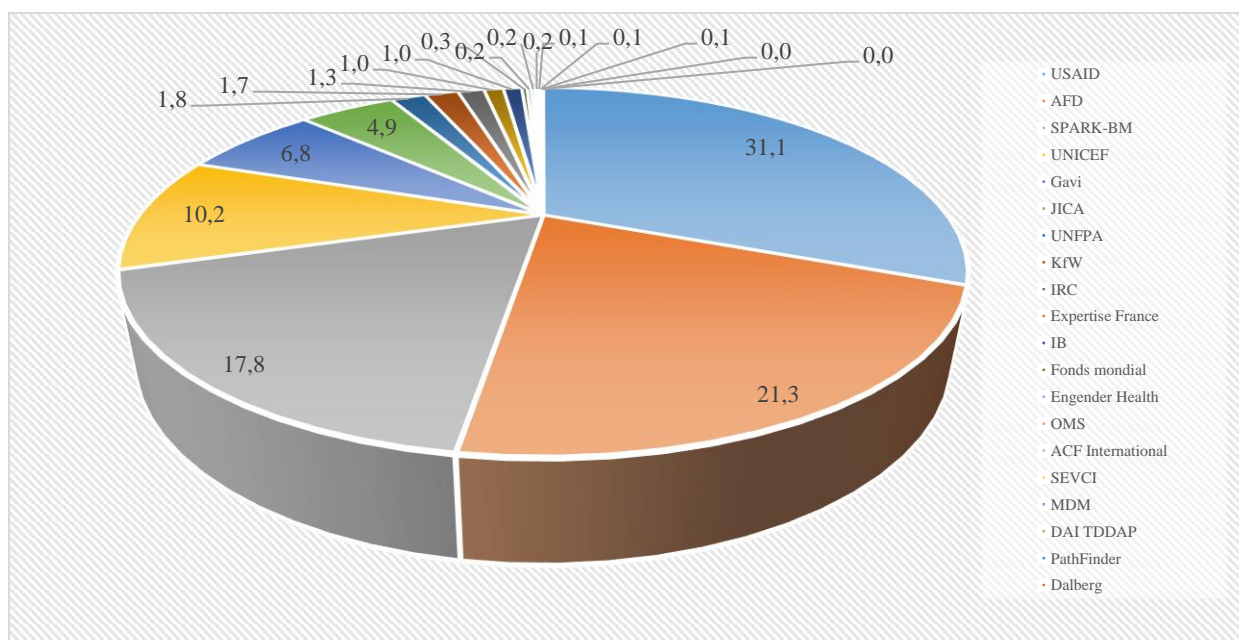


Source : Experts de la Banque mondiale

IV.6. Principales agences d'exécution

Dans la mise en œuvre du DI en Côte d'Ivoire, certains bailleurs de fonds font recours à des agences d'exécution pour réaliser leurs activités sur le terrain. Ces agences d'exécution peuvent être des administrations publiques, des structures parapubliques, des structures privées, d'autres partenaires techniques et financiers (PTFs) ou des organisations de la société civile. D'après le graphique 9 ci-dessous, les principales agences d'exécution sont l'USAID (31,1% des engagements budgétaires des bailleurs de fonds), l'AFD (21,3%), SPARK-BM (17,8%), l'UNICEF (10,2%), GAVI (6,8%), JICA (4,9%), UNFPA (1,8%), KfW (1,7%), IRC (1,3%), Expertise France (1,0%) et IB (1,0%).

Graphique 9 : Principales agences d'exécution utilisés par les bailleurs de fonds dans le cadre de la mise en œuvre du DI



Source : Experts de la Banque mondiale

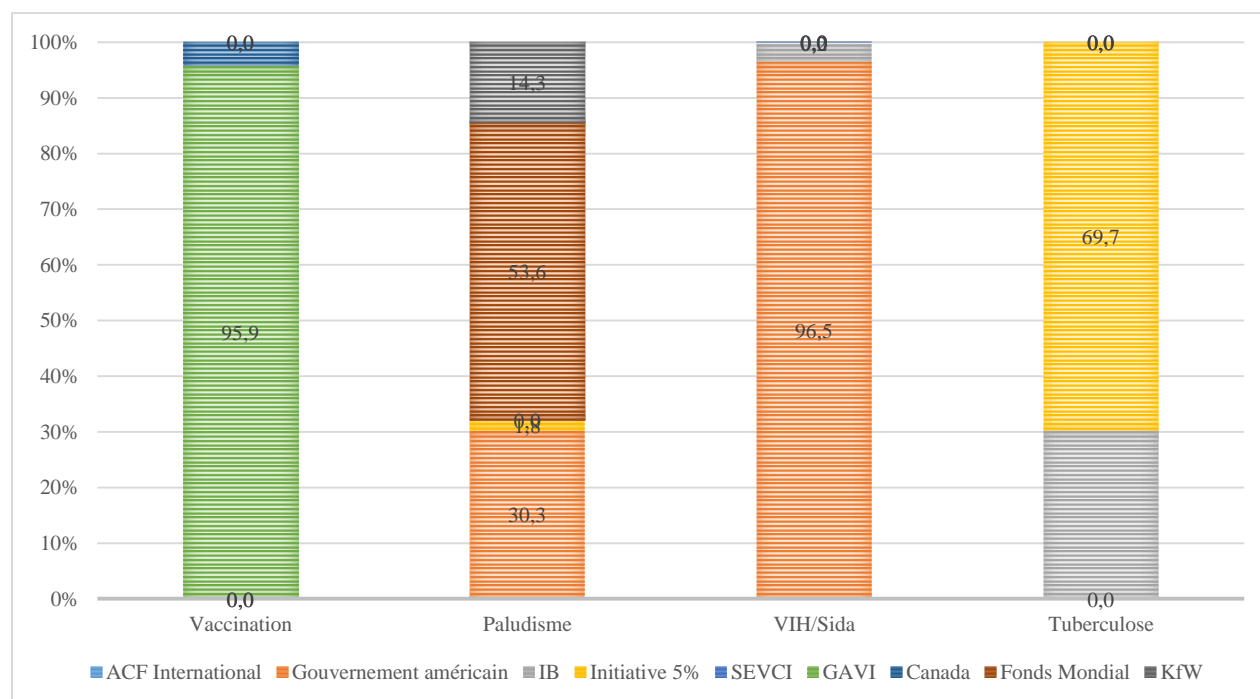
IV.7. Analyses spécifiques de la cartographie des ressources budgétaires et financières pour les services de vaccination, de VIH/Sida/TB et de paludisme

Du fait des enjeux futurs dans le cadre de la mise en œuvre du GFF, des analyses spécifiques ont été conduites sur la cartographie des ressources budgétaires et financières pour les services

de vaccination, de VIH/Sida, de tuberculose et de paludisme. Il en ressort que les ressources captées auprès des bailleurs de fonds pour la vaccination dans le cadre de la mise en œuvre du DI GFF sur la période 2020-2023 sont évaluées à 34.037.381.484 FCFA (tableau ... en Annexe). D'après le graphique 10 ci-dessous, GAVI (95,9%) et le Canada (4,1%) sont les principaux bailleurs de fonds qui accompagnent l'État dans la vaccination.

Pour le paludisme, les engagements budgétaires identifiés sont de l'ordre 42.341.236.051 FCFA sur la période du DI ; et proviennent principalement du Fonds Mondial (53,6%), du Gouvernement américain (30,3%), du KfW (14,3%) et de l'Initiative 5% (1,8%).

Graphique 10 : Part (%) des engagements budgétaires des bailleurs de fonds pour certains services spécifiques de santé



Source : Experts de la Banque mondiale

Les engagements budgétaires des bailleurs de fonds pour le service de VIH/Sida sont estimés à 133.266.050.724 FCFA sur la période 2020-2023 (Tableau ... En annexe). Les principaux bailleurs de fonds qui accompagnent principalement l'État dans la lutte contre le VIH/Sida sont le Gouvernement Américain (96,5%), l'IB (3,2%) et l'Initiative 5% (0,2%) (Graphique 10 ci-dessus).

Pour la lutte contre la tuberculose, les données collectées auprès des bailleurs de fonds estiment leurs engagements budgétaires à 2.018.345.135 FCFA sur la période du DI (Tableau ... en annexe). L'Initiative (69,7%) et l'IB (30,3%) sont les principaux bailleurs de fonds qui accompagnent l'État dans cette lutte (Graphique 10).

IV.8. Analyses spécifiques de la cartographie des ressources budgétaires et financières pour la riposte à la Covid-19

Le plan de riposte santé contre la Covid-19 élaboré par le Gouvernement de la Côte d'Ivoire en mars 2020 s'est axé sur les objectifs ci-après : (i) limiter la progression du COVID-19, (ii) prendre correctement en charge les cas de COVID-19 en assurant la sécurité de la chaîne des intervenants, (iii) intervenir rapidement en cas de flambées d'épidémies COVID-19, et (iv) renforcer le dispositif de sécurité sanitaire et le cadre institutionnel. En date du 22 mars 2020, le coût de ce plan se chiffrait à 95.880.020.628 FCFA.

Plusieurs partenaires ont répondu favorablement à l'appel de gouvernement pour soutenir financièrement la mise en œuvre des activités du plan de riposte. En fin mai 2020, les contributions annoncées des différentes parties se chiffraient à un total de 104.648.746.331 FCFA. On note qu'en dehors de l'Etat qui finance presque un quart (23,64%) de ce plan, c'est la Banque Mondiale à travers son nouveau projet Covi-19 (35 millions USD) et le projet existant SPARK (40 millions USD) qui est le plus gros contributeur du plan, couvrant plus de 38% des financements. L'AFD est également un partenaire important avec 22% des financements. Ces trois acteurs sus-cités financent 84% du plan de riposte.

Tableau 3 : contribution au plan de riposte par source de financement

Source de financement	Montant (FCFA)	Proportion (%)
État	24 734 950 000	23,64
Banque mondiale	40 079 319 555	38,3
AFD	23 250 057 165	22,22
Union Européenne	5 411 645 250	5,17
Fonds Mondial	3 451 698 861	3,3
KFW	2 000 000 000	1,91
UNICEF	1 365 500 000	1,3
MSF	1 262 488 000	1,21
USAID	960 360 000	0,92
PNUD	612 576 600	0,59
GAVI	600 000 000	0,57
OIM	282 000 000	0,27
CDC	267 000 000	0,26
OMS	89 984 400	0,09

UNFPA	85 956 500	0,08
IRC	57 570 000	0,06
BIT	30 000 000	0,03
IPAS	29 640 000	0,03
ONUSIDA	21 000 000	0,02
ONU-FEMME	18 000 000	0,02
UNESCO	15 000 000	0,01
HCR	12 000 000	0,01
PAM	12 000 000	0,01
Total	104 648 746 331	100

Source : données transmises par les partenaires

Il faut cependant relever que ce plan va considérablement évoluer compte tenu de la dynamique de la pandémie. De plus, il ne couvrait qu'une période de trois mois. Ainsi, d'autres partenaires ont manifesté des contributions potentielles. Il s'agit de : BAD, BID, BOAD, et Coopération Allemande

Tableau 4 : Contribution potentielle au Covid-19

Bailleurs	Montant (FCFA)
BAD	52 000 000 000
BID	27 240 000 000
BOAD	15 000 000 000
Coopération Allemande	8 199 462 500
Total	102 439 462 500

Source : données transmises par les partenaires

V. DEFIS/LIMITES

Cette analyse comporte plusieurs limites. Premièrement, la collecte des données a porté uniquement sur les financements des bailleurs et dans une moindre mesure les financements de l'État, et n'a pas pris en compte celles des ménages, qui pourtant représentent la principale source de financement de la santé en CIV (39,35% selon les CNS 2019), et du secteur privé.

Deuxièmement, l'analyse repose sur les données auto-déclarées des donateurs, qui n'ont pas toujours été communiquées en détail. En effet, la plupart des donateurs ou le Gouvernement n'ont pas rempli les champs sur le niveau de l'intervention, la région et la population cible du financement.

Troisièmement, l'analyse est basée sur la temporalité de l'exercice fiscal ivoirien, cependant, les différents donateurs ont des exercices fiscaux différents. Bien que des modifications aient

été apportées pour s'assurer que les exercices financiers correspondent les uns aux autres, ces données sont auto-déclarées.

Une autre limite tient à l'exactitude des projections pour l'avenir. De nombreux organismes n'ont pas été en mesure de présenter des renseignements sur leur financement futur et ont indiqué qu'ils espèrent les fournir sur les nouveaux fonds au fur et à mesure qu'ils se présenteront. De même, il a été impossible d'obtenir du Ministère de la santé des données budgétaires prospectives. Ainsi, la présente analyse porte sur les réels financements pour 2019-2020 et montre l'évolution entre 2021 et 2023.

En fin, une limite importante est en lien avec les financements de la lutte contre la Covid-19, qui sont des financements non programmatiques et dérogeant en grande partie aux normes budgétaires. Par conséquent, ces financements ne sont pas traduits en fonctionnalité et arborescence du budget programme, ce qui a rendu impossible de faire les analyses du financement de la Covid-19 selon le budget programme. De plus, la question de l'additionnalité ou de la réallocation des fonds n'a pu être abordée dans cette analyse. Pour cette raison, les financements Covid-19 sont présentés séparément des financements du DI. Tout au moins, la réalité est que les financements de la lutte contre la Covid-19 sont dans certains cas des ressources additionnelles, mais dans d'autres cas, il s'agit des ressources réallouées. La BM par exemple avec son nouveau projet Covid-19 apporte des ressources nouvelles de 35 millions de dollar et à travers son projet CERC existant réalloue une partie de ses fonds à hauteur de 40 millions de dollar. Cette limite rend difficile de faire un rapprochement entre le DI et la réponse Covid-19.

VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La réalisation de la cartographie a concerné aussi bien les données financières de l'État que sur des bailleurs de fond collectées auprès des partenaires techniques et financiers.

Les résultats démontrent l'importance contributive et son rôle dans le financement du secteur de la santé. Ils font ressortir également les préférences d'orientations des uns et des autres dans les intentions de financements. Dans le sens de la synergie d'action dans le financement du secteur, la cartographie oriente les choix d'investissement en rapport avec davantage les priorités nationales. La CR peut permettre d'identifier les chevauchements potentiels entre les partenaires de développement et d'assurer l'alignement sur les priorités nationales déterminées par le Gouvernement.

Cependant, la réalisation d'un tel exercice nécessite une collecte de données prenant en compte tous les aspects de l'analyse préconisée. On constate que pour le présent exercice, une des difficultés relever concerne les données détaillées sur les engagements budgétaires et les dépenses de l'État, la complétude (surtout sur les projections 2021-2023) et les détails des données des bailleurs de fonds. Aussi, l'absence de la répartition des données budgétaires et des dépenses n'ont pas permis de conduire des analyses plus approfondies sur les disparités régionales pour mieux l'équité que promet le DI.

Néanmoins, si l'exercice de cartographie des ressources se mène de façon réplétive, elle gagnerait en qualité chaque année par la qualité des données collectées. Ainsi, une base de données contenant des informations détaillées sera mise à la disposition des principaux acteurs en vue de leur permettre la prise de décision de manière efficiente.

Il est donc recommandé que des dispositions soient prises afin de faire de l'exercice de cartographie une activité récurrente.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

MSHP, 2019, Financement de la Santé : Dossier d'Investissement 2020-2023, Abidjan

PERROT J, 2002, Analyse de l'allocation des ressources financières au sein d'un système de santé, WHO, Genève

ANNEXES

Tableau A1 : Distribution des engagements budgétaires des bailleurs de fonds par années (en x 1000 FCFA)

Source de financement	2020	2021	2022	2023	Total
Gouvernement américain	41637927,1	43454478,1	40091047,7	40091047,7	165274500,6
AFD	38600843,03	28933055,85	44393525,94	10490967,94	122418392,8
Banque Mondiale	4363831,412	40636462,49	32236584,44	13639026,41	90875904,75
GAVI	10456330,78	10254684,19	8448166,1	6949071,25	36108252,32
Fonds Mondial	23278718,77	0	0	0	23278718,77
JICA	11931000	11931000	600000	600000	25062000
GFF	280000	5545000	3925000	250000	10000000
KFW	5247656	3607763,5	0	0	8855419,5
UNICEF	1842524,467	2062874,483	2195973,067	2593567,85	8694939,867
Initiative 5%	4508168,124	350403,702	350403,702	0	5208975,528
IB	4920373,748	0	0	0	4920373,748
Canada	1327340,646	746181,776	612386,02	502127,52	3188035,962
KOICA	1524792,812	915462,5678	406035,474	86433,84275	2932724,696
UNFPA	640811,875	1019463,555	628863,4	96886,9	2386025,73
SEVCI	497401,404	0	0	0	497401,404
Fondation Hewlet/Fondation Packar	374265,755	825000	0	0	1199265,755
Charity Water	660000	440000	0	0	1100000
OMS	1007050	0	0	0	1007050
UE	249003,1868	273573,6992	186000	186000	894576,886
ACF International	848583,6643	6560	0	0	855143,6643
Muscoka	411527,6	177840,85	29461,85	2629	621459,3
DAI TDDAP	101750	101750	101750	0	305250
LDS	165000	0	0	0	165000
Amplity Change	106339,94	0	0	0	106339,94
PAI	12587,663	0	0	0	12587,663
Dalberg	36663	0	0	0	36663

Tableau A2 : Distribution des engagements budgétaires des bailleurs de fonds par priorités d'intervention du DI et selon années (en x 1000 FCFA)

Priorités d'intervention	2020	2021	2022	2023	Total
Santé communautaire	35440619,68	28029181,6	17214745,65	15844618,87	96529165,8
Qualité des soins primaires	89601042,58	75989828,54	82972929,36	37657927,53	286221728
Chaînes d'approvisionnement	12739079,98	12547057,73	10354104,44	7166663,966	42806906,12
Ressources humaines	9208233,943	6546379,46	3436900,045	2170460,799	21361974,25
Systèmes d'information sur la santé	3563679,181	7244609,293	5458671,1	2842545,169	19109504,74
Renforcement de l'intégration du Secteur Privé	0	0	0	0	0
CMU et autres réformes du secteur de la santé	4477835,617	20924498,14	14767847,09	9805542,072	49975722,92

Tableau A3 : Distribution des engagements budgétaires par agences d'exécution et par année (en x1000 FCFA)

Agences d'exécution	2020	2021	2022	2023	Total
ACF International	848583,7	6560,0	0,0	0,0	855143,7
AFD	33399678,4	25485801,7	42188151,9	8944420,8	110018052,7
DAI TDDAP	101750,0	101750,0	101750,0	0,0	305250,0
Dalberg	45828,8	0,0	0,0	0,0	45828,8
Engender Health	330000,0	825000,0	0,0	0,0	1155000,0
Expertise France	4508168,1	350403,7	350403,7	0,0	5208975,5
Fonds mondial	1386116,6	0,0	0,0	0,0	1386116,6
Gavi	9423690,6	10254684,2	8448166,1	6949071,3	35075612,1
IB	4911208,0	0,0	0,0	0,0	4911208,0
IRC	3158821,1	3803430,4	0,0	0,0	6962251,5
JICA	11931000,0	11931000,0	600000,0	600000,0	25062000,0
KfW	5247656,0	3607763,5	0,0	0,0	8855419,5
MDM	141909,4	243266,0	0,0	0,0	385175,4
OMS	1007050,0	0,0	0,0	0,0	1007050,0
PathFinder	163193,4	0,0	0,0	0,0	163193,4
SEVCI	497401,4	0,0	0,0	0,0	497401,4
SPARK-BM	4643831,4	40442966,7	33304658,6	13323820,2	91715276,9
UNFPA	2975301,7	3629978,8	1911617,2	676155,9	9193053,7
UNICEF	30218254,8	10507902,1	7209402,4	4903242,5	52838801,9
USAID	40091047,7	40091047,7	40091047,7	40091047,7	160364190,8

Tableau A4 : Engagements budgétaires des bailleurs de fonds par année pour certains services spécifiques de santé

Service spécifique	2020	2021	2022	2023	Total
Paludisme	29989184,1	5720801,1	3424951,6	3206299,3	42341236,1
Tuberculose	2018345,1	0,0	0,0	0,0	2018345,1
VIH/Sida	37099015,5	34297965,4	30934535,0	30934535,0	133266050,7
Vaccination	8721232,2	9114656,8	8850293,6	7351198,8	34037381,5