

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union-Discipline-Travail



CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES ET DE SUIVI DES DEPENSES DU SECTEUR DE LA SANTE

Rapport Final

Mars 2024



OECONOMIA

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	3
REMERCIEMENTS	4
1 INTRODUCTION	5
1.1 Contexte et enjeux.....	5
1.2 Objectifs et résultats attendus de la cartographie des ressources.....	6
2 METHODOLOGIE	7
2.1 Phase préparatoire	7
2.2 Processus de collecte des données.....	7
2.3 Méthode de saisie et de traitement des données.....	8
2.4 Analyse et interprétation des données.....	9
3 RESULTATS DE LA CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES	9
3.1 Analyse du financement du Plan National de Développement Sanitaire.....	9
3.2 Analyse du financement du dossier d'investissement.....	17
3.3 Analyse de l'équité du financement au niveau infranational	21
4 CONCLUSION	27
LISTE DES ANNEXES	28

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures

Figure 1 : Les cinq étapes clés de la cartographie des ressources	7
Figure 2 : Sources de financement du PNDS pour la période 2021-2025.....	10
Figure 3 : Répartition annuelle des ressources par source de financement du PNDS.....	10
Figure 4 : Estimation du déficit de financement global du PNDS pour la période 2021-2025.....	15
Figure 5 : Estimation du déficit de financement annuel du PNDS pour la période 2021-2025.....	15
Figure 6 : Estimation des besoins de financement du PNDS par axe stratégique (2021-2025)	16
Figure 7 : Estimation des besoins de financement du PNDS par effet (2021-2025)	17
Figure 8 : Estimation des ressources disponibles et du déficit de financement du DI (2021-2023)	19
Figure 9 : Ecarts de financement annuel du DI au cours de la période 2021-2023	19
Figure 10 : Ecarts de financement par axe stratégique du DI au cours de la période 2021-2023... ..	20
Figure 11 : Ecarts de financement par intervention prioritaire du DI pour la période 2021-2023... ..	20
Figure 12: Comparaison du budget par habitant avec des indicateurs de mortalité par région	23
Figure 13: Comparaison du budget par habitant avec des indicateurs de santé infantile par région	23
Figure 14: Comparaison du budget par habitant avec des indicateurs d'utilisation des services par région	24
Figure 15: Comparaison du budget par habitant avec des indicateurs d'offre de services par région	25

Tableaux

Tableau 1 : Résumé des partenaires ciblés et ayant complété le formulaire de collecte des données	8
Tableau 2: Répartition des financements extérieurs par bailleur pour la période 2021-2025.....	11
Tableau 3 : Répartition des financements par priorités du PNDS pour la période 2021-2025 (en USD)	13
Tableau 4 : Taux d'exécution budgétaire par source de financement (2021)	17
Tableau 5: Coûts annuels de mise en œuvre du DI par priorité en USD	18
Tableau 6: Répartition du financement total et par habitant au niveau infranational pour 2021-2025	21
Tableau 7: Répartition du financement selon les régions définies comme prioritaires dans le DI	26

REMERCIEMENTS

Cette étude a été menée par la Direction de l'Economie de la Santé (DES), la Direction des Affaires Financières (DAF) et la Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS) du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) avec l'appui financier du Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child (GFF) et l'appui technique d'une équipe de consultants composée de M. Thomas Engels (consultant international / économiste de la santé) et M. Roland Assogba (consultant national / économiste de la santé).

Les auteurs tiennent à remercier sincèrement Dr. Djénéba Ouattara (Conseiller du Premier Ministre et Point focal GFF), Dr. Fieny Ambroise Kobenan (Membre du Cabinet du Ministre de la Santé et Officier de Liaison du GFF), Charlotte Pram Nielsen (Senior Health Specialist, SRHR & Gender au Secrétariat du GFF), et Alexandre Guebo (Conseiller Technique du MSHPCMU) pour leurs orientations, contributions, facilitation et suivi dans le cadre de la réalisation de cette étude.

Enfin nos remerciements vont également aux Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ainsi que toutes les organisations enquêtées pour les informations précieuses qui ont été fournies, sans lesquelles cette cartographie des ressources et suivi des dépenses du secteur de la santé n'aurait pas été possible. En particulier, l'équipe tient à saluer Dr. Serge Mayaka Ma-Nitu (Point Focal P4H en Côte d'Ivoire) pour son appui précieux dans le cadre de la collecte des données auprès des PTF Santé.

1 INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE ET ENJEUX

Le Mécanisme de Financement Mondial

Le Mécanisme de Financement Mondial (GFF)¹ est un partenariat multipartite qui vise à intensifier les efforts et accroître les ressources financières pour la santé maternelle et infantile dans les pays à forte charge de morbidité avec une part de plus en plus importante accordée aux financements domestiques². Parallèlement, et dans une logique d'efficacité, le GFF aide les autorités nationales à canaliser ces fonds additionnels vers les actions à forts impacts et à mieux définir leurs priorités d'intervention sectorielles dans l'objectif d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) d'ici 2030.

Partant de ce mandat, l'intervention du GFF repose en général sur deux aspects clés : (i) la mise en place ou la redynamisation d'une plateforme nationale favorisant les échanges entre le gouvernement et les PTF au niveau sectoriel, et (ii) le développement d'un dossier d'investissement (DI). Le DI est un plan qui reprend les priorités du secteur de la santé, qui est cohérent avec les ressources disponibles à court terme, et qui aide les autorités à renforcer leur système de financement de la santé afin de générer un financement domestique plus important et durable. Outre l'établissement des priorités en matière de santé, il est également important pour les intervenants de disposer d'informations relatives aux coûts, aux ressources disponibles et aux dépenses qui sont réalisées dans le cadre de la mise en œuvre des programmes et actions prioritaires définies pour le secteur de la santé et la SRMNIA-N. Ces deux derniers points sont au cœur du présent exercice de Cartographie des Ressources et Suivi des Dépenses (CRSD). Ces données devant permettre d'informer le processus de planification et de budgétisation du gouvernement et de ses partenaires pour le secteur de la santé.

La Côte d'Ivoire est devenue un pays bénéficiaire du GFF en novembre 2017 et a accueilli cette opportunité en vue d'accélérer le rythme de mise en œuvre de réformes ambitieuses et la mobilisation des financements en faveur des priorités nationales pour la santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, envisagée comme un point d'entrée au renforcement de l'ensemble du système de santé du pays. Le MSHPCMU a élaboré un premier DI couvrant la période 2020-2023. Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2025 est le document stratégique sur lequel le nouveau DI s'appuiera avec l'objectif de mieux aligner les contributions externes et nationales aux priorités du secteur de la santé et en matière de santé maternelle et infantile. Les autorités sanitaires en Côte d'Ivoire ont déjà entrepris deux exercices de cartographie des ressources à ce jour. Avec l'appui du GFF, le MSHPCMU, en liaison avec la Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé (PNCFS), s'est engagé à mettre à jour les données relatives à la cartographie des ressources et au suivi des dépenses dans le secteur de la santé dont les résultats sont présentés dans ce rapport.

Les priorités du secteur de la santé en Côte d'Ivoire

Malgré le statut de pays à revenu intermédiaire de la Côte d'Ivoire, son profil de santé est comparable à celui de pays à faible revenu et ses résultats en matière de santé sont parmi les plus faibles de la région. Et de plus, le profil épidémiologique évolue vers le triple fardeau avec 63% de maladies transmissibles non encore contrôlées, 31% pour les maladies non transmissibles et 6% pour les traumatismes³. Le Gouvernement ivoirien à travers le Ministère en charge de la Santé a entrepris de nombreux efforts qui ont contribué à améliorer les indicateurs de santé materno-infantile. Ces efforts

¹ Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child (GFF) en anglais

² Lancé lors de la conférence sur le financement du développement à Addis-Abeba en juillet 2015, le GFF est un partenariat qui comprend des organisations de la société civile, le secteur privé, des agences de l'ONU, GAVI, le Fonds Mondial ainsi que les gouvernements des pays bénéficiaires. Plus de 65 pays à revenus faibles ou intermédiaires ont signé un accord de partenariat avec le GFF.

³ Source : Dossier d'investissement de Côte d'Ivoire 2020-2023

ont permis la réduction significative du taux de mortalité maternelle de 614 pour 100 000 à 385 pour 100 000 en 2021. Cependant il existe encore des défis persistants auxquels le système de santé est confronté.

Le Gouvernement de Côte d'Ivoire à travers le Ministère en charge de la Santé élabore tous les cinq ans le Plan Stratégique du secteur de la santé. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) est le document national d'opérationnalisation de la politique publique de santé qui définit de manière quinquennale les axes stratégiques prioritaires du système de santé du pays. Le PNDS 2021-2025 comporte trois priorités stratégiques qui se déclinent en sept résultats correspondant aux changements souhaités en matière d'amélioration de l'état de santé des populations. Ces priorités stratégiques sont : i) l'amélioration de la gouvernance et du financement de la santé, ii) le renforcement de l'offre et l'accessibilité des populations aux soins, et iii) le renforcement de la promotion de la santé et de la lutte contre les maladies. Les effets attendus sont les suivants : les acteurs aux niveaux central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent une gouvernance et un financement efficaces, et inclusifs (Effet 1) ; le système de planification, de suivi et d'évaluation utilise adéquatement l'information sanitaire pour la prise de décision (Effet 2) ; le système de santé réalise les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessibles (Effet 3) ; le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires (Effet 4) ; le système de santé prend efficacement en charge les maladies (Effet 5) ; le système de santé apporte une réponse efficace aux urgences de santé publique (Effet 6) ; les populations en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé (Effet 7). Le chiffrage pour la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 a été réalisé à l'aide de l'outil de planification et de budgétisation One Health. Le budget requis a ainsi été estimé à un total de 6 212,24 milliards de FCFA (soit moins 11 milliards de dollars US), dont 16% en dépenses d'investissement et 84 % en dépenses de fonctionnement.

Le Dossier d'Investissement 2020-2023 pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et des adolescents qui est arrivé à échéance comporte quatre axes stratégiques et sept interventions prioritaires qui y sont associés. Les axes stratégiques sont : mobiliser la communauté pour accroître la demande de soins et changer les pratiques (Axe 1), améliorer l'offre de services de santé de qualité (Axe 2), renforcer le système de santé et élargir la gamme de services et produits (Axe 3), et mobiliser les ressources pour améliorer l'accessibilité et la demande de services (Axe 4). Ces différents axes prioritaires se déclinent ensuite en interventions prioritaires dont : 1) le renforcement de la santé communautaire, 2) l'amélioration de la qualité des soins, 3) le renforcement de l'intégration du secteur privé, 4) le renforcement de la chaîne d'approvisionnement, 5) l'amélioration de la disponibilité de personnels qualifiés, 6) le renforcement du système d'information sanitaire, et enfin 7) la mise en place des réformes pour améliorer la performance globale du système de santé. Le financement total nécessaire au DI sur quatre ans (2020-23) pour une couverture nationale se chiffre à 1 413 milliards de francs CFA, soit un coût moyen annuel de 353,25 milliards de francs CFA.

1.2 OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE LA CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES ET DE SUIVI DES DEPENSES

1.3

L'objectif général est d'appuyer le MSHPCMU dans sa stratégie de mobilisation et d'allocation des ressources en vue d'un meilleur alignement des contributions du Gouvernement et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) aux priorités du secteur de la santé en Côte d'Ivoire, telles que définies dans le PNDS 2021-2025 et le DI existant pour la SRMNIA (2020-2023).

Il s'agit plus spécifiquement pour ce nouvel exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses : i) d'actualiser les données du dernier exercice de CRSD réalisé en 2020, ii) informer le processus de priorisation dans le cadre de l'élaboration du nouveau DI, et iii) de renforcer l'institutionnalisation du processus de cartographie des ressources et de suivi des dépenses du secteur de la santé en Côte d'Ivoire.

Les résultats attendus sont les suivants :

- les sources de financement pour la mise en œuvre du PNDS et du DI sont analysées ;
- le degré d'alignement des ressources domestiques et extérieures aux priorités nationales est évalué ;
- l'écart de financement est estimé (mise en perspective des engagements budgétaires avec le coût estimé des interventions axées sur priorités nationales) ;
- la concordance entre les montants engagés et les dépenses réellement décaissées (taux d'exécution) estimée ;
- le niveau d'équité en termes de financement infranational de la santé est évalué (en fonction de la population et des besoins en matière de santé des 33 régions sanitaires du pays).
- l'appui à l'institutionnalisation du processus de CRSD.

La cartographie des ressources et de suivi des dépenses a été menée par des membres la Direction de l'Economie de la Santé (DES), de la Direction des Affaires Financières (DAF), la Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS) du MSHPCMU, avec l'appui d'une équipe de consultants et en collaboration étroite avec les équipes de la Banque Mondiale et du GFF.

2 METHODOLOGIE

L'exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses a démarré au cours du dernier trimestre de 2021 en suivant les cinq étapes comme indiqué dans le schéma suivant :

Figure 1 : Les cinq étapes clés de la cartographie des ressources et de suivi des dépenses



2.1 PHASE PREPARATOIRE

La phase préparatoire comprenait : (i) la revue documentaire y inclus les documents stratégiques et les données utiles pour l'exercice de cartographie, (ii) l'identification des partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur de la santé, (iii) des sessions d'orientation et de cadrage de l'exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses avec le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, (iv) l'adaptation et le paramétrage des outils standards de collecte, d'analyse et de visualisation des données de la cartographie des ressources et de suivi des dépenses développés par le GFF⁴, (v) le pré-test des outils en collaboration avec l'équipe de l'Unité de Coordination des Projets Santé de la Banque Mondiale (UCP Santé-BM)⁵, et (vi) la validation des outils avec les membres du Groupe de Travail Technique sur le Financement de la Santé (GTT-FS).

2.2 PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES

Portant sur la période 2021-2025, le périmètre de la cartographie des ressources et de suivi des dépenses couvre à la fois les engagements financiers du gouvernement (ou entités assimilées) et des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé. Des données concernant les dépenses exécutées pour l'année 2021 ont également été collectées. Des informations concernant la répartition

⁴ Forte de l'expérience acquise dans d'autres pays, l'équipe du GFF a développé une série d'outils sous Excel visant à standardiser et faciliter la collecte et l'analyse des données de cartographie comprenant (i) un formulaire de collecte des données et (ii) une matrice de saisie, d'analyse et de visualisation des données.

⁵ [UCP-SANTE BM - Site officiel de l'Unité de Coordination des Projets Santé de la Banque Mondiale \(ucpsante-bm.org\)](https://ucpsante-bm.org)

des ressources financières par région sanitaire ont également été recueillies pour chaque programme / projet (ou leurs composantes).

La cartographie des ressources et de suivi des dépenses s'est reposée essentiellement sur la collecte de données auprès du MSHPCMU et des PTF retenus lors de la phase préparatoire via un formulaire de collecte des données préalablement adapté et paramétré pour celle-ci en Côte d'Ivoire. Le formulaire validé a été envoyé à chaque organisation accompagné d'un guide d'utilisation pour le remplissage du formulaire. Le tableau suivant présente un résumé du nombre d'entités publiques ou assimilées et de PTF ayant retourné le formulaire de collecte des données complété.

Tableau 1 : Résumé des partenaires ciblés et ayant complété le formulaire de collecte des données

Catégories	Ciblés	Réponses	Taux de réponse (%)
Structures étatiques	10	10	100%
Agence de Coopération Bilatérale / Technique	13	8	62%
Agence des Nations Unies	11	6	55%
Banque de Développement / Investissement	3	1	33%
ONG Internationale	12	3	25%
Partenariat / Alliance	2	2	100%
Total	51	30	59%

Sur un total de 51 entités ciblées pour la cartographie des ressources et de suivi des dépenses, 30 (59%) ont été pris en compte dans l'analyse. Le taux de réponse varie selon la catégorie avec 100% pour les structures de l'Etat ciblées⁶ et 49% au niveau des partenaires techniques et financiers de la santé. Plus spécifiquement le taux de réponse s'élève à 100% pour la catégorie « Partenariats et Alliances mondiales », 62% pour « les agences de coopération bilatérales ou techniques », 55% pour « les agences des Nations Unies », 33% pour « les banques de développement ou d'investissement » et 25% pour « les ONG internationales » ciblées par la cartographie. Le niveau de réponse est globalement satisfaisant mais les taux de réponse pour certaines catégories de PTF sont insuffisants, ce qui représente une limite de cet exercice de CRSD.

L'estimation des coûts liés à la mise en œuvre des priorités définies pour le secteur de la santé provient des exercices de cadrage budgétaire réalisés lors de l'élaboration du PNDS et du DI.

2.3 METHODE DE SAISIE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES

Saisie et encodage des données

Le formulaire de collecte des données a été renseigné par les partenaires avec l'appui de l'équipe chargée de la cartographie. Les répondants ont ainsi pu lister les programmes et initiatives mises en œuvre et lier ces activités aux priorités établies pour le secteur de la santé en précisant à chaque fois la source du financement, le type d'appui (budgétaire ou extrabudgétaire), la répartition géographique, ainsi que le montant des engagements prévus et les dépenses réalisées au cours de la période étudiée.

Consolidation et traitement des données

Les données collectées ont été saisies et consolidées dans la matrice d'analyse et de visualisation des données préalablement validée. Ce fichier comprend deux sections relatives à la contribution de l'Etat et des PTF qui sont traitées de manière distincte.

⁶ Données obtenues par l'entremise de l'équipe de la DE, de la DAF et de la DPPS du MSHPCMU

En ce qui concerne la contribution de l'Etat, les fonds comprennent les activités et interventions financées par les ressources domestiques et d'éventuels appuis budgétaires qui transitent par le budget de l'Etat. Dans les autres cas, les ressources mises à disposition par les PTF sont comptabilisées comme financements externes, quelle que soit leur modalité de financement (emprunts ou dons). Ce choix vise d'une part à limiter le risque de double comptage des engagements des partenaires et d'autre part à assurer la visibilité des partenaires de l'Etat intervenant en Côte d'Ivoire.

En ce qui concerne les PTF, une triangulation a été effectuée entre les données fournies par les bailleurs de fonds et les agences d'exécution (principalement les agences techniques et les ONG) lorsqu' applicable. Dans le cas où un même financement apparaît chez deux organisations distinctes (bailleur et agence d'exécution), les données ont été réconciliées en privilégiant les données les plus détaillées afin d'éviter de comptabiliser deux fois le même montant. Les informations financières communiquées par les PTF, étant exprimées dans différentes devises, ont été converties en monnaie locale en se basant sur le taux de change moyen historique calculé sur la période 2021-2023..

2.4 ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

L'analyse des données a été réalisée à l'aide de l'outil standard développé par le GFF en lien avec les résultats attendus de la cartographie. Il s'agissait principalement de déterminer les sources de financement, les ressources disponibles et le gap de financement pour la mise en œuvre du PNDS et du DI. Les taux d'exécution budgétaire pour l'année 2021 ont été également calculés⁷. Ces données sont ventilées et présentées par priorité, par région sanitaire et par année sur la période 2021-2025 pour le PNDS et 2021-2023 pour le DI.

Une analyse préliminaire des données a permis d'apprécier la qualité des données collectées et d'identifier un certain nombre de points d'actions en vue de finaliser l'analyse et de produire le rapport final de la cartographie des ressources et suivi des dépenses en Côte d'Ivoire. Il s'agissait notamment de : i) compléter les données concernant les Engagements de l'Etat au-delà de 2023 à partir des informations contenues dans les Lois de Finance portant sur le Budget de l'Etat 2024 et le Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) sectoriel, ii) renforcer l'analyse au niveau infranational en ventilant de manière plus précise les engagements budgétaires de l'Etat par région sanitaire et en sélectionnant un ensemble d'indicateurs sanitaires pour lesquels des données récentes et désagrégées au niveau des régions sont disponibles, iii) revoir et affiner l'analyse granulaire du financement du DI pour s'assurer que les lignes budgétaires contribuent effectivement au financement des interventions prioritaires, et iv) passer en revue le plan d'analyse des données afin de mieux répondre aux besoins spécifiques en matière d'évidence des autorités sanitaires en Côte d'Ivoire et de renforcer la planification et l'efficacité dans l'allocation des ressources au secteur de la santé.

Ces divers points ont été adressés notamment lors des sessions de travail prévues au cours d'un atelier organisé avec l'équipe impliquée dans la CRSD à Grand-Bassam du 19 au 23 février 2024.

3 RESULTATS DE LA CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES ET DE SUIVI DES DEPENSES

3.1 ANALYSE DU FINANCEMENT DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

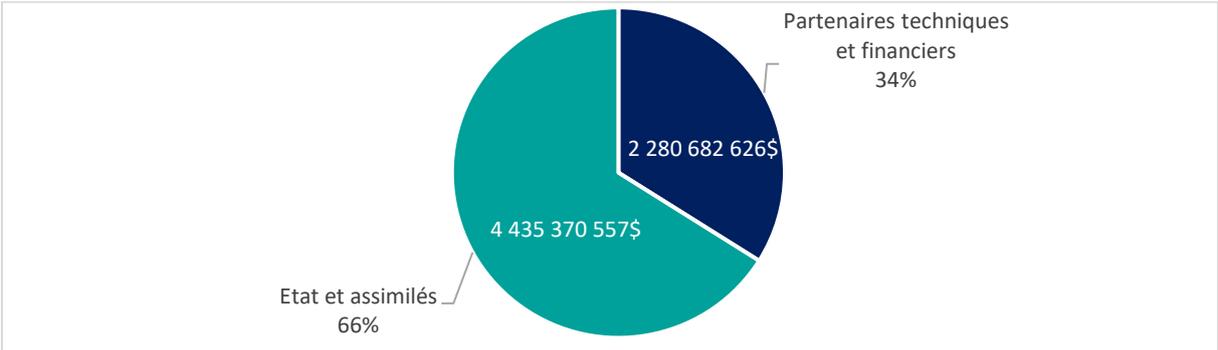
Analyse des sources de financement du PNDS

En ce qui concerne le financement du PNDS sur la totalité de la période 2021-2025, le montant total des engagements budgétaires atteint 6,7 milliards de dollars US (USD), soit 43 USD par habitant et

⁷ A noter que les données concernant les dépenses exécutées en 2022 n'étaient pas encore disponibles au moment du démarrage de la phase de collecte des données.

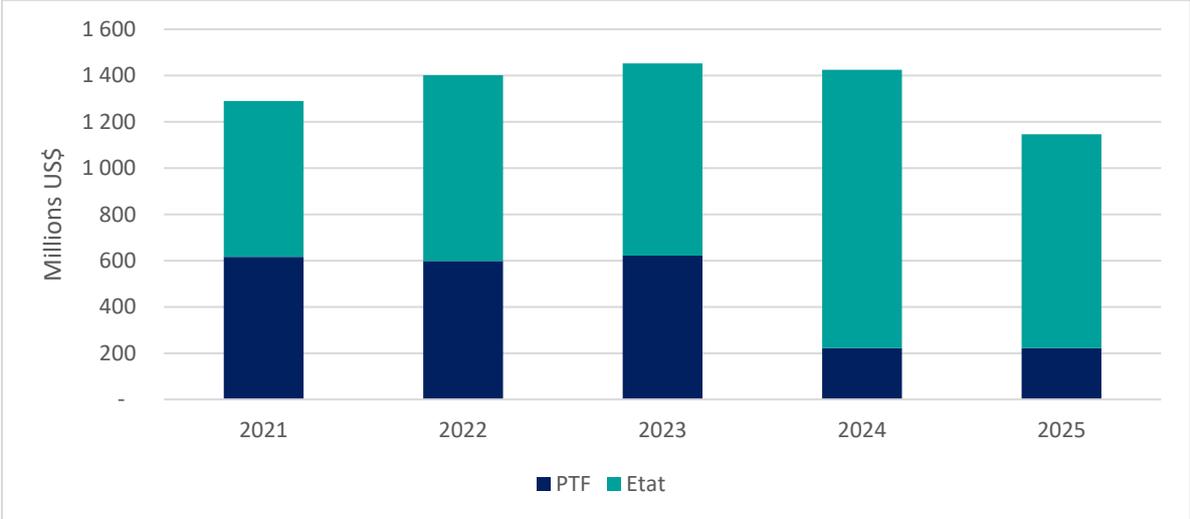
par an en moyenne. La contribution provenant de l'Etat atteint près de 4,4 milliards USD. Le montant des engagements budgétaires des partenaires techniques et financiers est de 2,3 milliards USD. Les ressources financières disponibles pour le secteur de la santé proviennent donc en majorité de l'Etat et entités assimilées (66% contre 34% pour les PTF).

Figure 2 : Sources de financement du PNDS pour la période 2021-2025



Le montant total des engagements budgétaires pour le secteur de la santé varie annuellement entre 1,29 et 1,45 milliards USD sur la période écoulée de mise en œuvre du PNDS (2021-2023), soit un montant par habitant compris entre 44 et 47 USD par habitant. Pour 2024 et 2025, le montant des engagements des PTF est de respectivement 221,8 et 221,2 millions USD. La diminution des financements externes à partir de l'année 2024 s'explique en partie par le manque de visibilité de certains PTF sur leurs engagements futurs⁸. A noter également que les données sur les engagements budgétaires de l'Etat au-delà de 2024 n'étaient pas disponibles au moment de l'analyse et le montant des engagements budgétaires de l'Etat pour 2025 ont été obtenus à partir de projections réalisées avec les données issues du budget de l'Etat 2024 et du Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT).

Figure 3 : Répartition annuelle des ressources par source de financement du PNDS



⁸ Pour 2024 et 2025 puisque la phase de collecte des données auprès des PTF s'étant achevée en 2023

En ce qui concerne l'Etat, 93% du financement du secteur de la santé provient du budget du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et 7% des autres entités publiques ou assimilées⁹. Près des trois quarts du financement externe pour le secteur de la santé (74,9%) provient des quatre bailleurs suivants : le Gouvernement des Etats-Unis, la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, et l'Agence Française de Développement (AFD). Le gouvernement des Etats-Unis est le plus important contributeur au secteur de la santé à travers l'initiative PEPFAR, l'Initiative Présidentielle contre le Paludisme (PMI) et l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). La contribution des PTF dans le secteur de la santé ayant participé à l'étude est présentée dans le Tableau 2. A noter que ce classement est réalisé selon l'origine des financements et non par agent de financement.

Tableau 2: Répartition des financements extérieurs par bailleur pour la période 2021-2025

Nom	%
Gouvernement américain (USAID, PEPFAR et PMI)	29,2%
BM - Banque Mondiale	19,5%
FM - Fonds Mondial	18,3%
AFD - Agence Française de Développement	7,9%
BIDC - Banque d'investissement et de développement de la CEDEAO	3,3%
OMS - Organisation Mondiale de la Santé	3,0%
UNFPA - Fonds des Nations Unies pour les Populations	1,9%
JICA - Agence Japonaise de Coopération Internationale	1,7%
UNICEF - Fonds International des Nations Unies pour l'Enfance	1,6%
Gavi - Gavi l'Alliance du Vaccin	1,1%
GFF - Mécanisme de Financement Mondial	1,1%
KfW - Établissement de Crédit pour la Reconstruction du Gouv. Fédéral Allemand	0,9%
CC - Coopération Canadienne	0,6%
L'Initiative 5%	0,4%
KOICA - Agence Coréenne de Coopération Internationale	0,2%
CW - Charity Water	0,2%
Unitaid	0,2%
Autres	8,7%

Analyse des financements par priorité du PNDS

En ce qui concerne les priorités du PNDS, la répartition des ressources budgétaires est de 469 millions USD (7%) pour l'axe stratégique 1 relatif à l'amélioration de la gouvernance et du financement de la santé, 5,614 milliards USD (84%) pour l'axe stratégique 2 lié au renforcement de l'offre et l'accessibilité des populations aux soins de qualité, et de 633 millions USD (9%) pour l'axe stratégique 3 concernant le renforcement de la promotion de la santé et de la lutte contre les maladies.

Plus de la moitié des engagements budgétaires totaux (58%) vise à ce que le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessible (effet 3). Une part importante des ressources est également allouée afin que le système de santé assure une prise en charge efficace contre les maladies (effet 5) ; que les populations, en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé (effet 7) ; et que le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires (effet 4), soit respectivement 12%, 9% et 8% du total des engagements budgétaires. La part de 13% restante contribue aux autres effets et notamment pour que le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique (effet 6),

⁹ Les données recueillies concernent le MSHPCMU, Ministère de l'Emploi et Protection sociale, Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité, Ministère de la Défense, Ministère du Budget et du Portefeuille de l'Etat, et Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant.

à ce que les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent une gouvernance et un financement efficaces et inclusifs (effet 1), et enfin que le système de planification, de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision (effet 2).

Il ressort de l'analyse de la répartition des financements par priorité et par source que les efforts des bailleurs et de l'Etat portent principalement sur le financement du renforcement de l'offre et l'accessibilité des populations aux soins de qualité (axe stratégique 2), et que la contribution financière des PTF est plus importante que celle de l'Etat concernant l'amélioration de la Gouvernance et du financement de la santé (axe stratégique 1) et le renforcement de la promotion de la santé et de la lutte contre les maladies (axe stratégique 3). La moitié du montant des engagements des PTF vise à ce que le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessibles (effet 3) et une prise en charge efficace contre les maladies (effet 5), à hauteur de 25% chacun. Pour l'Etat, la priorité est accordée à l'effet 3 qui représente 75% des engagements budgétaires de l'Etat.

Chaque axe stratégique et effet du PNDS se décline en un certain nombre de produits qui correspondent aux résultats escomptés. La majorité (61%) des ressources disponibles contribue à trois des résultats escomptés de la manière suivante : 36% pour que système de santé dispose de ressources humaines qualifiées, en quantité suffisante, équitablement réparties et motivées (produit 3.1), 15% pour que le système de santé dispose des infrastructures et équipements adéquats et maintenus en bon état à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (produit 3.2), et 10% pour que le système de santé soit mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies transmissibles au sein des établissements sanitaires (produit 5.1). La part du financement disponible consacrée aux autres produits varie entre 0,2 et 8%.

Le Tableau 3 indique les montants et la répartition des ressources entre les différents axes stratégiques, effets et produits du PNDS par source de financement sur la période 2021-2025 selon les données disponibles.

Tableau 3 : Répartition des financements par priorités du PNDS pour la période 2021-2025 (en USD)

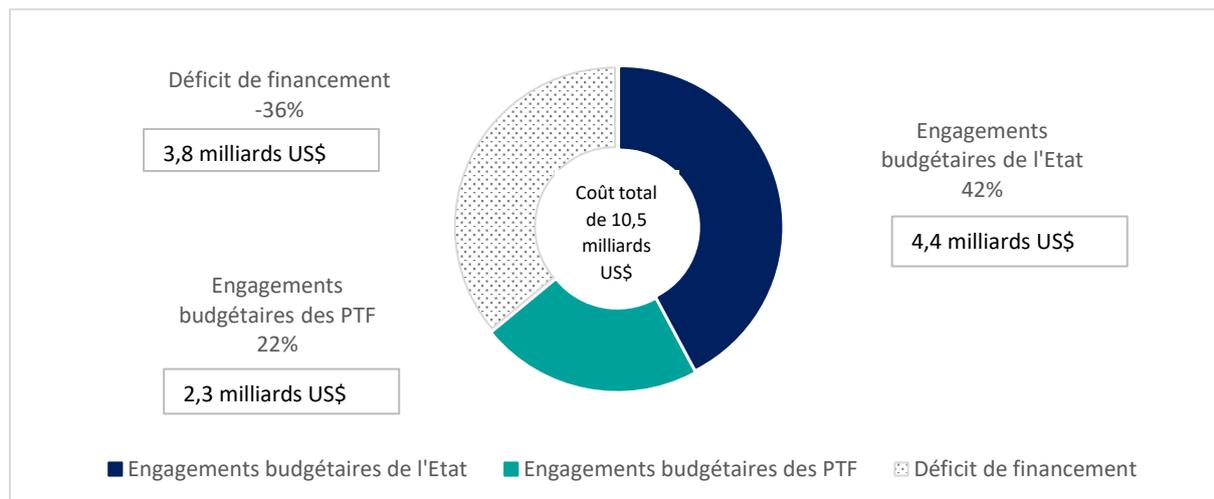
Priorités du PNDS (Axes stratégiques, effets et produits)	Bailleur de fonds	Secteur public	Total	%
Axe stratégique 1 : Amélioration de la Gouvernance et du financement de la santé	241 734 074	227 412 622	469 146 697	7%
Effet 1 : Les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent une gouvernance et un financement efficaces et inclusifs	109 873 716	221 366 388	331 240 104	5%
Produit 1.1 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, normes et règlements	43 320 191	1 494 316	44 814 508	1%
Produit 1.2 : Le Ministère en charge de la Santé dispose de capacités renforcées pour assurer son leadership, la coordination, la régulation aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et collaboration intersectorielle	10 883 739	79 408 946	90 292 686	1%
Produit 1.3 : Les acteurs aux niveaux central et local du système de santé sont mieux outillés pour la mobilisation et la gestion efficace des ressources financières	55 669 786	140 463 125	196 132 911	3%
Effet 2 : Le système de planification, de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision	131 932 437	6 046 234	137 978 672	2%
Produit 2.1 : Les acteurs aux niveaux central et déconcentré sont mieux outillés pour la production, l'analyse et la transformation des données de qualité en information utilisable pour la prise de décision	24 300 550	2 389 336	26 689 886	<1%
Produit 2.2 : Les acteurs aux niveaux central et opérationnel du système de santé disposent de capacités renforcées en matière de planification, de suivi et d'évaluation des interventions sanitaires	73 823 788	3 656 899	77 480 687	2%
Produit 2.3 : Le système de santé dispose d'un cadre performant en matière de recherche et d'innovation	34 022 303	-	34 022 303	1%
Axe stratégique 2 : Renforcement de l'offre et l'accessibilité des populations aux soins de qualité	1 745 150 964	3 869 064 636	5 614 215 600	84%
Effet 3 : Le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessible	570 440 459	3 319 583 470	3 890 023 929	58%
Produit 3.1 : Le système de santé dispose de ressources humaines qualifiées, en quantité suffisante, équitablement réparties et motivées	38 753 083	2 405 215 404	2 443 968 487	36%
Produit 3.2 : Le système de santé dispose des infrastructures et équipements adéquats et maintenus en bon état à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	410 216 461	576 827 829	987 044 290	15%
Produit 3.3 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer un accès accru à des produits de santé de qualité et en quantité suffisante	121 470 915	337 540 238	459 011 153	7%
Effet 4 : Le système de santé assure une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires	328 595 269	222 023 219	550 618 487	8%
Produit 4.1 : Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux besoins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	316 305 977	219 321 549	535 627 526	8%
Produit 4.2 : Le système de santé est mieux outillé pour assurer une offre de services intégrés et adaptés aux adolescents et jeunes	12 075 088	2 701 670	14 776 757	0%
Effet 5 : Le système de santé assure une prise en charge efficace contre les maladies	569 602 412	214 807 767	784 410 179	12%
Produit 5.1 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies transmissibles au sein des établissements sanitaires	525 573 666	125 627 441	651 201 107	10%
Produit 5.2 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les maladies tropicales négligées (MTN) au sein des établissements sanitaires	-	10 334 989	10 334 989	<1%

Produit 5.3 : Le système de santé est mieux outillé pour lutter efficacement contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) au sein des établissements sanitaires	-	71 235 537	71 235 537	1%
Produit 5.4 : Les structures de santé sont mieux outillées pour assurer la prévention et le contrôle des infections, l'accès aux services d'eau, d'hygiène et d'assainissement et la gestion des déchets sanitaires	9 483 519	5 036 659	14 520 179	<1%
Produit 5.5 : Les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont mieux outillés pour la gestion et la fourniture de soins de qualité	23 858 115	654 236	24 512 351	<1%
Produit 5.6 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour assurer une offre de services de nutrition de qualité	10 687 113	1 918 905	12 606 017	<1%
Effet 6 : Le système de santé assure une réponse efficace aux urgences de santé publique	276 460 744	112 879 633	389 340 377	6%
Produit 6.1: Le système de santé dispose de capacités renforcées en matière de préparation aux situations d'urgences et de prévention des événements de santé publique	27 431 701	-	27 431 701	<1%
Produit 6.2 : Le système de santé dispose de capacités renforcées pour la détection précoce des événements de santé publique et la riposte aux urgences de santé publique	249 029 043	112 879 633	361 908 675	5%
Axe stratégique 3 : Renforcement de la promotion de la santé et de la lutte contre les maladies	293 797 588	338 893 298	632 690 886	9%
Effet 7 : Les populations en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé	293 797 588	338 893 298	632 441 434	9%
Produit 7.1: Les populations notamment les plus défavorisés et vulnérables disposent de capacités renforcées pour la demande de services de santé de qualité et la prévention des maladies	133 124 302	24 832 292	157 956 594	2%
Produit 7.2: Les populations notamment les plus démunis disposent de mécanismes et d'instruments de protection sociale pour faire face au risque de maladie et accéder à des soins de qualité	117 317 931	313 831 554	431 149 485	6%
Produit 7.3: Les acteurs communautaires disposent de capacités renforcées pour favoriser la demande et l'utilisation des services de santé	43 335 354	-	43 335 354	1%
Total	2 280 682 626	4 435 370 557	6 716 053 183	100%

Analyse du déficit global de financement du PNDS

Le coût de mise en œuvre du PNDS a été initialement estimé à 10 501 993 475 USD pour les cinq années (2021-2025). En tenant compte des données sur les engagements budgétaires déjà connus des PTF (2 280 682 626 USD) et à la fois des engagements et projections budgétaires de l'Etat (4 435 370 557 USD), le déficit de financement atteint un total de 3 785 940 292 USD (soit 36% du coût de mise en œuvre calculé sur les cinq ans)¹⁰. Compte tenu de la limite liée à la visibilité sur les engagements budgétaires futurs et en faisant l'hypothèse que la contribution des PTF pour 2024 et 2025 est maintenue au même niveau que 2023, le déficit de financement se réduirait à 2,984 milliards USD sur la période 2021-2025 (soit 28% au lieu de 36%).

Figure 4 : Estimation du déficit de financement global du PNDS pour la période 2021-2025



Analyse du déficit de financement par année du PNDS

Les résultats montrent un déficit de financement annuel variant de 338,6 millions USD en 2021 à 1,276 milliard USD en 2025 pour la mise en œuvre du PNDS sur la période 2021-2025. Si le niveau de financement des PTF pour 2023 peut être maintenu jusqu'à la fin de la période de mise en œuvre du PNDS actuel, le déficit de financement annuel se réduirait à 240,3 millions USD (au lieu de 540,8 millions USD) pour 2024 et 874,4 millions USD (au lieu de 1,276 milliards USD) pour 2025.

Figure 5 : Estimation du déficit de financement annuel du PNDS pour la période 2021-2025

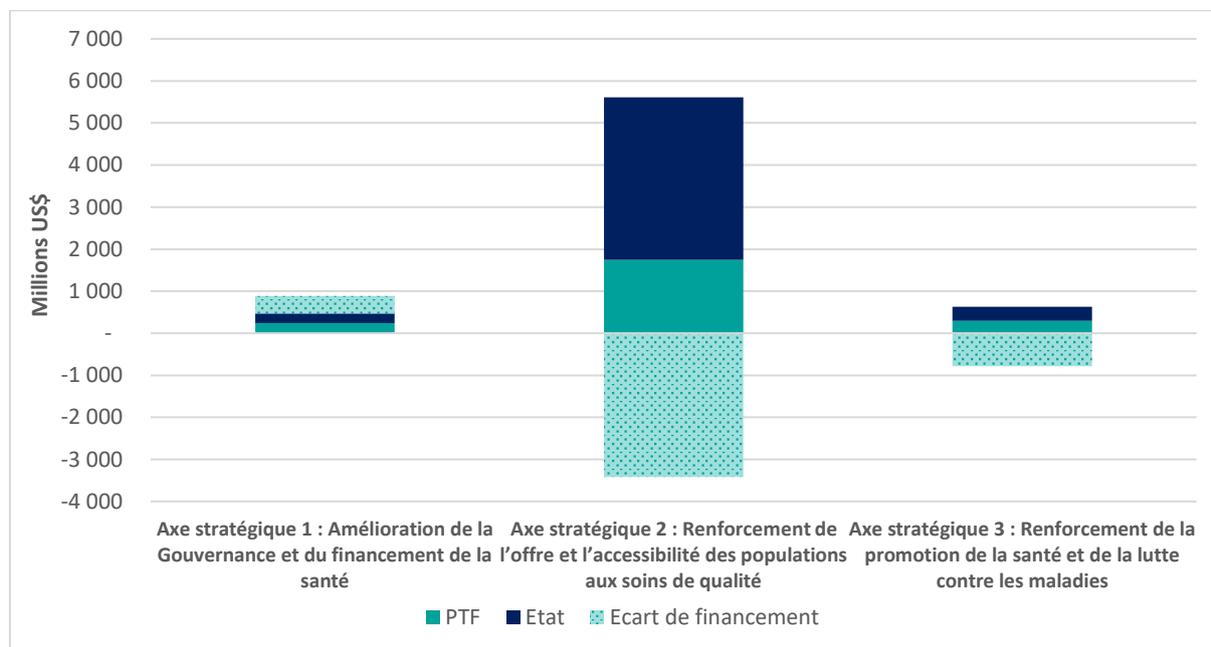


¹⁰ Le budget de l'Etat tient compte des engagements inscrits dans la Loi de Finances 2024 et de prévisions budgétaires réalisées pour 2025 à partir des données sectorielles fournies dans le document de programmation pluriannuelle des dépenses et projets annuels de performance (DPPD-PAP) 2023-2025.

Analyse de l'écart de financement par axe stratégique du PNDS

L'analyse des écarts de financement par axe stratégique sur la période de mise en œuvre du PNDS montre un léger écart positif (excédent) de 415,3 millions USD pour l'axe stratégique 1 et un déficit de financement de 3,416 milliards et 785 millions USD pour l'axe stratégique 2 et 3 respectivement.

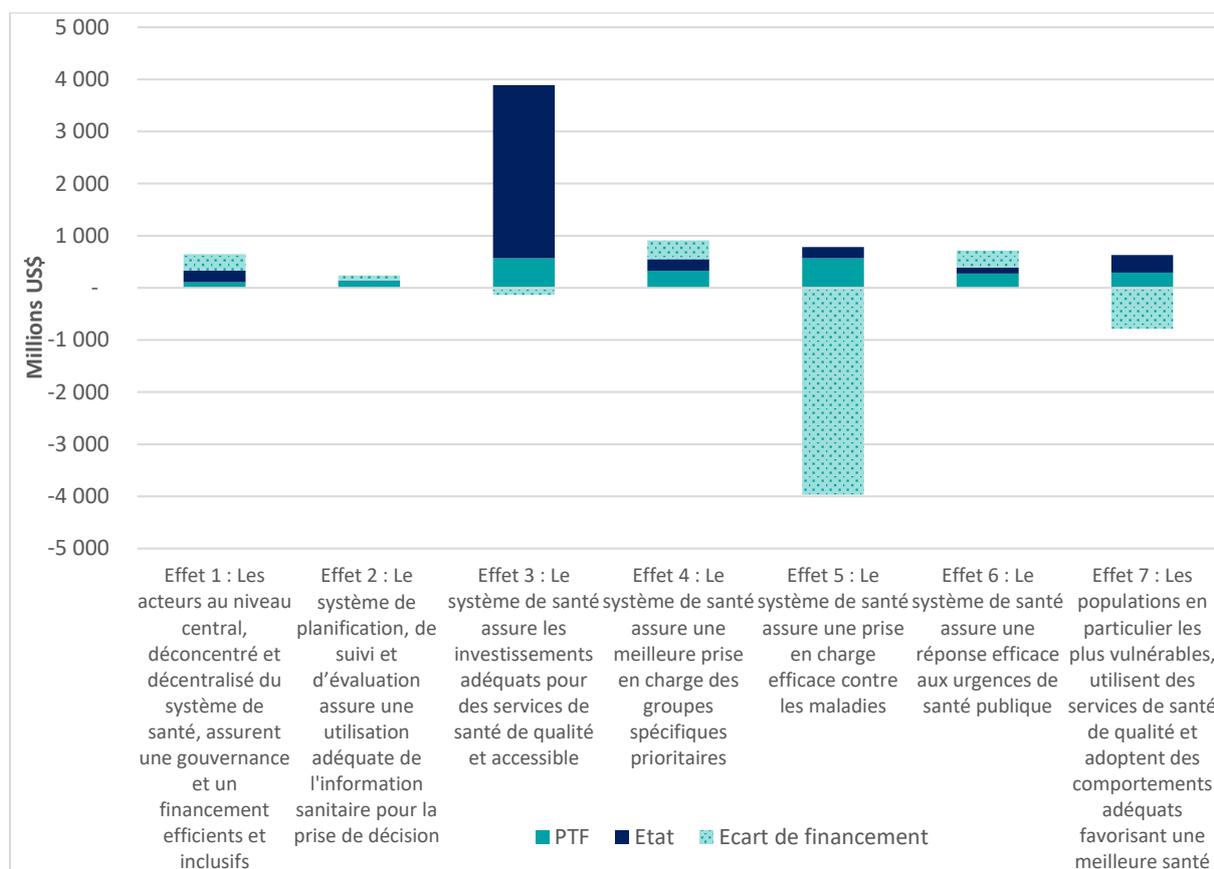
Figure 6 : Estimation des besoins de financement du PNDS par axe stratégique (2021-2025)



Analyse de l'écart de financement selon les effets recherchés du PNDS

Le montant des ressources disponibles semble encore légèrement insuffisant pour que le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessibles (effet 3). Par contre, le déficit de financement est plus important pour que les populations, en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé (effet 7), et surtout afin que le système de santé assure une prise en charge efficace contre les maladies (effet 5). Pour l'effet 3, le montant du déficit atteint près de 133,2 millions USD contre 3,97 milliards USD pour l'effet 5 et 785,2 millions USD pour l'effet 7 par rapport au cadrage budgétaire qui a été réalisé lors de l'élaboration du PNDS. Or, les résultats montrent par ailleurs un surplus de financement en ce qui concerne les autres effets recherchés qui s'élève à 313,9 millions USD pour que les acteurs au niveau central, déconcentré et décentralisé du système de santé, assurent une gouvernance et un financement efficaces et inclusifs (effet 1) ; 101,5 millions USD afin que le système de planification, de suivi et d'évaluation assure une utilisation adéquate de l'information sanitaire pour la prise de décision (effet 2) ; 363,2 millions USD pour une meilleure prise en charge des groupes spécifiques prioritaires (effet 4), et 324,7 millions USD en vue d'assurer une réponse efficace aux urgences de santé publique (effet 6).

Figure 7 : Estimation des besoins de financement du PNDS par effet (2021-2025)



Suivi des dépenses et de l'exécution budgétaire pour 2021

Le montant des dépenses réalisées pour la mise en œuvre du PNDS en 2021 est de l'ordre de 1,07 milliard USD (455,7 millions USD pour les PTF et 616,9 millions USD pour l'Etat). Ces dépenses correspondent à un montant total de 36,5 USD par habitant, à comparer avec le coût de mise en œuvre du PNDS estimé à 55,4 USD par habitant pour 2021.

Le taux d'exécution budgétaire global est ainsi de 83% au cours de l'année 2021, ce qui indique que les dépenses réelles sont moins élevées que les objectifs budgétaires (bailleurs de fonds et secteur public confondus). A noter que le taux d'exécution est de 74% pour les PTF et de 92% pour le secteur public ¹¹.

Tableau 4 : Taux d'exécution budgétaire par source de financement (2021)

Catégorie	Budget	Dépenses	Ecart	Taux d'exécution (%)
PTF	616 446 959	455 734 060	- 160 712 899	74%
Etat	673 448 183	616 907 542	- 56 540 640	92%
Total (2021)	1 289 895 141	1 072 641 602	217 253 539	83%

3.2 ANALYSE DU FINANCEMENT DU DOSSIER D'INVESTISSEMENT

Estimation du besoin de financement pour la mise en œuvre du DI

Le financement total nécessaire pour la mise en œuvre du DI pour l'ensemble du pays (priorité 3 : 11 régions) a été chiffré à 2,39 milliards USD (1 413 milliards francs CFA) pour quatre ans, soit 1,46

¹¹ Il s'agit ici du montant des dépenses exécutées rapportées aux engagements budgétaires enregistrés sur la même période.

milliards USD pour la période étudiée (2021-2023)¹². Les coûts de mise en œuvre du DI par année et par priorité pour l'ensemble de la période de mise en œuvre du DI sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 5: Coûts annuels de mise en œuvre du DI par priorité en USD

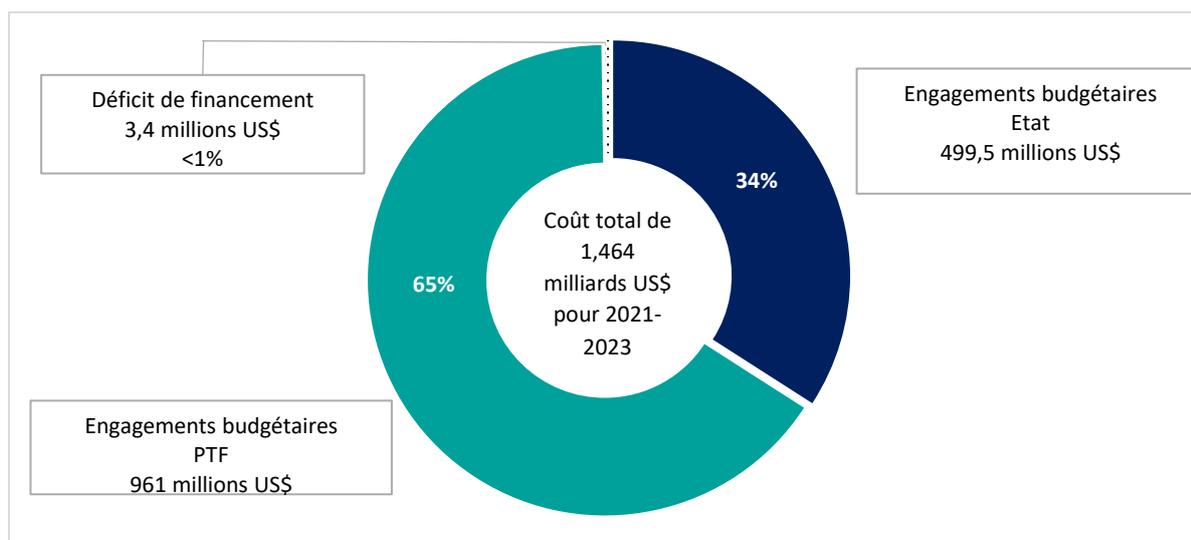
Priorités du DI	2020	2021	2022	2023	Total période (2021-2023)	Total DI (2020-2023)
1.1 Mettre en place des interventions de santé communautaires pour changer les comportements et augmenter la demande en services de santé	21 645 405	8 571 659	9 905 524	13 543 438	32 020 620	53 666 025
Sous-total axe stratégique 1	21 645 405	8 571 659	9 905 524	13 543 438	32 020 620	53 666 025
2.1 Améliorer la répartition du personnel de santé qualifié à la prestation des soins obstétricaux et néonataux	47 460 773	14 225 011	2 343 981	191 126	16 760 118	64 220 891
2.2 Mobiliser le secteur privé de la santé pour accélérer le développement des services de première ligne	4 178 916	2 786 618	2 740 974	663 787	6 191 379	10 370 296
Sous-total axe stratégique 2	51 639 689	17 011 630	5 084 955	854 913	22 951 498	74 591 187
3.1 Améliorer le système et investir de manière stratégique pour améliorer la qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des secteurs public et privé	509 207 903	320 950 392	320 109 480	318 891 046	959 950 918	1 469 158 821
3.2 Renforcer la chaîne publique d'approvisionnement et exploiter les chaînes d'approvisionnement du secteur privé pour garantir la disponibilité de matériel et médicaments de qualité et abordables pour subvenir aux besoins des services de premières lignes	221 092 370	94 613 343	63 550 796	61 454 581	219 618 720	440 711 091
3.3 Produire des données de qualité pour éclairer les décisions, les plans et la mise en œuvre des politiques en renforçant le SNIS	88 626 381	62 866 591	21 738 075	22 345 894	106 950 560	195 576 941
Sous-total axe stratégique 3	818 926 654	478 430 326	405 398 351	402 691 521	1 286 520 198	2 105 446 853
4.1 Mettre en œuvre les réformes du financement de la santé pour garantir une utilisation efficiente et satisfaisante des ressources de santé	33 206 669	24 066 929	44 276 916	54 008 283	122 352 129	155 558 798
Sous-total axe stratégique 4	33 206 669	24 066 929	44 276 916	54 008 283	122 352 129	155 558 798
Total	925 418 418	528 080 544	464 665 747	471 098 154	1 463 844 445	2 389 262 863

Analyse des ressources disponibles pour le financement du DI

Les engagements budgétaires de l'Etat et des PTF pour des initiatives contribuant à l'avancement du DI sont respectivement de l'ordre de 499,5 et 961 millions USD pour la période 2021-2023. Le niveau de financement du DI semble ainsi adéquat par rapport aux besoins estimés puisqu'un léger déficit de financement de 3 431 436 USD est enregistré, soit moins de 1% du coût estimé de la mise en œuvre du DI sur la même période. Les engagements budgétaires en faveur des réformes définies dans le DI s'élèvent à plus du tiers (35%) du financement du secteur de la santé au cours de la période 2021-2023.

¹² Le DI couvre la période 2020 à 2023.-Les données pour 2020 étant hors du périmètre de cet exercice de cartographie, l'analyse porte ici sur la période 2021-2023 (soit trois années de mise en œuvre du DI).

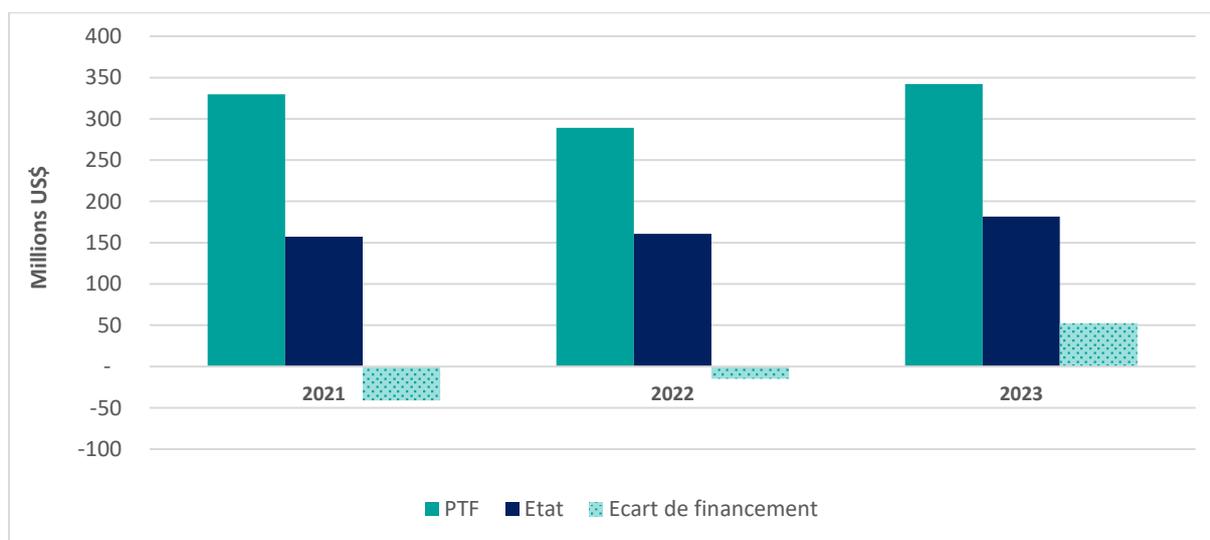
Figure 8 : Estimation des ressources disponibles et du déficit de financement du DI (2021-2023)



Analyse de la répartition annuelle du financement du DI

Les résultats montrent un déficit de financement annuel de 41 millions USD en 2021 et de 14,9 millions USD en 2022, et un excédent de financement à hauteur de 52,5 millions USD pour 2023.

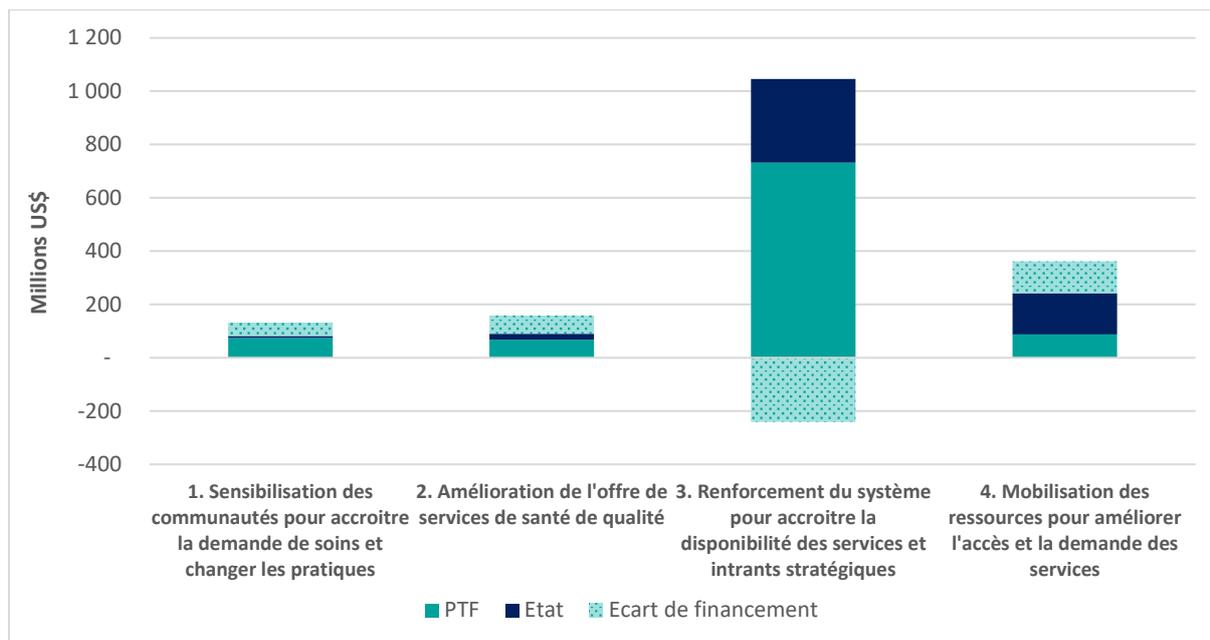
Figure 9: Ecart de financement annuel du DI au cours de la période 2021-2023



Analyse de la répartition du financement selon les axes stratégiques du DI

La comparaison entre les besoins de financement et les engagements budgétaires pour la période 2021-2023 montre également un excédent de financement pour trois des quatre axes stratégiques du DI, à savoir la sensibilisation des communautés pour accroître la demande de soins et changer les pratiques (Axe 1) à hauteur de 49,7 millions USD ; l'amélioration de l'offre de services de santé de qualité (Axe 2) pour 67,5 millions USD, et la mobilisation des ressources pour améliorer l'accès et la demande des services (Axe 4) qui s'élève à 119,5 millions USD. Cependant, le renforcement du système pour accroître la disponibilité des services et intrants stratégiques (Axe 3) enregistre un déficit de financement de 240,1 millions USD.

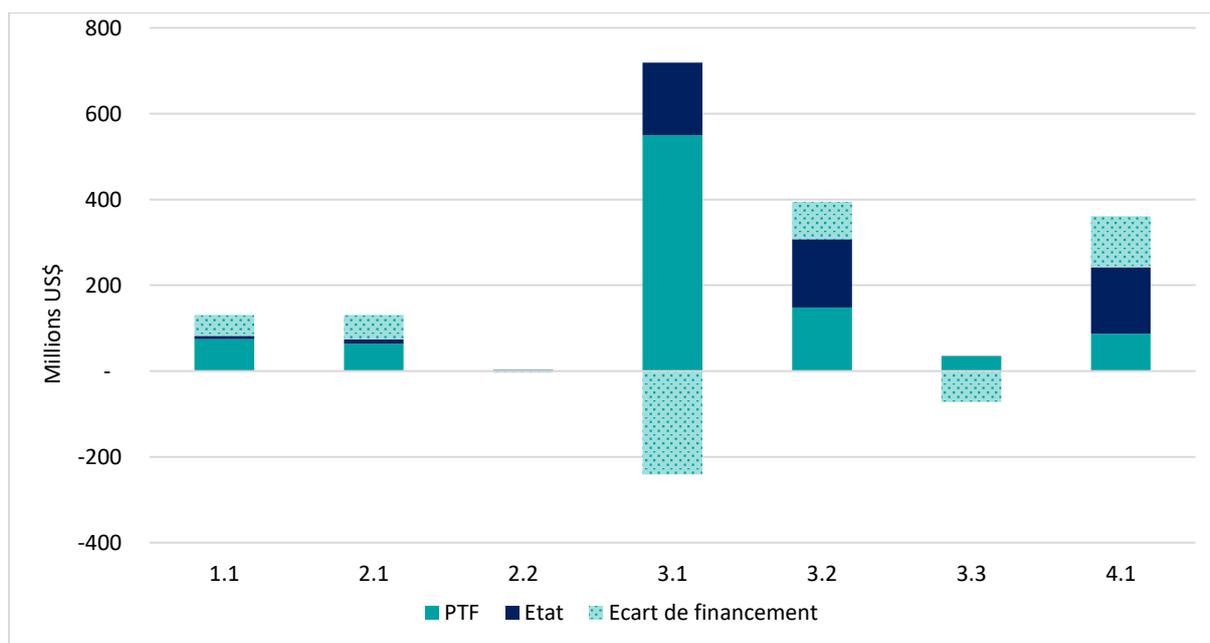
Figure 10 : Ecart de financement par axe stratégique du DI au cours de la période 2021-2023



Analyse de la répartition du financement selon les interventions prioritaires du DI

Les résultats sont également contrastés ici puisqu'il existe un déficit de financement pour 3 des 7 interventions prioritaires du DI sur la période 2021-2023. Il s'agit de la mobilisation du secteur privé pour accélérer le développement des services de première ligne dans les régions prioritaires (2.2) pour un montant de 2,25 millions USD ; l'amélioration du système et investir de manière stratégique pour améliorer la qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour les secteurs public et privé (3.1) à hauteur de 142,6 millions USD ; et de la production de données de qualité pour éclairer les décisions, les plans et la mise en œuvre des politiques en renforçant le système national d'information sanitaire (3.3) pour 42,7 millions USD. L'intervention stratégique qui a le surplus de financement le plus élevé de 70,7 millions USD vise à mettre en œuvre les réformes du financement de la santé pour garantir une utilisation efficiente et satisfaisante des ressources en santé (4.1).

Figure 11 : Ecart de financement par intervention prioritaire du DI pour la période 2021-2023



3.3 ANALYSE DE L'ÉQUITE DU FINANCEMENT AU NIVEAU INFRANATIONAL

Analyse de la répartition des financements au niveau régional

Concernant la répartition des financements disponibles au niveau régional pour la période 2021-2025, seul un montant de de 1,013 milliards USD (15%) peut être directement ventilé au niveau infranational tandis que le reste est alloué au niveau central ou national (85%). Le montant alloué au niveau central ou national comprend également les engagements budgétaires dans le cas où les informations disponibles sont insuffisantes pour procéder à une ventilation sur une base géographique.

Selon les données qu'il est possible de ventiler au niveau infranational, il ressort que les cinq régions sanitaires les mieux dotées en ressources pour le secteur de la santé sont Abidjan 1 (199,7 millions USD), Abidjan 2 (113,4 millions USD), Gontougo (59 millions USD), Haut-Sassandra (56,3 millions USD), et Gbêké (41,8 millions USD).

Cette analyse ne tient toutefois pas compte de la taille de la population dans chacune de ces régions. L'allocation ajustée selon le nombre d'habitants indique que ce sont les régions suivantes qui bénéficient le plus d'appuis directs pour la santé : N'Zi (15 USD / hab. / an), Gontougo (12,2 USD / hab / an.), Abidjan 1 (11,1 USD / hab. / an), Sud-Comoé (8,6 USD / hab. / an), et Grands Ponts (7,5 USD / hab. / an). Les cinq régions sanitaires les moins dotées en appui direct par rapport à leur taille de population sont les régions du Cavally (4,0 USD / hab. / an), Poro (4,19 USD / hab. / an), Tonkpi (4,22 USD / hab. / an), Gboklé (4,35 USD / hab. / an), et de l'Indenié-Djuablin (4,38 USD / hab. / an). A ces ressources s'ajoutent toutefois celles octroyées au niveau central ou national qui correspondent à environ 36,8 USD par habitant annuellement.

Le Tableau 6 montre l'allocation des ressources au niveau régional et les disparités qui peuvent exister en matière de répartition du financement pour le secteur de la santé en tenant compte de la population qui réside dans chacune de ces régions.

Tableau 6: Répartition du financement total et par habitant au niveau infranational pour 2021-2025

Financement par Région (USD)	Etat	Bailleurs	Total	USD / hab / an
National / niveau central	4 264 020 559	1 438 352 110	5 702 372 669	36,8
Sous-total niveau central / national	4 264 020 559	1 438 352 110	5 702 372 669	36,8
ABIDJAN 1 (SNL.8)	15 676 797	184 028 123	199 704 920	11,1
ABIDJAN 2 (SNL.8)	15 676 797	97 697 354	113 374 151	7,4
AGNEBY-TIASSA (SNL.1)	2 894 787	22 678 360	25 573 147	5,6
BAFING (SNL.2)	5 560 511	4 683 114	10 243 625	7,4
BAGOUÉ (SNL.3)	4 994 230	7 455 602	12 449 832	4,6
BÉLIER (SNL.4)	6 926 971	20 776 771	27 703 742	6,3
BERE (SNL.5)	3 869 280	7 816 891	11 686 170	4,5
BOUNKANI (SNL.6)	4 455 137	9 228 762	13 683 899	6,1
CAVALLY (SNL.7)	3 263 956	11 843 146	15 107 102	4,0
FOLON (SNL.10)	3 047 916	569 083	3 616 998	4,7
GBÊKÊ (SNL.11)	5 908 083	35 919 715	41 827 798	5,9
GBOKLÉ (SNL.12)	2 154 735	8 397 372	10 552 107	4,35
GÔH (SNL.13)	3 275 876	25 066 288	28 342 164	5,5
GONTOUGO (SNL.14)	6 361 989	52 623 750	58 985 739	12,2
GRANDS PONTS (SNL.15)	4 602 958	13 105 277	17 708 235	7,5
GUÉMON(SNL.16)	3 911 185	24 432 851	28 344 036	5,8
HAMBOL (SNL.17)	5 320 435	9 918 604	15 239 039	4,7
HAUT-SASSANDRA (SNL.18)	7 248 121	49 037 923	56 286 044	6,1
IFFOU (SNL.19)	2 181 215	10 256 380	12 437 596	6,2

Financement par Région (USD)	Etat	Bailleurs	Total	USD / hab / an
INDÉNIÉ-DJUABLIN (SNL.20)	3 269 717	13 086 437	16 356 154	4,33
KABADOUGOU (SNL.21)	5 121 094	3 513 558	8 634 651	5,7
LÔH-DJIBOUA (SNL.22)	5 560 075	19 861 285	25 421 360	4,4
MARAHOUÉ (SNL.23)	3 043 312	23 138 994	26 182 306	5,1
MÉ (SNL.24)	2 756 530	16 068 794	18 825 324	4,9
MORONOU (SNL.25)	2 982 782	9 209 688	12 192 470	5,3
N'ZI (SNL.27)	3 021 661	17 145 871	20 167 532	15,0
NAWA (SNL.26)	5 041 877	22 903 938	27 945 815	4,6
PORO (SNL.28)	5 893 867	17 085 750	22 979 617	4,19
SAN PEDRO (SNL.29)	4 469 092	26 309 014	30 778 106	5,5
SUD-COMOÉ (SNL.30)	5 428 633	29 998 183	35 426 816	8,6
TCHOLOGO (SNL.31)	7 118 987	12 919 930	20 038 916	6,3
TONKPI (SNL.32)	5 694 539	25 119 611	30 814 150	4,22
WORODOUGOU (SNL.33)	4 616 855	10 434 069	15 050 924	6,6
Sous-total niveau régional	171 349 998	842 330 485	1 013 680 483	6,5
Total Général	4 435 370 557	2 280 682 595	6 716 053 152	43,4

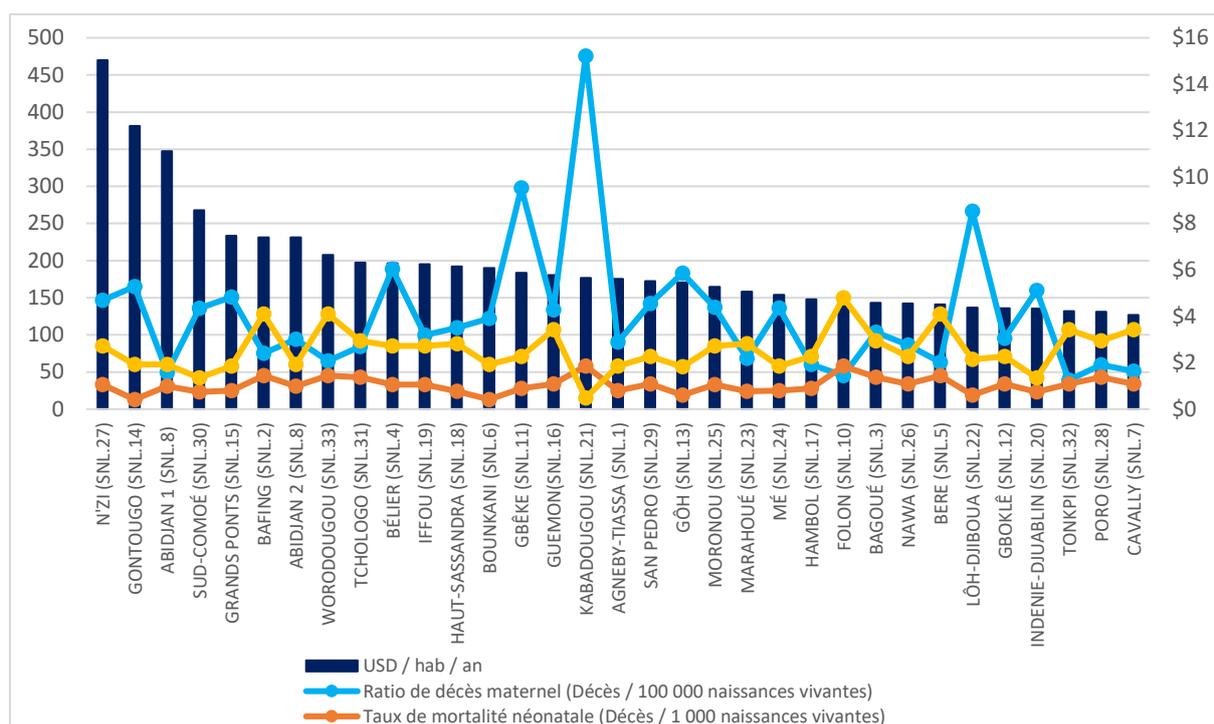
Analyse de la répartition des financements en fonction de la situation sanitaire

En outre, la comparaison du financement par habitant avec la situation sanitaire par région montre que le financement n'est pas toujours en adéquation avec les besoins et démontre l'importance de réaliser ce type d'analyse concernant l'équité dans la répartition des ressources disponibles au niveau infranational pour guider l'allocation des ressources financières. Il ne s'agit pas ici d'une analyse exhaustive, mais portant sur une sélection d'indicateurs d'impact ou d'effet utilisés pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des différents documents stratégiques sur lesquels l'exercice de cartographie des ressources et de suivi des dépenses est arrimé (PNDS et DI). Une comparaison est également effectuée pour vérifier dans quelle mesure les ressources disponibles pour le secteur de la santé bénéficient aux régions classées comme prioritaires dans le DI (sur la base d'un indice composite). L'analyse au niveau infranational est toutefois limitée par la faible proportion du financement total qu'il est possible de ventiler au niveau des régions.

Comparaison avec des indicateurs d'impact relatifs à la mortalité

En ce qui concerne les indicateurs de mortalité, les résultats montrent que certaines régions avec les taux les plus élevés de mortalité ont un montant de ressources par habitant et par an qui est moyen ou faible comparé à d'autres régions du pays. C'est le cas par exemple des régions de Gbêkê, Kabadougou ou Lôh-Djiboua pour ce qui est du ratio de mortalité maternelle. Il en est de même pour les régions de Kabadougou et Folon compte tenu du taux de mortalité néonatale et les régions de Folon et Béré si l'on considère le taux de mortalité infanto-juvénile.

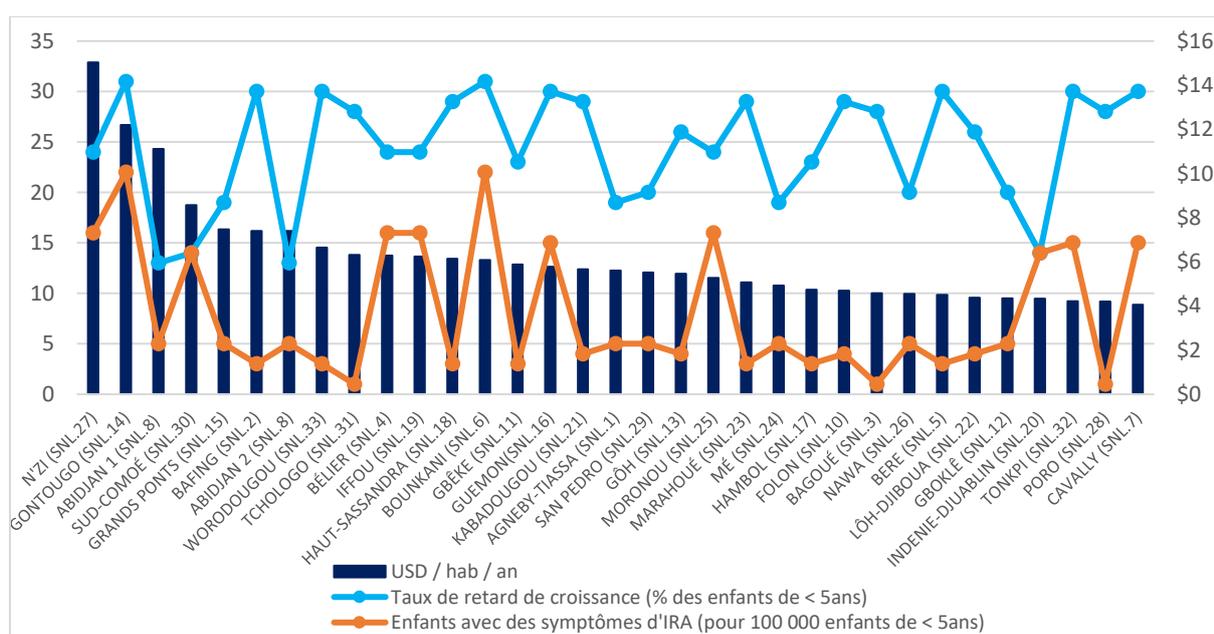
Figure 12: Comparaison du budget par habitant avec des indicateurs de mortalité par région



Comparaison avec des indicateurs d'impact liés à la santé infantile

Pour ce qui est du taux de retard de croissance et de la proportion d'individus présentant des symptômes d'Infection Respiratoire Aigüe (IRA) chez les enfants de moins de cinq ans, les résultats montrent que certaines régions comme le Béré, le Tonkpi et Cavally ont des niveaux élevés de retard de croissance alors que le niveau des appuis directs pour le financement pour la santé y est faible. Il en est de même pour les régions de l'Indénie-Djuablin, Tonkpi et Cavally en ce qui concerne les enfants avec des symptômes d'IRA. En revanche, les régions du Gontougo et du Bounkani ont des taux parmi les plus élevés pour les deux indicateurs à la fois alors que le niveau des ressources pour la santé y est élevé ou moyen comparé aux autres régions.

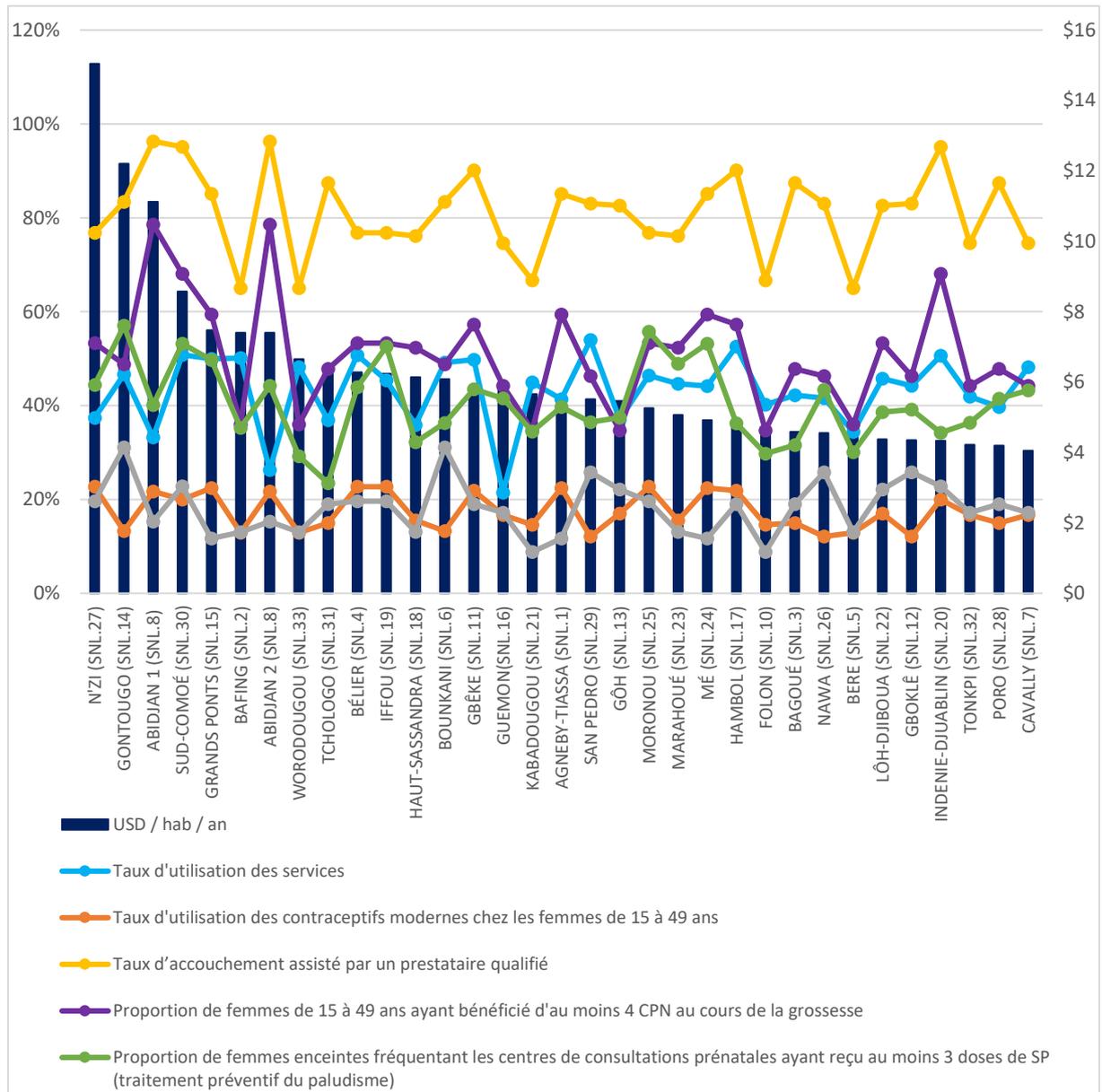
Figure 13: Comparaison du budget par habitant avec des indicateurs de santé infantile par région



Comparaison avec des indicateurs d'effet liés à l'utilisation des services

Il n'existe pas de corrélation évidente entre le niveau de financement et les indicateurs concernant l'utilisation des services au niveau infranational. A noter que certaines régions se démarquent par de faibles niveaux d'utilisation des services concernant plusieurs indicateurs, sans que cela se reflète nécessairement dans l'allocation des ressources au niveau infranational. C'est le cas par exemple des régions du Béré, Folon, Gôh, Kabadougou, Worodougou ou encore du Bafing.

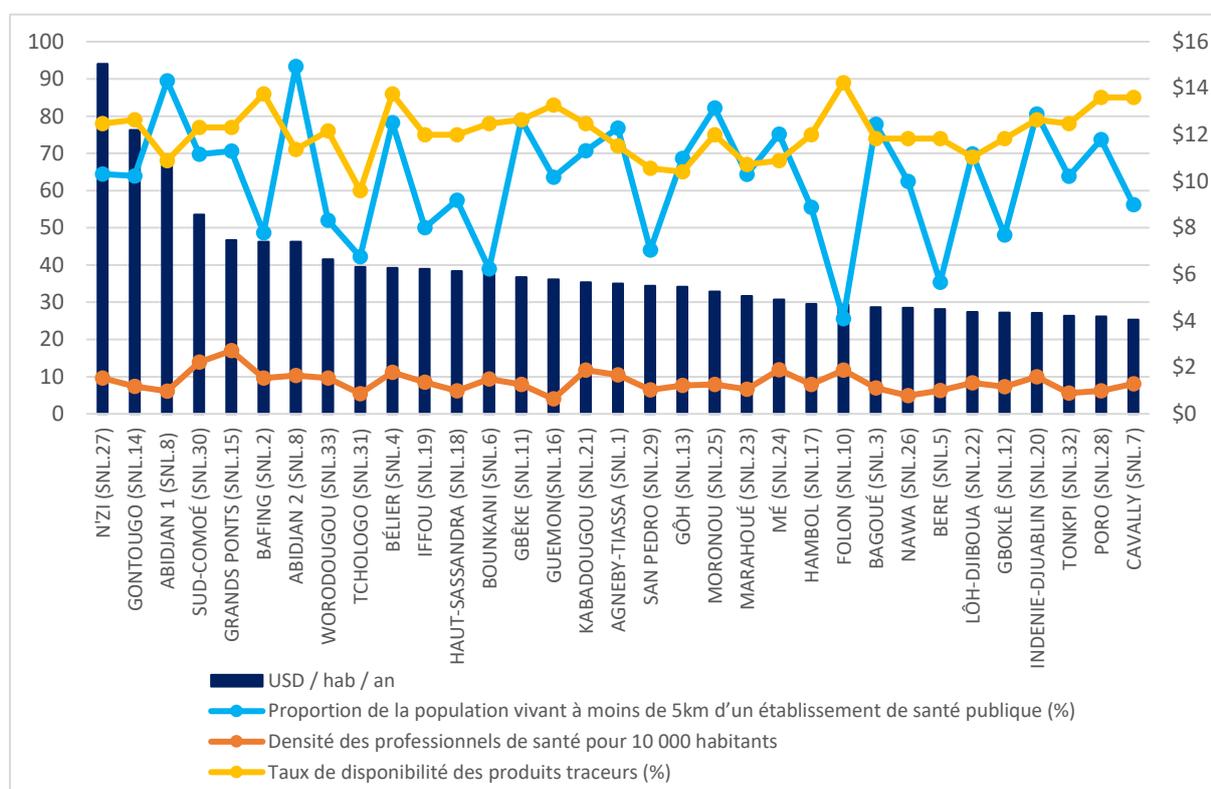
Figure 14: Comparaison du budget par habitant avec des indicateurs d'utilisation des services par région



Comparaison avec des indicateurs d'effet liés à l'offre de services

Il n'y a pas non plus ici de corrélation évidente entre le niveau de financement et les indicateurs concernant l'offre des services au niveau infranational. Toutefois, la région du Tchologo présente des valeurs relativement faibles pour les trois indicateurs liés à l'offre de service alors qu'elle se classe neuvième sur 33 régions en ce qui concerne le montant de financement pour la santé.

Figure 15: Comparaison du budget par habitant avec des indicateurs d'offre de services par région



Classement des régions selon le niveau de priorité en matière de santé

Lors de l'élaboration du DI ; les régions ont été classées par ordre de priorité pour veiller à ce que les fonds aillent aux régions qui en ont le plus besoin afin de garantir une utilisation plus équitable des ressources. Cette classification en trois catégories a été réalisée selon un score obtenu à partir de plusieurs indicateurs et qui vise à mesurer les besoins en matière de santé au niveau de chaque région (niveau 1 : besoins pressants, niveau 2 : besoins normaux et niveau 3 : besoins acceptables)¹³.

L'information présentée dans le tableau ci-dessous permet d'observer dans quelle mesure la ventilation des ressources favorise les régions classées comme prioritaires dans le DI. Il apparaît que certaines régions catégorisées comme ayant des besoins sanitaires pressants (niveau 1) restent parmi les régions les moins dotées selon les données collectées et qui ont pu être ventilées selon la répartition géographique. Il s'agit notamment des régions de Tonkpi, Poro et Cavally. A contrario, la région du Gontougo classée comme région prioritaire est la seconde région la mieux dotée en tenant compte des appuis directs pour la santé dont elle bénéficie (12,2\$/ habitant/an).

¹³ Cfr Dossier d'Investissement de la Côte d'Ivoire 202-2023 pour plus d'informations sur la méthode et les indicateurs utilisés (pp 33)

Tableau 7: Répartition du financement selon les régions définies comme prioritaires dans le DI

Région	USD / hab / an	Niveau de priorité (DI)
N'ZI (SNL.27)	15,0	3 Besoins acceptables
GONTOUGO (SNL.14)	12,2	1 Besoins pressants
ABIDJAN 1 (SNL.8)	11,1	3 Besoins acceptables
SUD-COMOÉ (SNL.30)	8,6	2 Besoins normaux
GRANDS PONTS (SNL.15)	7,5	2 Besoins normaux
BAFING (SNL.2)	7,4	1 Besoins pressants
ABIDJAN 2 (SNL.8)	7,4	3 Besoins acceptables
WORODOUGOU (SNL.33)	6,6	1 Besoins pressants
TCHOLOGO (SNL.31)	6,3	1 Besoins pressants
BÉLIER (SNL.4)	6,3	3 Besoins acceptables
IFFOU (SNL.19)	6,2	3 Besoins acceptables
HAUT-SASSANDRA (SNL.18)	6,1	1 Besoins pressants
BOUNKANI (SNL.6)	6,1	1 Besoins pressants
GBÊKÊ (SNL.11)	5,9	2 Besoins normaux
GUÉMON(SNL.16)	5,8	1 Besoins pressants
KABADOUGOU (SNL.21)	5,7	1 Besoins pressants
AGNEBY-TIASSA (SNL.1)	5,6	2 Besoins normaux
SAN PEDRO (SNL.29)	5,5	2 Besoins normaux
GÔH (SNL.13)	5,5	1 Besoins pressants
MORONOU (SNL.25)	5,3	1 Besoins pressants
MARAHOUÉ (SNL.23)	5,1	1 Besoins pressants
MÉ (SNL.24)	4,9	2 Besoins normaux
HAMBOL (SNL.17)	4,7	2 Besoins normaux
FOLON (SNL.10)	4,7	1 Besoins pressants
BAGOUÉ (SNL.3)	4,6	1 Besoins pressants
NAWA (SNL.26)	4,6	2 Besoins normaux
BERE (SNL.5)	4,5	1 Besoins pressants
LÔH-DJIBOUA (SNL.22)	4,4	2 Besoins normaux
GBOKLÉ (SNL.12)	4,3	2 Besoins normaux
INDÉNIÉ-DJUABLIN (SNL.20)	4,3	3 Besoins acceptables
TONKPI (SNL.32)	4,2	1 Besoins pressants
PORO (SNL.28)	4,2	1 Besoins pressants
CAVALLY (SNL.7)	4,0	1 Besoins pressants

4 CONCLUSION

Cette mise à jour de l'exercice de cartographie appuyée par la Banque mondiale et l'initiative GFF en Côte d'Ivoire a pour objet de capter l'ensemble des engagements financiers et des dépenses de l'Etat et de ses partenaires dans le secteur de la santé au cours de la période 2021-2025. Le périmètre et les outils de collecte et d'analyse des données ont été revus et adaptés afin de mieux répondre aux attentes et à la mission du MSHPCMU.

Les résultats font apparaître un déficit de financement pour la mise en œuvre du PNDS de l'ordre de 3,8 milliards de dollars US (36%) au cours de la période 2021-2025. Les ressources financières disponibles pour le secteur de la santé proviennent pour près des deux tiers de l'Etat et des entités assimilées (66% contre 34% pour les PTF), soit 4,43 milliards USD pour les ressources provenant de l'Etat contre 2,28 milliards USD pour les PTF. Le besoin de financement total a été estimé à 10,5 milliards USD lors du chiffrage de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025. Une diminution du montant total des financements externes notée à partir de l'année 2024 s'explique en partie par le manque de visibilité de certains PTF sur leurs engagements futurs au moment où la collecte des données a été réalisée. En faisant l'hypothèse que le financement de l'Etat et des PTF pour 2024 et 2025 est maintenu au même niveau que 2023, le déficit de financement se réduirait à 2,984 milliards USD sur la période 2021-2025 (soit 28% au lieu de 36%). Le financement pour le secteur de la santé au niveau de l'Etat provient principalement du budget du MSHPCMU (93%). Parmi les PTF ayant fournis les informations demandées, les principaux bailleurs de fonds du secteur de la santé sont le gouvernement des Etats-Unis (à travers les financements de PEPFAR, PMI et USAID), la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, et l'AFD qui ensemble représentent près de trois quarts du financement externe pour le secteur de la santé (74,9%). Selon les données recueillies, le taux d'exécution budgétaire global au cours de l'année 2021 est de 83% (74% pour les PTF et de 92% pour le secteur public).

En ce qui concerne le Dossier d'Investissement, le niveau de financement du DI pris dans sa globalité semble adéquat avec un léger déficit de financement de 3,4 millions USD enregistré au cours de la période 2021-2023 (soit moins de 1% du coût estimé de la mise en œuvre du DI sur la même période). Le financement des réformes prioritaires définies dans le DI représente plus du tiers (35%) des ressources disponibles pour le secteur de la santé sur la même période et est principalement financé par les PTF (à hauteur de 961 millions contre 499,5 millions USD pour l'Etat).

Le déficit de financement au niveau du secteur de la santé pris dans son ensemble peut cependant masquer des disparités en matière de financement de la santé selon les priorités sanitaires et les régions considérées.

Au niveau du PNDS, la ventilation des financements disponibles par axe stratégique montre un écart positif (excédent) de 415,3 millions USD pour l'axe stratégique 1 et un déficit de financement de 3,416 milliards et 785 millions USD pour l'axe stratégique 2 et 3 respectivement sur la période 2021-2025. Il en est de même lorsque l'analyse est réalisée au niveau des effets du PNDS puisqu'il ressort que les ressources sont insuffisantes pour atteindre certains des effets escomptés du PNDS avec un déficit de financement par rapport au cadrage budgétaire qui a été réalisé lors de l'élaboration du PNDS qui atteint près de 133,2 millions pour l'effet 3 (le système de santé assure les investissements adéquats pour des services de santé de qualité et accessible), 3,97 milliards pour l'effet 5 (le système de santé assure une prise en charge efficace contre les maladies), et 785,2 millions USD pour l'effet 7 (les populations, en particulier les plus vulnérables, utilisent des services de santé de qualité et adoptent des comportements adéquats favorisant une meilleure santé). Il existe en revanche un surplus de financement pour les autres effets recherchés du PNDS dans une fourchette située entre 101,5 millions et 363,2 millions USD.

Au niveau du DI, l'analyse montre également un déficit de financement pour l'un des quatre axes stratégiques du DI (240,1 millions USD pour l'Axe 3 relatif au renforcement du système pour accroître la disponibilité des services et intrants stratégiques), alors qu'au niveau des interventions prioritaires il existe un déficit de financement pour trois des sept interventions prioritaires du DI sur la période 2021-2023 à hauteur de 2,25 millions USD pour mobiliser le secteur privé afin d'accélérer le

développement des services de première ligne dans les régions prioritaires (2.2), 142,6 millions USD pour l'amélioration du système et investir de manière stratégique pour améliorer la qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour les secteurs public et privé (3.1), et 42,7 millions USD pour la production de données de qualité afin d'éclairer les décisions, les plans et la mise en œuvre des politiques en renforçant le système national d'information sanitaire (3.3).

L'analyse de la répartition géographique des ressources au niveau infranational suggère qu'il existe également une certaine iniquité en matière d'allocation des ressources compte tenu de la démographie ou des besoins sanitaires au niveau de chaque région sanitaire. Alors que le financement attribué au niveau central ou national atteint 24,4 USD par habitant annuellement, le montant de l'appui direct de l'État et des PTF au secteur de la santé et qui peut être ventilé au niveau des régions varie de 2,8 à 14,3 USD par habitant et par an (respectivement pour les régions de Folon et N'Zi). En outre, la comparaison du financement par habitant avec la situation sanitaire par région montre que le financement n'est pas toujours en adéquation avec les besoins et démontre l'importance de réaliser ce type d'analyse concernant l'équité dans la répartition des ressources disponibles au niveau infranational.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Liste des interventions prioritaires du PNDS 2021-2025 et du DI 2020-2023

Annexe 2 : Matrice de saisie et de visualisation des données de la cartographie complétée