

NUMÉRO 14 | NOVEMBRE 2017

Analyse du processus de
planification et budgétisation
opérationnelle du secteur de
la santé en Afrique de l'Ouest :
l'exemple de la Côte d'Ivoire

Mathieu Tchetche, Mamadou Samba,
Noël Nahounou

Analyse du processus de planification et budgétisation opérationnelle du secteur de la santé en Afrique de l'Ouest : l'exemple de la Côte d'Ivoire

Mathieu Tchetché, Mamadou Samba, Noël Nahounou

Auteurs :

- **Mathieu Tchetché**, Sociologue et Anthropologue de la santé, Université Alassane OUATTARA.
Courriel : tchetcheom@gmail.com
- **Mamadou Samba**, Agrégé en santé publique, Université Félix Houphouët Boigny.
Courriel : samba.mamadou@gmail.com
- **Noël Nahounou**, Médecin de santé publique, Directeur-Pays de HFG-Abt Associates.
Courriel : noelnahounou@gmail.com

Remerciements :

Nous remercions les deux réviseuses du présent manuscrit Emilie Robert et Lara Gautier pour les remarques et suggestions ayant contribué à l'amélioration du manuscrit. Nous remercions également Nadège Ade, facilitatrice de la Communauté de pratique (CoP) Planification, budgétisation et gouvernance du système de santé (PBGSS) de l'initiative « Harmonization for Health in Africa » (HHA), pour la proposition du protocole de recherche. Enfin nous remercions l'UNICEF et le Fonds MUSKOKA, pour l'appui technique et financier à la réalisation de l'étude.

Les auteurs sont entièrement responsables de la qualité scientifique de la recherche qui fait l'objet de la présente publication.

Résumé

La recherche de solutions pour améliorer la performance des systèmes de santé en Afrique subsaharienne mobilise de nombreux chercheurs. La présente étude s'inscrit dans ce contexte. Elle a pour objectif principal d'analyser et de comprendre le problème d'alignement dans les processus de planification et de budgétisation du secteur de la santé en Côte d'Ivoire. L'approche qualitative a été utilisée. Une revue documentaire et des entretiens individuels approfondis auprès d'un panel d'experts Ivoiriens en santé publique ont été réalisés.

Les résultats révèlent une situation de désalignement caractérisée par une incohérence entre le budget annexé au plan opérationnel du service de base et le budget réellement alloué à celui-ci. L'analyse révèle que ceci influence négativement la capacité du système de santé à fournir des soins de qualité. Les facteurs de cette situation résident dans les contextes de réalisation des deux processus, dans leurs missions, puis dans un jeu de position et de pouvoir des acteurs institutionnels et individuels qui y sont impliqués.

En définitive, ces résultats invitent à ce que l'alignement des deux processus se fasse à partir de l'animation de cadres de concertation multisectorielle pour la santé au plan local, régional et national avec un leadership effectif de la partie nationale et une appropriation communautaire.

Mots-clés : *Planification, budgétisation, système de santé, Afrique subsaharienne, Côte d'Ivoire.*

Liste des abréviations

AFD : Agence Française de Développement
BAO : Budget Annuel Opérationnel
CDMT : Cadre des Dépenses à moyen terme
C2D : Contrat de Désendettement et de Développement
CEDEAO : Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'ouest
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CI : Côte d'Ivoire
COGES : Comité/Conseil de Gestion
CoP : Communauté de Pratique
DAF : Direction des Affaires Financières
DD : Direct(ion)eur Départemental
DDS : Direct(ion)eur Départemental de la Santé
DR : Direct(ion)eur Régionale
DRS : Direct(ion)eur Régionale de la Santé
DGS : Direction Générale de la Santé
DPPEIS : Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire
EPN : Etablissement Public National
ESPC : Etablissement Sanitaire de Premier Contact
GAR : Gestion Axée sur les Résultats
GAVI : Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation
HHA : Harmonization for health in Africa
HG : Hôpital Général
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IGS : Inspection Générale de la Santé
IGSLS : Inspection Générale de la Santé et de la Lutte contre le Sida
MAB : Méthodologie d'Allocation du Budget
MC : Médecin Chef
MCD : Médecin Chef de District
MSLS : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
ODD : Objectifs de Développement Durable
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisations Non Gouvernementales
ONU : Organisation des Nations Unies
PAO : Plan Annuel Opérationnel
PAP : Plan Annuel de Performance
PARSSI : Projet d'Appui à la Redynamisation du Secteur de la Santé ivoirien
PBGSS : Planification, Budgétisation et gouvernance du Système de Santé
PEPFAR : President's Emergency Plan for AIDS Relief
PIP : Plan d'Investissement Public
PND : Plan National de Développement
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNS : Politique Nationale de Santé
PRDS : Plan Régional de Développement Sanitaire
PSS : Plan stratégique sectoriel
PTF : Partenaires Techniques et Financiers
RFS : Régimes de Financement de la Santé
UE : Union Européenne
UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID : United States Agency for International Development

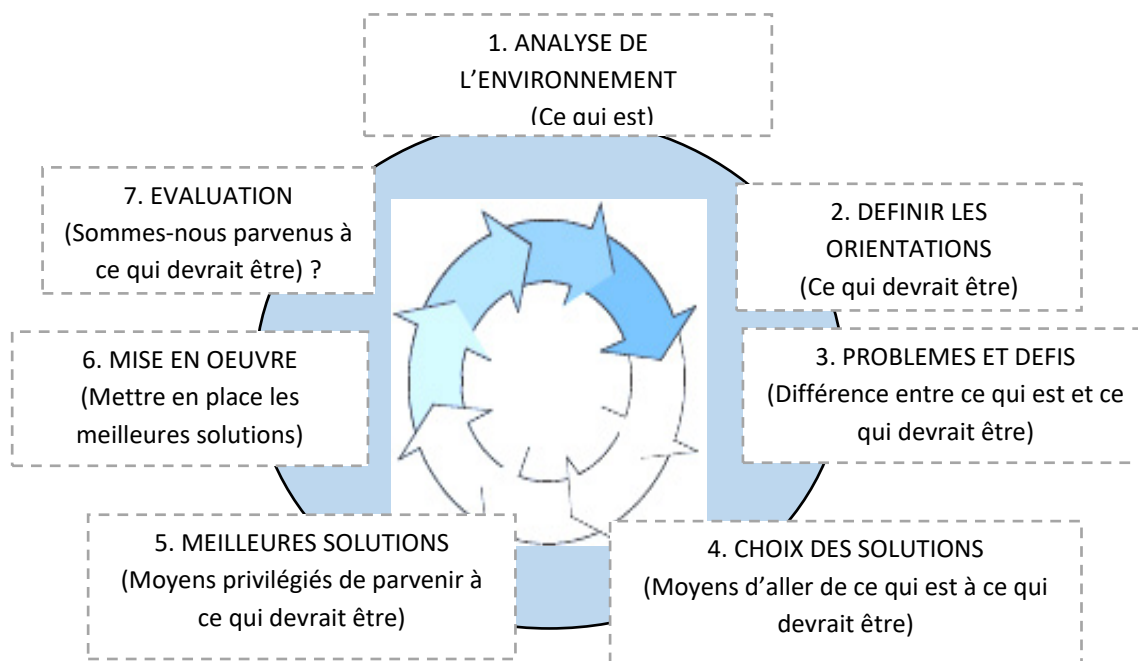
1. INTRODUCTION

La planification et la budgétisation du secteur de la santé sont deux processus qui déterminent le bon fonctionnement et la performance du système de santé. Ils développent la capacité du système à fournir des soins de santé de qualité en temps opportun à la population. La planification du secteur de la santé est un outil qui permet de traduire les objectifs, politiques et stratégies en matière de santé du gouvernement, en des actions concrètes sur le terrain. Elle a pour but de conduire le changement social (Blum, 1974) ; et de favoriser une meilleure santé pour les populations en créant le lien entre les besoins en santé et les ressources disponibles (The Health Planners Toolkit, 2006). La planification peut prendre deux grandes formes. Sous la forme de planification stratégique, elle permet de définir une vision du système de santé à moyen et long terme. Sous celle de planification opérationnelle, elle apparaît selon Tsofa et collègues (2015), comme un outil de gestion au jour le jour, pour la mise en œuvre des politiques de santé à travers des plans opérationnels à court terme.

Le processus de planification dans le secteur de la santé entre dans le cadre de la « démocratie sanitaire » (Gagneux, 2008). Il requiert la participation des communautés locales dont les acteurs doivent déterminer les problèmes de santé les plus importants ; établir des programmes d'action et des prévisions en fonction d'une part de cet état de santé et d'autre part, des moyens disponibles (Barbieri et Cantrelle, 1991).

La planification du secteur de la santé comme tout autre processus de planification, doit suivre certaines étapes clés. En clair, la nature changeante et complexe du système de santé nécessite que le processus de planification sanitaire puisse intégrer avec souplesse ces changements dans une boucle de rétroaction comme le montre la figure 1.

Figure 1 : Le Cycle de Planification (The Health Planners Toolkit, 2006)



La planification intègre les étapes d'un processus cyclique qui inclut l'analyse de l'environnement, les orientations, les problèmes et défis, le choix des solutions, la mise en œuvre et l'évaluation.

S'agissant de la budgétisation du secteur de la santé, elle fait référence aux mécanismes que le gouvernement compte actionner pour mobiliser et utiliser les fonds. Elle démontre comment il envisage de dépenser les fonds et met en lumière ses réelles priorités en politiques de santé (Health & Democracy, 2007).

Malgré le fait que la planification et l'allocation budgétaire du secteur de la santé soient deux activités importantes, elles restent toutefois rarement étudiées, en particulier dans les pays de l'Afrique Sub-Saharienne. En effet, la littérature scientifique ou didactique sur les processus de planification et de budgétisation du secteur de la santé des pays d'Afrique Sub-Saharienne est à peine existante. Les rares évocations de la situation montrent que le désalignement, c'est-à-dire l'incohérence entre les processus de planification et de budgétisation du secteur de la santé, est un problème récurrent et persistant dans de nombreux pays.

Tsofa et collaborateurs (2015) à propos du cas du Kenya, révèlent un dispositif théorique d'alignement qui se détériore à l'épreuve de la pratique des acteurs de planification et de budgétisation. Cela est corroboré par leur affirmation de l'existence d'un faible lien entre les processus de planification et de budgétisation du secteur de la santé. Par ailleurs, l'étude comparative menée par Kelley (2014), analysant les nombreux Régimes de financement de la santé (RFS) en Afrique, révèle des régimes de planification et de budgétisation sans lien apparent dans les différents pays francophones d'Afrique Sub-Saharienne .

Il semble donc logique que les systèmes de santé de ces Etats peinent à remplir leur fonction du fait de leur faiblesse rangée tant au niveau des régimes de financement, de la planification que de la prévision. Ainsi, la Communauté de pratique (CoP) Planification, Budgétisation et Gouvernance du Système de Santé (PBGSS) de l'initiative Harmonization for Health in Africa (HHA) s'est engagée dans le soutien d'une étude multicentrique dans trois pays d'Afrique de l'Ouest à savoir le Ghana, le Sénégal, et la Côte d'Ivoire.

Dans le cas de la Côte d'Ivoire, la littérature révèle bien des dysfonctionnements relatifs à la planification et à la budgétisation. Au niveau institutionnel, l'on note l'absence d'une loi d'orientation en santé publique, d'un plan unique de contrôle et de suivi-évaluation assorti d'un mécanisme unique de gestion fiduciaire, et de Code de la Santé Publique (IGSLS-CI, 2014). Aussi, l'inexistence d'une carte sanitaire prospective entraîne-t-elle un dysfonctionnement dans la planification de l'amélioration de la couverture sanitaire (ibid.).

Au niveau structurel, la répartition du budget constitue une faiblesse car elle ne tient pas compte des priorités du niveau opérationnel (MSLS-CI, 2010). Le souci de sa consistance est d'actualité dans l'espace de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'ouest (CEDEAO) dont fait partie la Côte d'Ivoire. En effet, la déclaration d'Abuja en 2001 dispose que 15% du budget de l'Etat doit être alloué à la santé (MSLS-CI, 2011). Pour ce faire, il est dit au plan national qu'en plus de la subvention de l'Etat, les acteurs au niveau opérationnel doivent mobiliser des ressources auprès des collectivités territoriales et des PTF (MSLS-CI, 2014d).

Cet état des lieux soulève la préoccupation suivante : comment les processus de planification et de budgétisation influencent-ils l’alignement voire la cohérence des plans et budgets opérationnels annuels du secteur de la santé en Côte d’Ivoire ? Cette préoccupation fondamentale autorise les questions subsidiaires ci-après :

- Comment les acteurs techniques, administratifs et financiers du secteur de la santé en Côte d’Ivoire développent-ils le Plan annuel opérationnel (PAO) et le processus d’allocation du Budget annuel opérationnel (BAO) ?
- Comment les facteurs structurels concourent-ils à l’alignement ou au désalignement entre le PAO et le BAO ?
- Et comment les logiques des acteurs institutionnels et individuels contribuent-elles à l’alignement ou au désalignement entre le PAO et le BAO ?

L’objectif principal que laissent entrevoir ces interrogations est d’analyser et de comprendre le problème d’alignement dans les processus de planification et de budgétisation opérationnelle du secteur de la santé en Côte d’Ivoire. Les objectifs spécifiques qui en découlent consistent respectivement à examiner les processus de planification et de budgétisation opérationnelle du secteur de la santé au niveau national, à analyser les points d’ancrage des facteurs structurels et à élucider les logiques d’acteurs qui pourraient influencer un alignement ou un désalignement entre ces deux processus. Cette étude repose sur l’hypothèse selon laquelle les logiques de coopération entre les parties prenantes à savoir les structures et individus, à la planification et à la budgétisation affectent l’alignement entre les plans et budgets opérationnels dans le système de santé en Côte d’Ivoire.

2. MÉTHODOLOGIE

Du point de vue de la méthode, il s’agit d’une étude qualitative dans sa perspective descriptive et analytique. Elle a été menée pendant six (06) mois, d’octobre 2015 à mars 2016. Comme matériel, elle a nécessité une revue documentaire et des entretiens individuels approfondis auprès des personnes ressources impliquées dans les différents processus. La revue documentaire a consisté en l’analyse d’une série de publications et de documents officiels. Les différents documents officiels consultés sont répertoriés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Documents officiels consultés dans le cadre de l’étude

DOCUMENTS	IDENTIFICATION
Documents de politique	Politique nationale de santé (PNS) 2011
Documents de Plan stratégique	- Plan national de développement (PND) 2012-2015 - Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2012-2015 - Plan régional de développement sanitaire (PRDS) du Haut Sassandra 2015-2017 - Plan régional de développement sanitaire (PRDS) du Guémon 2015-2017
Documents de Plans opérationnels	- Plan opérationnel de l’année 2015 du Programme élargi de vaccination (PEV) - Plan opérationnel de l’année 2015 du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)
Documents de Budget	- Cadre de dépense à moyen terme (CDMT) 2016-2018) - Lois de finance 2015 (répartition du budget du secteur de la santé - Document de Méthodologie d’allocation du budget (MAB) aux établissements sanitaires en Côte d’Ivoire - Matrices d’actions budgétisées de services du Ministère de la santé pour l’année 2015 - Comptes de la santé en Côte d’Ivoire, exercices 2009-2010 du VIH/SIDA, santé de la reproduction et sante infantile
Document de Directives	Directive n° 06/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 de l’Union économique et monétaire ouest africaine (UEMOA) relative aux lois de finances

Les principales rubriques des guides d'entretiens avec les personnes ressources étaient : la description des processus de planification et de budgétisation et des rôles de leurs animateurs, la perception du cadre organisationnel des deux processus, l'analyse du niveau de leur alignement, l'identification des défis, et la détermination des facteurs influençant cet alignement.

La stratégie d'échantillonnage intentionnel a été utilisée pour sélectionner les participants. Les personnes interrogées ont été sélectionnées selon leur rôle et leur position dans chaque processus. Des entretiens ont été menés auprès de vingt-trois (23) acteurs intervenant directement ou indirectement sur le système de santé en Côte d'Ivoire. Ces derniers sont répartis entre le niveau central et le niveau opérationnel notamment, dans la région sanitaire d'Abidjan 2 et celle du Haut Sassandra (Daloa). Le choix des deux régions se justifie par le fait qu'Abidjan 2 ne disposait pas de document Plan régional de développement sanitaire (PRDS) alors que c'était le cas du Haut Sassandra au moment de la réalisation de l'étude. Le consentement éclairé des personnes interviewées a été demandé. Seules celles qui ont donné leur consentement et signé le formulaire ont été interrogées. Toutes ces dispositions ont été certifiées par le Comité National d'Ethique de la Côte d'Ivoire, eu égard à la délivrance d'une autorisation de mise en œuvre du projet à la date du 28 octobre 2015.

De manière cumulative sur les deux sites d'étude, ont été interrogés des responsables administratifs et financiers au niveau central (Directions générales et centrales, Instituts, Programmes de santé et Etablissements publics nationaux (EPN)) ; au niveau intermédiaire, des Directeurs régionaux (DR), Médecins chefs de Districts (MCD), Infirmiers majors, responsables financiers), au niveau périphérique, des responsables de l'administration territoriale/ collectivités décentralisées, des Comités/Conseils de gestion (COGES), des Organisations non gouvernementales (ONG) d'appui, des médecins chefs de services et un Partenaire technique et financier (PTF) multilatéral. Le tableau 2 en fait un résumé.

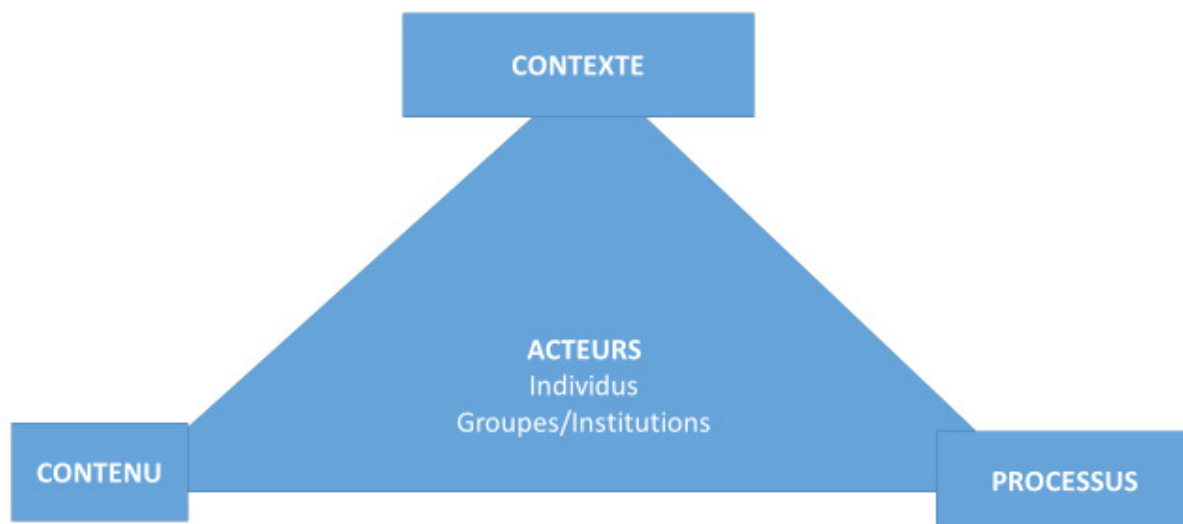
Tableau 2 : Répartition des acteurs interrogés

ACTEURS	EFFECTIFS
Niveau central	06
Niveau intermédiaire	10
Niveau périphérique	04
Société civile	02
PTF multilatéral	01
Total	23

Au total, 23 participants ont été interrogés, répartis entre les différents niveaux du système de santé et dans les administrations connexes. A partir de cette liste, des rendez-vous ont été pris et les entretiens organisés dans le respect des strates d'informateurs prédéfinies. Il en a été ainsi jusqu'au constat de la saturation de l'information à la 23e personne. Dans un souci de vérification et de triangulation des données obtenues à travers les interviews sur le terrain, un panel d'experts Ivoiriens en santé publique (09 membres) a été organisé en ligne au sein de la CoP PBGSS. Le débat instauré entre ces derniers a consisté à vérifier si leurs expériences et analyses correspondaient largement ou réfutaient les résultats obtenus sur le terrain.

Le cadre conceptuel «policy analysis triangle» développé par Walt & Gilson (1994) a été utilisé pour une meilleure compréhension, analyse et prise en compte de tous les pouvoirs décisionnels des acteurs qui ont une influence sur le déroulement des processus de planification et de budgétisation. La représentation de ce cadre conceptuel est ainsi ressortie par la figure 2.

Figure 2 : The policy analysis triangle (Walt & Gilson, 1994)



Guidés par ce cadre conceptuel, les données collectées nous ont permis de réaliser les analyses suivantes :

- les documents clés nationaux ont fait l'objet d'une revue approfondie afin de comprendre le but, les intentions ainsi que le cadre normal envisagé du processus de planification et de budgétisation opérationnelles du système de santé ;
- les entretiens approfondis conduits avec 23 représentants d'acteurs clés du système de santé nous ont permis de décrire comment les processus de planification et de budgétisation opérationnelles se déroulent, afin de déterminer si ces derniers sont alignés ou non.

À partir des deux corpus de données, nous avons ensuite analysé l'organisation, la gouvernance et le contexte institutionnel du système de santé afin de cerner les facteurs qui influent sur les processus de planification/budgétisation et qui favorisent ou entravent leur alignement. Enfin, grâce à ces données nous avons réalisé une analyse des parties-prenantes qui nous a permis d'explorer comment les acteurs du système de santé perçoivent ces processus et ont aussi permis de récolter leurs recommandations relatives à l'amélioration du processus en Côte d'Ivoire.

Quant à la transcription des enregistrements, l'analyse et l'interprétation des données, elles ont été possibles grâce à l'utilisation conjointe des logiciels Sound organizer, Word et Excel. Les analyses ont été renforcées par l'utilisation du «thematic framework approach» décrit par Pope, Ziebland et Mays (2000) en cinq points que sont : la familiarisation, l'identification du cadre thématique, l'indexation, le réarrangement des données et l'interprétation. Par rapport à la mise en lumière du processus de planification et de budgétisation, la familiarisation est passée

par l'immersion dans les données existantes sur la planification et la budgétisation en Côte d'Ivoire et ailleurs. Ceci a mobilisé l'identification d'un cadre thématique qui a permis d'orienter les questions et d'en approfondir d'autres. L'indexation a consisté à annoter les transcriptions avec des codes. Sur cette base, les données recueillies ont été réorganisées et interprétées en conséquence.

Les analyses se sont également appuyées sur la théorie de «l'acteur stratégique» de Crozier et Friedberg (1981). Cette théorie stipule qu'il faut se concentrer sur les stratégies individuelles des acteurs en observant et interprétant les régularités dans leurs comportements. Elle permet ainsi de mettre l'accent sur les atouts que les acteurs peuvent avoir à leur disposition et sur les relations dans lesquelles ils s'insèrent pour améliorer leur capacité d'action et/ou s'aménager des marges de manœuvre. L'analyse menée sous cet angle révèle plusieurs types d'acteurs impliqués dans la planification et la budgétisation. Ce sont les administrateurs, les gestionnaires et les financiers chargés de l'allocation, du contrôle et du paiement du budget. Notre analyse fait également émerger les stratégies de chacun de ces acteurs pour atteindre différents objectifs. Il s'agit pour les administrateurs et gestionnaires de préférer certaines formes de passation de marché à d'autres pour avoir le contrôle sur le budget. C'est par exemple le cas des passations de marché de gré à gré. Ils se caractérisent par des choix préétablis de fournisseurs qui en échange, font des facilités de livraisons bien avant les allocations de budgets et prévoient des commissions pour les responsables. Concernant les financiers, l'analyse permet de clarifier les stratégies que ces derniers développent pour amener les administratifs à leur verser des commissions sur les budgets alloués. Ces stratégies se révèlent à travers les attitudes de renvoi répété des propositions de budget, de réduction ou d'augmentation arbitraire des budgets de certaines structures et de retard dans le paiement des crédits alloués aux services.

L'ensemble des démarches ainsi engagées a permis d'aboutir à des résultats présentés dans la section suivante.

3. RÉSULTATS

Dans cette section nous décrivons les processus de planification et de budgétisation en Côte d'Ivoire ainsi que les facteurs de leur désalignement.

3.1. Aperçu des processus de planification et de budgétisation du secteur de la santé en Côte d'Ivoire

La première articulation de ce point porte sur le processus de planification et la seconde est relative au processus de budgétisation.

3.1.1. Processus de Planification

En Côte d'Ivoire, le processus de planification révèle une composante stratégique et une autre opérationnelle. Au niveau de la planification stratégique, il existe un PNDS et des PRDS. Le PNDS est lui-même une émanation du Plan national de développement (PND) qui est la mutation

conceptuelle du plan quinquennal depuis 1994. Il est révisé tous les 05 ans. La directive à ce niveau est donnée lors de la conférence relative au Plan d'investissement public (PIP) émanant du Ministère chargé du plan et constituant l'une des bases de discussion du budget. Les PND et PNDS couvrant la période 2011-2015 sont ceux qui ont servi à l'étude. Ceux de 2016-2020 étaient en cours de validation au moment de la réalisation de cette étude. Les acteurs du PNDS sont répertoriés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Liste des participants à la rédaction du PNDS

PARTICIPANTS ISSUS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ	PARTICIPANTS INVITÉS
<ul style="list-style-type: none"> - Cabinet du Ministère chargé de la santé - Direction de la prospective, de la planification, de l'évaluation et de l'information sanitaire (DPPEIS) - Direction des affaires financières (DAF) du Ministère de la santé - Direction générale de la santé (DGS) - Inspection générale de la santé (IGS) - Programmes sectoriels de santé - Direction régionale de la santé (DRS) - Direction départementale de la santé (DDS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère en charge du Budget - Ministère en charge du plan - Partenaires techniques et financiers (PTF) - Syndicats du secteur de la santé - Société civile

Le PNDS est le produit du travail conjoint entre les représentants de toutes les structures indiquées dans le tableau. Malgré une liste de participants plus ou moins exhaustive, certains invités brillent par leur absence et d'autres font preuve d'une certaine passivité. Néanmoins, les activités retenues dans le plan sont celles discutées sur la base des besoins exprimés par les acteurs du Ministère, avec les suggestions des PTF et des représentants des syndicats et des membres de la société civile présents.

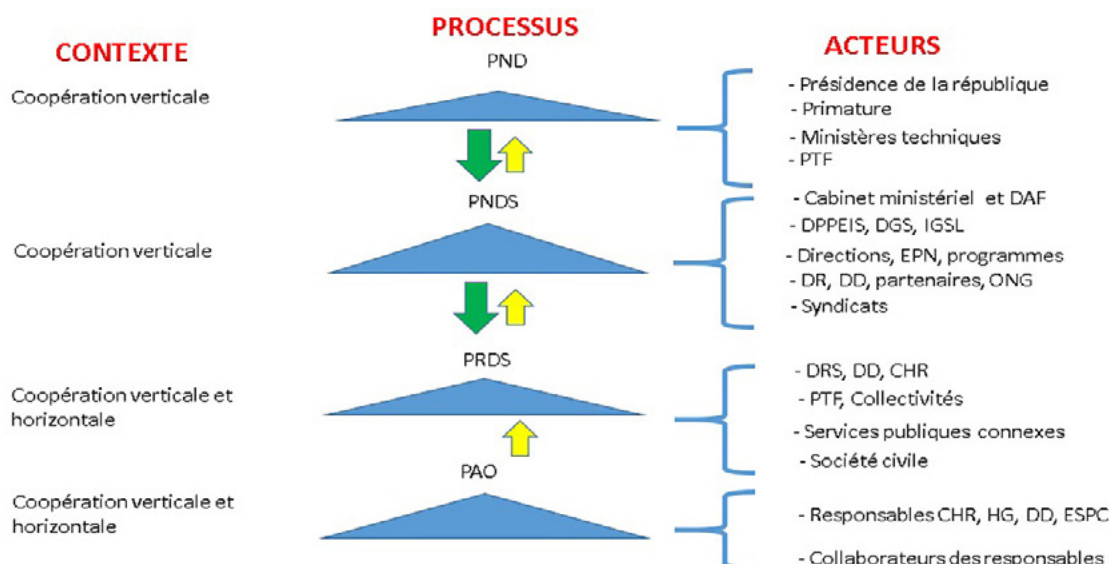
Au plan régional, les PRDS sont développés dans le sillon du PNDS. Ils font l'objet de réunions élargies où sont reçus les besoins non budgétisés des structures périphériques. Les premiers documents de PRDS ont été réalisés en 2014. Seulement 03 régions sanitaires sur un total de 20 en disposaient au moment de l'étude. Ce sont : la région du Haut Sassandra, du Cavally et celle du Guemon. Même si les autres régions n'en disposent pas, elles y sont engagées à travers la mobilisation qu'elles font à la base pour remonter les informations devant servir au PNDS. La mise en place des plans régionaux se fait sous la responsabilité des Directeurs régionaux de la santé avec le concours des acteurs suivants : les Responsables régionaux des finances et du budget, ainsi que ceux des administrations régionales et départementales de la santé, les représentants des hôpitaux et formations sanitaires, des ONG partenaires, les représentants de la DPPEIS et ceux des collectivités décentralisées ainsi que ceux des services publics convoqués. Par ailleurs, des Plans stratégiques sectoriels (PSS) sont développés par les programmes de santé de manière autonome. La Côte d'Ivoire comptait au moment de l'étude vingt-deux (22) programmes de santé dont la liste peut être consultée en annexe.

A propos de ces programmes, les investigations révèlent que malgré la contribution au PNDS, ces derniers développent des plans stratégiques dont les cycles d'exécution ne correspondent pas forcément avec celui du PNDS. Certains PSS couvrent deux ans ou trois ans et d'autres quatre ans voire cinq ans conformément au cycle de planification des PTF qui les financent. A titre d'illustration, l'OMS fonctionne selon un cycle de planification biennale, lorsque l'UNICEF et le PEPFAR/USAID fonctionnent selon un cycle quinquennal. D'autres organismes comme le

PARSSI/UE, le C2D/AFD et le projet de la Banque mondiale (BM) fonctionnent selon un cycle triennal pour les uns et quadriennal pour les autres, puis le Fonds mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose selon un cycle triennal. Par exemple, les programmes consacrés à la lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et le Sida sont alignés sur le cycle de planification du Fonds mondial.

Au niveau de la planification opérationnelle, l'étude a révélé l'existence de PAO des Directions centrales, des Instituts, des Centres hospitaliers universitaires (CHU), des Programmes sectoriels de santé, des Directions départementales dont dépendent les Etablissements sanitaires de premier contact (ESPC), les Hôpitaux généraux (HG) et les Centres hospitaliers régionaux (CHR). La figure 3 présente ainsi le cadre global de planification du secteur de la santé en Côte d'Ivoire.

Figure 3 : Cadre de planification dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire (Création des auteurs)



Ici, les flèches minces ascendantes montrent le processus théoriquement recommandé. Il ressort que les PAO contribuent aux discussions du PRDS. Ces dernières alimentent le PNDS qui à son tour est reversé au PND. Cependant, les flèches larges descendantes montrent la pratique qui révèle que le lien entre PND, PNDS et PRDS ne continue pas avec le PAO ; cela à travers l'absence de la troisième flèche. De même, le PND et le PNDS s'inscrivent dans un contexte de coopération verticale là où le PRDS et le PAO se font sur la base combinée des coopérations verticale et horizontale. La coopération verticale est celle dans laquelle les partenariats sont passés au sommet de l'Etat et les concours des partenaires financiers inscrits au budget général de fonctionnement à travers le financement des programmes de santé.

La coopération horizontale décrit un dispositif de partenariats établis entre les ONG et les programmes sectoriels de santé directement appuyés par les partenaires financiers avec les structures opérationnelles au niveau des Districts sanitaires. Ces Districts sont aussi appelés Directions départementales de la santé (DDS). La coopération verticale amène les animateurs des structures opérationnelles à privilégier les activités ponctuelles des programmes de santé

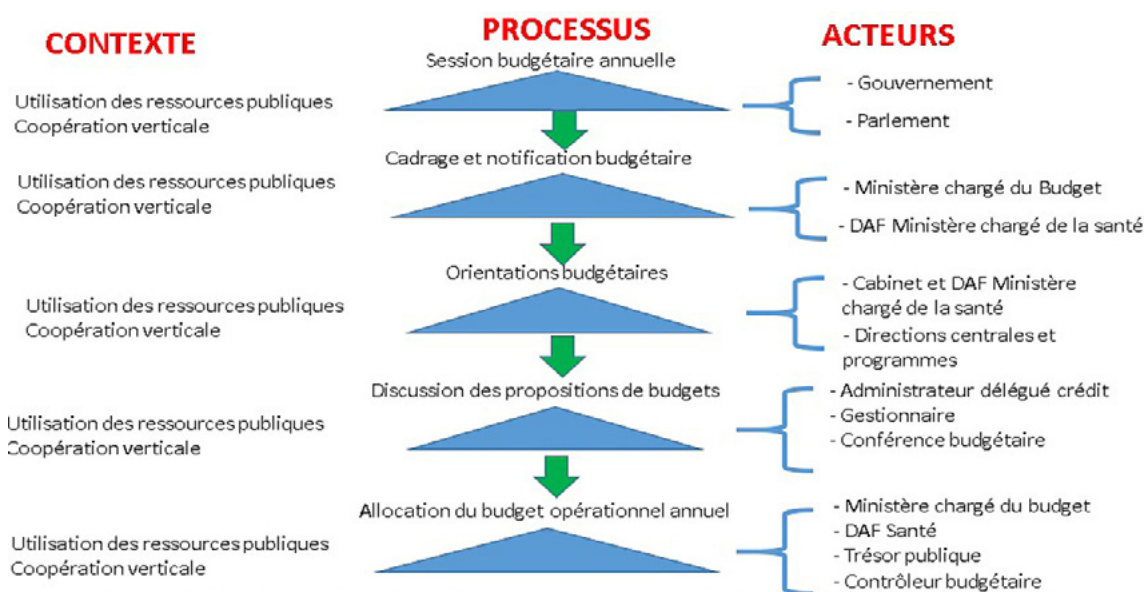
et des ONG internationales jugées rémunératrices aux dépens de leurs activités ordinaires. En définitive, les activités ponctuelles finissent par être valorisées au niveau des Districts sanitaires avec pour conséquence l'abandon des activités courantes en lien avec le budget alloué. Ceci invite à analyser le processus d'allocation des budgets annuels dans le secteur de la santé.

3.1.2. Processus d'allocation budgétaire

En Côte d'Ivoire, le processus d'allocation budgétaire court à partir du deuxième trimestre de l'année en cours. Le budget annuel opérationnel (BAO) qui en découle est l'expression de la redistribution du budget général de l'Etat.

Selon les personnes interrogées, le processus d'allocation du BAO en Côte d'Ivoire s'inscrit dans une approche historique. Celle-ci consiste à reconduire les budgets de l'année précédente en les actualisant pour tenir compte de l'inflation. Le souci du respect de la clé de répartition telle qu'indiquée chaque année s'inscrit dans un processus « rigide » de budgétisation. La figure 4 présente les étapes du processus d'allocation du BAO en Côte d'Ivoire.

Figure 4 : Cadre d'allocation budgétaire du secteur de la santé en Côte d'Ivoire (Création des auteurs)



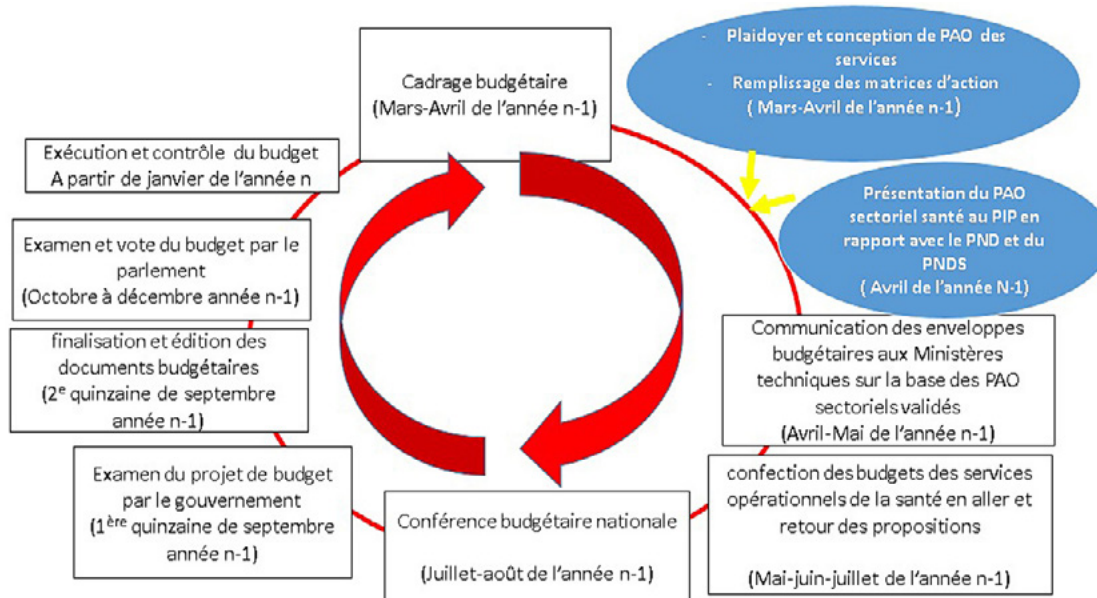
Il est ici illustré un processus de BAO passant par les étapes de session budgétaire annuelle, de cadrage et de notification, d'orientation, de discussion et d'allocation. La session budgétaire annuelle est le moment de la proposition du budget par le gouvernement et son vote par le parlement. Le cadrage et la notification budgétaire constituent ensemble la tribune où chaque Ministère technique, en l'occurrence celui chargé de la santé à travers sa Direction financière, reçoit les recommandations du Ministère chargé du budget et l'indication de l'enveloppe prévue pour la santé. L'orientation budgétaire est caractérisée par les consignes de la Direction financière aux Directions centrales et opérationnelles pour les amener à tenir dans l'enveloppe budgétaire prévue. L'étape de discussion englobe les conférences budgétaires régionales puis

ministérielles qui permettent de discuter les différentes propositions de budgets opérationnels et de faire des tris. L'allocation budgétaire est l'étape ultime à laquelle chaque structure opérationnelle est informée de son budget. Cette figure montre que la subvention de l'Etat est l'élément constitutif du processus d'allocation du BAO. L'on parle alors de «budget de moyen» aux dires des acteurs financiers interrogés par opposition au «budget de résultat». Par ailleurs, les personnes enquêtées sont unanimes sur le fait que l'exécution de ce budget ne permet pas un fonctionnement efficace des services. Les propos d'une personne ressource du niveau central au Ministère en charge de la santé l'attestent en ces termes : « *nos besoins ne sont pas couverts même à 50%* ».

Ceci est confirmé par les affirmations d'un acteur d'allocation budgétaire du même Ministère : « *c'est déjà beaucoup d'efforts qu'on fait quand on finance la moitié des besoins des structures opérationnelles* ».

Un autre financier au niveau régional renchérit en disant : « *allouer les budgets à hauteur de 50% des besoins est pour nous le fruit d'un effort particulier, eu égard aux exigences de la pratique budgétaire en cours dans notre pays* ». Les instances d'allocation budgétaire font prévaloir selon eux une matrice d'action à laquelle doivent se conformer les acteurs opérationnels. Les responsables interrogés ajoutent que le PAO reste facultatif dans les services. Cependant, les matrices d'action remplies par ces services concourent à faire le document PAO du secteur de la santé. Cette situation est mise en lumière par la figure 5, faisant une représentation combinée de la planification et de la budgétisation opérationnelle.

Figure 5 : Porcessus combiné de planification et de budgétisation opérationnelle du secteur de la santé en Côte d'Ivoire (Création des auteurs)



La configuration du processus combiné de planification et de budgétisation opérationnelle montre que le PAO au niveau des services opérationnels est à la marge du processus de budgétisation. Le PAO valable est celui produit au niveau du Cabinet en collaboration avec la DAF sur la base des matrices d'action renseignées et présentées au PIP piloté par le Ministère

chargé du plan. Le rôle des acteurs de planification s'arrête au niveau de l'élaboration du PIP. Le reste du processus est conduit par le Ministère en charge du Budget et la DAF qui est le prolongement de celui-ci à la santé. Ni le Ministère du Plan, ni la Direction de la planification du Ministère en charge de la santé n'influencent le reste du processus. En clair, chaque service opérationnel du secteur de la santé et la Direction de la planification sont soumis au même titre à la décision d'allocation budgétaire de la DAF soutenue par le Ministère chargé du budget et ses ramifications en région.

Cette méthode d'élaboration du PAO et de mise en place du BAO est décrite par les acteurs non financiers du Ministère en charge de la santé. Tous affirment unanimement que cette méthode reste un frein à l'efficacité des prestations en faveur de la population dans les établissements sanitaires de premier contact et les hôpitaux généraux. Ils dénoncent par ailleurs le décalage des dates d'allocation des budgets qui se prolongent jusqu'au deuxième trimestre de l'année N au lieu d'être fait en janvier de cette même année, conformément aux dispositions théoriques. Ils font ainsi état d'un blocage des activités en début d'année.

Tableau 4 : Récapitulatif des points de désalignement entre planification et budgétisation opérationnelle

Point 1	Absence de directives claires pour la réalisation de plans opérationnels des services opposée à une directive rigide pour le budget opérationnel
Point 2	Exigence par les structures d'allocation budgétaire de matrice d'action budgétisée non conforme au contenu des PAO réalisés dans les services
Point 3	Processus de planification et de budgétisation théoriquement participatifs, mais plus ascendants que descendants dans la pratique
Point 4	Cible des PAO constituée par les apports financiers des PTF alors que la cible des BAO est essentiellement la part du budget de l'État allouée au Ministère chargé de la santé

Au regard de ce qui précède, l'on peut affirmer que le processus d'allocation du BAO en l'état actuel des choses n'est pas en lien avec le PAO des services opérationnels. Un tel désalignement s'explique par différents facteurs qu'il convient d'explorer tant sur le plan structurel que sur le plan des logiques d'acteurs.

3.2. Facteurs structurels du désalignement entre les processus de planification et de budgétisation opérationnelle du secteur de la santé en Côte d'Ivoire

Les facteurs en question sont appréhendés au niveau des contextes de réalisation des deux processus et de leur mission respective.

3.2.1. Un désalignement des processus de planification et de budgétisation opérationnelle au niveau des contextes de leur réalisation

Le premier facteur de désalignement est caractérisé par un contexte d'insuffisance de coopération entre les initiateurs des plans et ceux des budgets censés permettre l'exécution de ces plans. Ceci se révèle par des désaccords qui se soldent par des échanges houleux lors des

réunions de synthèse et d'adoption des budgets.

Les investigations révèlent que le processus de BAO est piloté en amont par les acteurs financiers qui ne sont pas les acteurs essentiels de la conception du PNDS, du PRDS et des PAO du secteur de la santé. Certains propos d'acteurs médicaux révèlent que même si la participation des acteurs financiers du niveau opérationnel est requise lors de la mise en place du PAO ou du remplissage de la matrice d'action, celle-ci n'est pas effective. Et quand ces derniers participent, le consensus autour des activités à retenir au budget n'existe pas.

Le deuxième facteur de désalignement lié au contexte de réalisation du processus de budgétisation annuelle est celui de la dichotomie qui existe au niveau des processus de budgétisation d'un PTF à un autre. Entre les PTF, le cycle de planification au cours de l'année varie d'avril à mars pour certains, d'octobre à septembre pour d'autres et de janvier à décembre pour d'autres encore. En face de cette diversité, il y a le cycle de la partie gouvernementale qui part de janvier à décembre. Cela révèle des difficultés pour celle-ci à assurer son leadership par rapport à la coordination des actions de PTF sur le territoire national. Ainsi, certaines structures opérationnelles ont tendance à privilégier le calendrier budgétaire des PTF pour capter des fonds additionnels. C'est le cas des Directions départementales de la santé (DDS) qui pour les opérations de vaccination se cadrent sur le cycle de GAVI (Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation) en collaboration avec la Direction du PEV et pour la lutte contre le paludisme, se confèrent à celui du Fonds mondial en collaboration avec le PNLP.

De même, le contexte de non application de la politique de délégation des tâches aux collectivités contribue au désalignement. En effet, les Conseils régionaux dans leurs prérogatives ont pour mission de construire les infrastructures et les Mairies celles de les équiper et de veiller à leur gestion au quotidien. Aux dires des interlocuteurs, ces collectivités se montrent moins regardantes sur la question d'accompagnement de l'investissement et d'animation des COGES dans les structures sanitaires. Elles sont plutôt en quête de fonds pour des priorités de leur propre fonctionnement, comme le montre ce propos d'un administrateur d'hôpital.

« La loi prévoit que les Mairies et les Conseils régionaux apportent un appui à l'investissement dans les structures sanitaires et à leur équipement ; mais face à leurs propres problèmes de fonctionnement, ces derniers n'arrivent pas à jouer ce rôle ».

Face à cette insuffisance au niveau des collectivités, les structures opérationnelles font recours aux PTF pour leurs projets d'investissement et d'équipement.

Dès lors, le contexte national d'engagement des processus de planification et de budgétisation annuelle n'est pas approprié à un alignement des deux processus. Ce désalignement est également perceptible au niveau des missions.

3.2.2. Un désalignement des processus de planification et de budgétisation opérationnelle au niveau de la mission de chaque processus

Le premier facteur de désalignement réside dans la mission reconnue aux PAO. Selon les acteurs médicaux, celle-ci porte sur la recherche des financements additionnels du budget. Forts de cela et conscients que leurs besoins vont au-delà des rubriques prises en compte par le processus d'allocation du BAO, les auteurs de PAO programment des activités au-delà de celles prises en compte par les lignes inscrites sur la matrice d'action.

Ainsi, le PAO en dehors de la matrice apparaît plus comme un outil de bonne gouvernance dans l'exécution de la mission administrative. La coïncidence avec la matrice d'action budgétisée n'est souvent qu'hasardeuse. Pour nombre d'acteurs, le PAO permet à l'administrateur du service de santé d'avoir un regard assidu sur ses besoins, d'être capable de les présenter à tout instant et d'établir les priorités conformément au champ d'action de chaque PTF qui se présente à lui ; puis de faire des plaidoyers dans le cadre de l'établissement des budgets ou face aux appels de pieds des collectivités territoriales.

Le deuxième facteur réside dans la rigidité de la mission de financement des activités des différents services. Les exécutants des BAO et les financiers révèlent que lorsqu'une ligne n'est pas prévue au budget, elle ne peut absorber aucune finance même si elle s'avère urgente. De même, le cas ivoirien montre que les BAO sont confinés dans la mission de financement du fonctionnement des services aux dépens de besoins d'investissement en infrastructure.

Ainsi, les structures hospitalières et ESPC exécutent les lignes relatives au fonctionnement, alors qu'elles ont besoin d'investissement dans les infrastructures immobilières et le matériel biomédical.

Un propos de responsable de structure hospitalière en est révélateur. Il dit ceci : « *On voit les vrais problèmes d'équipement pour amener les agents à faire de meilleures prises en charge ; mais le budget qu'on nous donne nous oblige à assurer le fonctionnement minimum* ».

Un gestionnaire d'hôpital abonde dans le même sens en disant : « *nous demandons 200 et quelques millions pour mener à bien nos activités de prise en charge médicale et on nous donne 100 millions. De façon arithmétique, voyez l'écart entre 200 et quelques millions et puis 100 millions... pour l'hygiène, on nous donne 9 millions, ça fait 3 mois; 9 millions pour l'année et nous consommons 3 millions par mois, hum! Les services fonctionnent donc au minima et ne peuvent atteindre les objectifs qui leur sont assignés* ». Cela alimente les commentaires de certains interlocuteurs au niveau décisionnel. En effet, ils évoquent la démotivation des agents de santé caractérisée par l'absentéisme au poste et le fait de se consacrer à des prestations de soins dans les cliniques privées plus équipées.

Malgré les difficultés de financement et leur corolaire d'insatisfaction des besoins du niveau opérationnel, toutes les lignes prévues au BAO et non exécutées sont reversées au trésor public et ne constituent pas une économie pour la structure. Ceci implique la réduction du BAO de certains services en année (N+1) sans accompagnement pour une meilleure budgétisation.

L'un des responsables d'ESPC s'exprime sur la question en ces termes : « *le budget est trop*

rigide et il ne nous donne même pas de marge de manœuvre ; si on n'a pas utilisé une ligne, on la supprime en même temps sans tenir compte de ce qu'on veut voir considéré ».

Au regard de ce qui précède, il ressort que les facteurs de désalignement entre le PAO et le BAO résident dans la différence des contextes de réalisation des deux processus d'une part et d'autre part, dans les divergences des exigences de la mission fixée à chacun d'eux. Le deuxième groupe de facteurs résident dans les logiques d'action des acteurs concernés par les deux processus.

3.3. Facteurs de désalignement liés aux logiques des acteurs impliqués dans les processus de planification et de budgétisation opérationnelle

Il s'agit des acteurs en tant qu'institutions et en tant qu'individus.

3.3.1. Facteurs liés aux logiques des acteurs institutionnels

Au niveau des acteurs institutionnels (gouvernement, PTF et société civile), la logique consensuelle de budgétisation et de planification se caractérise par le fait que, ce qui est généralement planifié dans le PNDS et transcrit dans le budget programme ne peut pas être financé par l'Etat seul.

Ainsi dans les PAO des services opérationnels, de nombreux paragraphes s'adressent directement aux PTF. Ces derniers orientent souvent le contenu du document plan opérationnel en conseillant les responsables des structures éligibles aux programmes des PTF. Dans ce cas, ils se disposent à équiper directement les établissements et à proposer des primes aux agents qui concourent à l'exécution de leur mission. En ce qui concerne le BAO, les paragraphes d'investissement et d'équipement sont délibérément mis à l'écart par les institutions d'orientation budgétaire que sont les conférences budgétaires régionales et ministérielles. Ces paragraphes sont implicitement laissés aux PTF ayant fait le choix d'intervenir directement au niveau opérationnel. Dans les faits, la traduction de cette logique en acte ne bénéficie pas d'une coordination réelle. Dès lors, certaines zones où les PTF ne sont pas nombreux à agir deviennent des laissées-pour-compte dans la mesure où leur budget a la même structuration que les budgets des établissements des zones de couverture des PTF. En conséquence, les objectifs fixés sur la base du budget et les possibles accès au financement des partenaires sont rarement atteints.

Un responsable de programme de santé révèle : *« il y a une anomalie entre ce qu'on donne au budget et ce qu'on demande de faire ; ce qu'on demande de faire ne peut l'être sans l'apport des PTF ; or en l'absence de coordination et d'estimation du volume réel de l'apport des PTF, il devient finalement difficile d'assurer un alignement cohérent entre le plan et le budget ».*

Cette incohérence est ici décrite par un Directeur central au Ministère chargé de la santé : *« on n'a pas d'impact et on est dispersé et on reste là à mener des activités qui n'arrivent à rien ; on mène beaucoup d'activités avec les partenaires et on n'a pas de visibilité sur ce que nous devrions réellement faire ».* Il conclut sur le fait que ceci est la conséquence du manque de leadership au niveau du Ministère chargé de la santé notamment chez les acteurs déconcentrés et opérationnels.

Au niveau des COGES qui marquent l'implication de la société civile dans le fonctionnement des services de soins, prévaut la logique de laxisme selon les dires de plusieurs informateurs clés. Ceux-ci révèlent que l'entité COGES s'aligne derrière les options des administratifs sans proposer des alternatives crédibles pour la prise en charge efficace des populations bénéficiaires des prestations. L'organisation est plutôt rattachée aux avantages personnels d'appartenance au comité et n'est pas ingénieuse par rapport à la mobilisation de la participation communautaire au budget. De plus, les COGES qui existent ne renouvellent quasiment pas leurs membres. En définitive, les logiques d'acteurs institutionnels alimentent les incohérences entre plan et budget. En effet, on observe chez ces acteurs un défaut de notification des apports de PTF au budget des institutions opérationnelles ; leur fort attachement aux contributions financières de chaque partenaire, et le comportement laxiste des COGES existants.

3.3.2. Facteurs liés aux logiques des acteurs individuels

Il ressort des différents entretiens que chaque acteur opérationnel exprime la volonté de faire accepter ses desiderata par les acteurs de décision au niveau de l'allocation budgétaire. En clair, les acteurs médicaux s'efforcent à intégrer les lignes prévues à leur propre PAO dans la proposition de BAO qu'ils font, en dépit de la rigueur procédurale des financiers.

Dans cette perspective, les professionnels de soins médicaux s'inscrivent dans une logique d'augmentation des besoins pour espérer une hausse de leur budget, alors que les acteurs financiers sont dans une logique de réduction et d'ajustement des montants alloués.

De même, la logique d'application du paiement direct et celle de favoritisme développées par les animateurs des structures de soins font émerger des situations de désalignement entre le PAO et le BAO. En effet, la pratique budgétaire prévoit pour les établissements de prestation de soins la prévision des recettes au budget alloué. En organisant des paiements directs qui ne sont pas reversés à la comptabilité des services de soins, ces derniers se retrouvent en déficit par rapport à la prévision notifiée au BAO. Ainsi, certains interlocuteurs révèlent que faire correspondre la planification de la collecte des ressources propres avec le budget estimé, reste un problème dans les structures opérationnelles. Ils révèlent des déperditions à l'image de ce que décrit le gestionnaire d'une structure hospitalière :

« Au niveau des ressources propres, pour mobiliser et canaliser tous les fonds dans le créneau des recettes ; Il y a des déperditions avant d'arriver à la caisse à cause des agents qui sont toujours prompts à faire des actes chirurgicaux en dehors des programmes des blocs opératoires et à encaisser directement les factures ».

La logique de favoritisme amène quant à elle les acteurs administratifs et de soins à procéder par tous les moyens de persuasion pour amener leurs proches qui fréquentent les structures de soins où ils sont en service, à être exonérés de certains frais qui concourent au budget de l'établissement. Le récit d'une telle attitude est fait pas un autre gestionnaire: *« Si je connais un tel dans un tel hôpital et que je viens le voir, il va m'accompagner chez un médecin; en allant directement, on prend le raccourci sans payer ; ça c'est une déperdition! Et nous sommes environ 300 dans notre structure; si chacun fait ça, le système s'écroule ».*

Un autre aspect de la logique de favoritisme est alimenté par des acteurs politiques qui usent

de leur pouvoir d'influence sur le système. Aussi arrive-t-il que ces derniers fassent revoir certaines allocations budgétaires à la hausse pour des structures de moindre rendement à côté de structures de même niveau et/ou de la même zone. Un responsable de service de santé l'affirme en ces termes:

« Vous trouverez des structures qui n'ont aucune performance et qui se trouvent avec une grosse ligne alors que la structure-mère est là, elle n'a rien ».

A ce sujet, les questions de compréhension ont trouvé leur réponse dans l'évocation de la puissance et des opportunités conférées par les positions sociales des auteurs des situations dénoncées. Ce jeu de pouvoir prévaut enfin entre les administrateurs délégués de crédits (médecins et autres chefs de services) et les financiers (gestionnaires, contrôleurs financiers et budgétaires). Il se manifeste par une logique d'accusation mutuelle d'ostracisme. En effet, les premiers évoquent le déficit d'implication des seconds lorsque les réunions de programmation des activités se tiennent. Ils leur reprochent de ne pas comprendre leur langage et les enjeux médicaux de leurs interventions. A contrario, les financiers reprochent aux premiers la volonté de faire valoir leur seule opinion et de ne pas leur faire recours pendant la préparation du budget dont ils affirment être les seuls experts. Un administrateur financier révèle : *« quand les médicaux font fi des offres de coaching de la part des financiers dans la mise en place de leur budget, ces derniers sont en droit de se positionner en censeurs des inscriptions unilatérales de lignes dans les projets de budgets ».*

En résumé, les logiques institutionnelles combinées avec les logiques développées par les médicaux et financiers animant le système de santé concourent au désalignement entre le PAO et le BAO.

4. DISCUSSION

A l'issue du présent développement, trois points de discussion sont à signaler. Le premier est relatif à la prédominance de l'option stratégique chez les acteurs de planification ; le second porte sur l'inertie des modes opératoires de l'allocation budgétaire ; et le troisième relève de l'insuffisance de la participation des bénéficiaires aux deux processus.

4.1. De la prédominance de l'option stratégique des plans

A ce sujet, l'étude a montré que dans le système de santé en Côte d'Ivoire, il y a une grande propension des animateurs des services de santé à donner plus de valeur à l'option stratégique dans la réalisation des plans. Ceci justifie une multiplicité de plans stratégiques dans les services déconcentrés en dépit du PNDS et des PRDS. En conséquence, les budgets qui en découlent sont pluriannuels avec des sources de financement qui peinent encore à s'adapter aux priorités nationales du fait d'une absence d'harmonisation.

Ceci correspond à l'analyse de Kelley (2014) qui explique la situation de financement de la santé des populations dans les pays au sud du Sahara par la fragmentation des mécanismes de ce financement. Selon elle, cette fragmentation provoque le non alignement de ces financements aux cycles budgétaires des pays récipiendaires, leur alignement sur les priorités des bailleurs, et

la multiplicité des procédures liées à cette multiplicité de bailleurs.

Ainsi la situation en Côte d'Ivoire souffre d'un manque de conformité avec les clauses de la déclaration de Paris (OCDE, 2005) sur l'aide au développement. Celle-ci consacre l'appropriation par les receveurs d'aide et enjoint les donateurs à l'harmonisation et à l'alignement de leur aide sur les stratégies nationales, à l'atteinte de résultats consensuels et une responsabilité mutuelle de redevabilité des donateurs et des receveurs.

Dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire, la déclaration de Paris se traduit par la signature d'un document officiel appelé «Compact». Malgré la signature d'un «Pré Compact» et l'organisation des réunions de coordination mensuelle avec les PTF, le désalignement demeure une préoccupation nationale.

Aussi convient-il de rendre plus dynamique et viable le cadre de concertation entre la partie gouvernementale et les PTF par l'affirmation d'un leadership fort de la partie nationale.

4.2. De l'inertie des modes opératoires d'allocation budgétaire

A propos de l'inertie des modes opératoires d'allocation du BAO aux services de santé, la situation qui prévaut en Côte d'Ivoire se caractérise par l'intention de mieux faire. Celle-ci passe par l'organisation des séminaires et ateliers. Mais à la fin, la coordination de la collaboration pour l'alignement des plans sur le processus de budgétisation fonctionne difficilement à cause des incompréhensions entre les financiers et les acteurs médicaux. Cette situation est similaire à celle relevée par Tsofa et collègues (2015) dans leur étude au Kenya. En effet, ils mettent en évidence pour le PAO, un déficit de coordination, de réunions, et de suivi. Pour le processus budgétaire, ils évoquent une absence de collaboration des techniciens de la budgétisation du secteur de la santé avec les responsables médicaux initiateurs des PAO. Ceci rejoint l'affirmation de Perrot (2004) selon laquelle les tentatives de recompositions institutionnelles des systèmes de santé butent sur les acteurs qui continuent à vivre en isolation.

Ces faits qui empirent fatalement les efforts d'harmonisation des budgets opérationnels sont imputables selon Ridde (2004) au jeu des acteurs sociaux qui, en dehors des accords politiques font des choix pragmatiques liés à des amitiés, à des appartenances religieuses, régionales et politiques ou à des options mercantilistes.

Pour résorber ces difficultés, la possibilité d'axer le budget sur les résultats est de plus en plus envisagée par les Etats de l'Afrique de l'Ouest. Ces solutions proposent de récompenser la performance des services à travers la bonification du budget. Yaisawarng et Burgess (2006) estiment qu'un processus basé sur la performance peut booster le système de prévision budgétaire. Ils précisent qu'en utilisant ce système, les hôpitaux peuvent être incités à l'efficacité en redistribuant des finances aux plus efficaces d'entre eux. Ceci assure selon eux l'équité et la qualité dans les services de soins en faveur des patients. Par ailleurs, ils espèrent par cette approche résoudre le problème de dépendance extérieure vis-à-vis du processus de budgétisation. Néanmoins, cette approche n'a pas encore fait ses preuves dans les pays où elle est mise en œuvre. En effet, elle révèle des problèmes à résoudre pour réaliser un ciblage des résultats selon l'OCDE (2003) et Bourgault (2004). Ces problèmes sont liés non seulement à l'implication des parlementaires, des ministres et des fonctionnaires mais aussi à la gestion des performances et au mécanisme d'incitation des agents.

4.3. De l'insuffisance de la participation des bénéficiaires

La faible contribution des bénéficiaires au plan et au budget est caractérisée en Côte d'Ivoire par l'inexistence de COGES à certains endroits ou par leur dysfonctionnement là où ils sont installés. De telles situations s'expliquent par des déficits organisationnels incluant les défauts d'alignement entre le moment de la planification des opérations, de leur financement et le fonctionnement des structures.

De même, le processus de planification révèle une imposition des décisions du sommet à la base et systématiquement acceptés par des COGES. Pour Jeppsson et collègues (2004), lorsque le processus de planification est ainsi élaboré, c'est qu'il existe dans sa mise en œuvre une confiance totale des donateurs. Malgré la non évidence de cela pour le cas de la Côte d'Ivoire, le sommet dirige les choses et les COGES s'installent dans une léthargie qui s'apparente à leur disparition. De ce fait, le système de santé se retrouve face à des difficultés pour relever le défi de réalisation des soins de santé primaires tel que conçu par la conférence d'Alma Ata en 1978 et de celui de la participation communautaire requise par l'initiative de Bamako depuis 1987 (OMS, 2003 ; Ridde, 2004).

C'est également le cas dans de nombreux pays au sud du Sahara, notamment le Sénégal pour lequel Ndiaye et collaborateurs (2002) cités par Ridde (2004) révèlent que des comités de santé ne disposent pas de représentants de la population et ne se renouvellent quasiment pas. Ce constat rejoint les analyses de Dujardin (2003) quand il met en évidence les dérives autoritaires du corps médical liées à la négligence de la place du patient et de son contexte dans l'analyse qu'il fait de l'application du «paradigme pasteurien». Dès lors, la participation des bénéficiaires et la redevabilité ne sont pas monnaie courante dans le processus de planification et de budgétisation opérationnelle. Ceci explique le découragement et le refus d'appropriation communautaire de la gestion des structures sanitaires.

Plusieurs auteurs sont tentés d'apporter des réponses au problème de participation des bénéficiaires. Pour Yaisawarng et Burgess (2006) ainsi que O'Meara et collaborateurs (2011), l'extension du temps de planification et de budgétisation peut être permise pour que les structures puissent soumettre leurs plans, les faire passer en revue, les modifier et développer la capacité organisationnelle et communautaire nécessaire pour les mettre en œuvre comme le signifie bien Gonçalves (2014) dans son étude menée sur la participation des bénéficiaires. Afin de renforcer la participation de ces derniers, la Côte d'Ivoire devrait encourager celle des collectivités, des ONG et des membres non médicaux à l'élaboration des plans opérationnels budgétisés et aux conférences budgétaires régionales.

5. CONCLUSION

Au total, la Côte d'Ivoire dispose d'un document PNDS, de quelques documents PRDS et des PAO facultatifs au niveau de différents services opérationnels. Dans la pratique actuelle de la planification et de la budgétisation, la continuité n'est pas évidente entre les trois catégories de plans au point où le processus de budgétisation fait prévaloir des priorités qui ne sont pas forcément celles retenues par le processus de planification.

En clair, le désalignement entre les processus de planification et de budgétisation reste une évidence du fait de l'absence de schéma directeur national-institutionnel formel, décrivant clairement comment le processus de planification opérationnelle doit se dérouler (les acteurs impliqués, le format et les outils harmonisés de planification) et son mode de suivi-évaluation annuel en lien avec la budgétisation annuelle.

Les facteurs de ce désalignement sont d'ordre structurel dont les points essentiels sont :

- L'absence d'un calendrier national (cadre ou cycle de planification) pour la planification opérationnelle, qui prend en compte le calendrier budgétaire national, harmonisé en amont avec le calendrier et le processus de budgétisation très formel et fortement calibré des Ministères en charge des finances et du budget.
- La multiplicité des stratégies et d'approches de planification notamment des PTF, tout particulièrement des calendriers de planification qui diffèrent d'un PTF à l'autre et qui diffèrent aussi du calendrier de l'État.
- Et la nature des contenus des plans et des budgets à l'image du budget de l'État qui met l'accent sur le fonctionnement des structures de l'État et les PAO qui portent sur les activités programmatiques des personnels de santé.

L'aspect comportemental des facteurs révèle d'une part la confrontation des logiques d'acteurs gouvernementaux entre eux (acteurs de gestion des finances publiques, acteurs d'administration des soins dans les districts et régions sanitaires, ainsi que les responsables des collectivités territoriales) et d'autre part, entre toute cette partie gouvernementale et les PTF.

C'est dans ce cadre que la Côte d'Ivoire tente d'effectuer sa mutation en s'adaptant aux directives de l'UEMOA relatives à la nouvelle méthodologie d'allocation budgétaire fondée sur les principes de la Gestion axée sur les résultats (GAR) depuis 2010. Cette mutation se trouve en fin de phase pilote et est censée connaître son effectivité en janvier 2017 selon les autorités.

En guise de recommandations relatives à un alignement entre les processus de planification opérationnelle et d'allocation budgétaire au terme de cette phase pilote, les solutions définitives devront s'attaquer aux facteurs de désalignement mentionnés dans les lignes précédentes. Aussi, ces solutions devront-elles s'articuler autour du renforcement du cadre formel de coordination de la planification et de la budgétisation dans le secteur de la santé. Ce cadre aura pour vocation de permettre à son tour, un accompagnement assidu par la définition d'un canevas d'actions pour tous les acteurs tant institutionnels qu'individuels. Les budgets programmes qui seront élaborés à cet effet resteront liés au PNDS dans son élaboration. Mais l'allocation budgétaire des établissements ou services du Ministère en charge de la Santé restera en l'état, diminuera ou augmentera en fonction des résultats de l'année (n-1). La vérification pourra se faire dans

le Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT). Celui-ci permettra de suivre les dépenses d'investissement sur trois ans sur la base des indicateurs de performance relevés dans le Plan annuel de performance (PAP) conformément aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD) transposés en Objectifs de développement durable (ODD) à l'orée 2030. Les principaux indicateurs relevés sont le nombre de naissances vivantes, le nombre de césariennes, le taux de fréquentation des services, le taux d'hospitalisation et d'observation.

Références bibliographiques

Blum, H.L. (1974). *Planning for health: development and application of social change Theory*, Ed Human sciences Press, Michigan.

Bourgault, J. (2004). La mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats : leçons tirées de l'expérience québécoise. *Revue française d'administration publique* 109 (1) : 109-128.

Buse, K. (2008). Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective health policy analysis, *Health Policy and Planning* 23: 351-360.

Crozier, M. & Friedberg, H. (1981). *L'acteur et le système*, Ed du Seuil, Paris.

Dujardin, B. (2003). *Politiques de santé et attentes des patients: vers un nouveau dialogue*, Kartala, Ed Charles Léopold Mayer, Paris.

Gonçalves, S. (2014). The effects of participatory budgeting on municipal expenditures and infant mortality in Brazil. *World Development* 53: 94-110.

Health and Democracy, (2007). Budgeting for Health-Chapter3, en ligne sur <http://www.section27.org.za/wp-content/uploads/2010/04/Chapter3.pdf>, consulté le 02 août 2015.

IGSL-S-CI. (2014). Evaluation de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire, Abidjan (Document non publié).

Jeppsson, A., Okuonzi, S. A., Östergren, P. O. & Hagström, B. (2004). Using burden of disease/cost-effectiveness as an instrument for district health planning: experiences from Uganda. *Health policy* 70(3): 261-270.

Kelley, A. (Dir) (2014). Une vue d'hélicoptère : cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afriques francophones, Communauté de pratique Accès financier aux services de santé et communauté de pratique financement basé sur la performance, rapport-phase1, 66p, en ligne sur http://www.healthfinancingafrica.org/uploads/8/0/8/8/8088846/rapport_phase_1_recherche_collaborative_muskoka.pdf, consulté le 28 décembre 2015.

MSLS-CI. (2010). Comptes Nationaux de la Santé, Rapport final, Abidjan (Document non publié).

MSLS-CI. (2011). Plan National de Développement 2012-2015, Abidjan (Document non publié).

MSLS-CI. (2014a). Plan Régional de Développement Sanitaire de la Région de la Marahoué PRDS 2015-2017 (Document non publié).

MSLS-CI. (2014b). Plan Régional de Développement Sanitaire du Haut Sassandra PRDS 2015-2017 (Document non publié).

MSLS-CI. (2014c). Plan Régional de Développement Sanitaire du Guemon PRDS 2015-2017 (Document non publié).

MSLS-CI (2014d). Document de méthodologie d'allocation du budget dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire, document de référence, Abidjan (Document non publié).

Ndiaye, P., Tal-Dia, A., Sambou, R., Wone, I., & Diallo, I. (2002). Bilan et perspectives de la participation communautaire au centre hospitalier régional de Ziguinchor (Sénégal). *Cahier Santé*, 12(4), 383-387.

OCDE (2003). II : Pour une gestion axée sur les résultats du développement et sur l'efficacité de l'aide. *Revue de l'OCDE sur le développement*, 4 (1), 39-58. En ligne sur <http://www.cairn.info/revue-de-l-ocde-sur-le-developpement-2003-1-page-39.htm>. Consulté le 02 septembre 2017.

OCDE (2005). Déclaration de Paris et programme d'action d'Accra. En ligne sur <http://www.oecd.org/fr/developpement/efficacite/declarationdeparissurlefficacitedelaide.htm>. Consulté le 14 juillet 2017.

O'Meara, W.P., Tsofa, B., Molyneux, S., Goodman, C., & McKenzie, F. E. (2011). Community and facility-level engagement in planning and budgeting for the government health sector—A district perspective from Kenya. *Health policy* 99(3) :234-243.

OMS (2003). Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : vingt-cinquième anniversaire (Rapport du Secrétariat), en ligne sur http://www.apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/fa5627, consulté le 28 décembre 2015.

Perrot, J. (2004). Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé, OMS, *Discussion paper*, num 1-2004, Genève.

Pope, C., Ziebland, S. & Mays, N. (2000). Qualitative research in healthcare: analysing qualitative data. *British Medical Journal* 320: 114-116.

Ridde, V. (2004). L'initiative de Bamako 15 ans après : un agenda inachevé, HNP, Washington, en ligne sur www.wds.worldbank.org, Consulté le 30 mars 2016.

Sabatier, P.A. (ed.) (2007). *Theories of the policy process*. Boulder, CO: Westview Press.

The Health Planners Toolkit, (2006). The planning process, Module 1, Ontario, en ligne sur <https://cursos.campusvirtuelsp.org/mod>, consulté le 02 août 2015.

Tsofa, B., Molyneux, S. & Goodman, C. (2015). Health Sector Operational Planning and Budgeting Processes in Kenya—"never the twain shall meet". *International Journal of Health Planning and Management* 1-17.

Walt, G. & Gilson, L. (1994), Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 9: 353-370.

Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R. & Gilson, L. (2008). 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning* 23: 308-317.

Yaisawarng, S. & Burgess, J. F. (2006). Performance-based budgeting in the public sector: an illustration from the VA health care system. *Health Economics* 15(3): 295-310.

ANNEXE

Liste des programmes de santé en Côte d'Ivoire

N°	PROGRAMMES	Sigles
1	Programme Elargi de vaccination	PEV
2	Programme National de Lutte contre le Paludisme	PNLP
3	Programme National de Santé Mère-Enfant	PNSME
4	Programme National de Santé Infantile et de la Survie de l'Enfant	PNSI/SE
5	Programme National de Santé Scolaire et Universitaire	PNSSU
6	Programme National de Nutrition	PNN
7	Programme National de Prise En Charge des Personnes Vivant avec le VIH-SIDA	PNPEC/VIH-SIDA
8	Programme National de Lutte contre la Tuberculose	PNLT
9	Programme National de Promotion de la Santé Bucco-Dentaire	PNPSBD
10	Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle	PNPMT
11	Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles	PNPMNT
12	Programme National d'Élimination de la Lèpre	PNEL
13	Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli	PNLUB
14	Programme National de Lutte contre le Cancer	PNLCa
15	Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (diabète)	PNLMM
16	Programme National de Santé Mentale	PNSM
17	Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions	PNLTa
18	Programme National de Lutte contre la Cécité	PNLCE
19	Programme National d'Éradication du Ver de Guinée/ Eau et assainissement	PNEVG/EA
20	Programme National d'Élimination de la Trypanosomiase Humaine Africaine	PNETHA
21	Programme National de Lutte contre la Schistosomiase, les Géohelminthiases et les Filarioses Lymphatiques	PNLSGFL
22	Programme National de Développement de l'Activité Pharmaceutique	PNDAP
23	Programme National de Lutte contre l'Hépatite Virale	PNLHV

Cahiers REALISME
Numéro 14, Novembre 2017

Comité éditorial:

Maria José Arauz Galarza
Marie Munoz Bertrand
Lara Gautier
Valéry Ridde
Emilie Robert
Emmanuel Sambieni
Sylvie Zongo

Coordinatrice de la collection:

Lara Gautier

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03

Montréal, Québec, Canada H3N 1X9

www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/
cahiers-realisme@equitesante.org

La Chaire REALISME

Lancée en 2014, la Chaire de recherche REALISME vise à développer le champ en émergence de la science de l'implantation en santé mondiale. Plus spécifiquement, son objectif est d'améliorer la mise en œuvre des interventions communautaires afin de les rendre plus efficaces dans une perspective d'équité en santé.

Dans ce cadre, la Chaire lance une nouvelle collection de documents de recherche portant sur les interventions communautaires de santé dans les pays à faible revenu, et/ou les problématiques touchant les populations les plus vulnérables dans ces pays et au Canada.

Les Cahiers REALISME

La création de ces Cahiers vise à prendre en compte un certain nombre de problèmes :

- Diffusion limitée des recherches en français et en espagnol sur le thème de la santé publique appliquée à la santé mondiale, du fait de l'anglais comme langue de diffusion principale
- Accès restreint pour les chercheurs de certains pays et la plupart des intervenants aux recherches publiées dans les revues scientifiques payantes
- Publications en accès libres payantes dans les revues scientifiques limitant la capacité des étudiants et jeunes chercheurs à partager leurs connaissances dans ces revues
- Processus de publication dans les revues scientifiques longs et exigeants

Compte tenu de ces problèmes, de nombreuses recherches ne sont pas publiées du fait de la longueur des procédures, des contraintes de langue, des exigences élevées de qualité scientifique.

L'objectif des Cahiers REALISME est d'assurer la diffusion rapide de recherches de qualité sur les thèmes de la Chaire en accès libre, sans frais, en français, anglais et espagnol.

Les contributions sont ouvertes aux étudiants aux cycles supérieurs (maîtrise, doctorat) et stagiaires postdoctoraux et aux chercheurs francophones, anglophones et hispanophones.

Les Cahiers s'adressent à tous les étudiants, chercheurs et professionnels s'intéressant à la santé publique appliquée à la santé mondiale.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Cahiers Scientifiques REALISME
Numéro 14, Novembre 2017

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03
Montréal, Québec, Canada H3N 1X9



www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/