



MINISTERE DE LA SANTE

**ESTIMATION DES FLUX DE RESSOURCES ET DEPENSES
RELATIVES A LA LUTTE CONTRE LE SIDA (REDES) À
DJIBOUTI : 2013-2014**

NOVEMBRE 2015



SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAU	3
LISTE DES GRAPHIQUES	3
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	4
REMERCIEMENTS	5
RESUME ANALYTIQUE.....	6
I. INTRODUCTION.....	8
II. CONTEXTE DE L'ETUDE	8
III. PROFIL DE DJIBOUT	9
IV. METHODOLOGIE	13
LA PRE-ENQUETE	
LA COLLECTE DES DONNEES	
LA SAISIE ET LE TRAITEMENT DES DONNEES	
V. LIMITES DE L'ETUDE.....	14
VI. DIFFICULTES RENCONTREES	15
VII ANALYSE ET VALIDATION DES RESULTATS.....	16
LA MOBILISATION DES RESSOURCES.....	16
LES DEPENSES PAR AXE	18
LES DEPENSES PAR SOURCE DE FINANCEMENT.....	18
LES DEPENSES PAR AGENTS DE FINANCEMENT	21
LES DEPENSES PAR DOMAINE D'INTERVENTION	23
LES DEPENSES PAR POPULATION BENEFICIAIRES	25
LES DEPENSES PAR OBJET DE LA DEPENSE	27
LES DEPENSES PAR PRESTATAIRES	29
VIII. COCLUSIONS	30
IX. RECOMMANDATIONS.....	30

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N° 1 : Synthèse des dépenses par source de financement	19
Tableau N° 2 : Synthèse des dépenses par agent de financement	21
Tableau N° 3 : dépenses par domaine d'intervention	23
Tableau N° 4 : Dépenses par population bénéficiaire (en DJF)	25
Tableau N° 5 : dépenses par objets de la dépense	27
Tableau N° 6 : dépenses par prestataire (en DJF)	29

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Estimation de la prévalence du VIH à Djibouti entre 1990-2014.....	12
Graphique 2 : Evolution de la prévalence du VIH /milieux urbain et rural	12
Graphique 3 : Budget du PSN et dépenses REDES.....	16
Graphique 4 : Evolution des besoins et dépenses de 2008 à 2014	17
Graphique 5 : Evolution du gap de financement de 2008 à 2012.....	17
Graphique 6 : Répartition par axe du PSN (2013-2014)	18
Graphique 7 : Répartition des dépenses par source de financement.....	19
Graphique 8 : Répartition des dépenses par agent de financement	22
Graphiques 9 a, 9 b: Dépenses par domaine d'intervention.....	24
Graphique 10 a & b : Répartition des dépenses par population bénéficiaire	26
Graphique 11 : Dépenses par population bénéficiaire totale.....	27
Graphique 12 : Dépenses par types de facteurs de Production	28
Graphique 13 : Dépenses par types de facteurs de Production totale.....	28
Graphique 14 a & b : Dépenses par prestataire	29

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV	Anti Rétro Viraux
CTILSPT	Comité Interministériel de Lutte contre le sida, le Paludisme et la Tuberculose
FHI 360	Family for Health International
FM/SPT	Fonds Mondial de Lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
HSH	Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres Hommes
IBSS	Integrated Biological and Behavioural Surveillance Survey
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
OEV	Orphelins et autres Enfants vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Agence des Nations Unies pour la Lutte contre le sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PLS	Programme National de Lutte contre le sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/ sida
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
REDES	Estimation nationale des ressources et Dépenses de lutte contre le sida
RTS	Resources Tracking System
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TS	Travailleuses de Sexe
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United State Agency International for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

REMERCIEMENTS

Au terme de l'élaboration de ce rapport, nos remerciements sont adressés à l'ensemble des structures du secteur public (Ministère de la Santé, ministère du budget), du secteur communautaire (ONG), du secteur privé ainsi que celles relevant du secteur de la coordination nationale ; qui ont bien voulu transmettre (renseigner les fiches de collecte de données financières) en vue de la réalisation de la présente étude.

Nos remerciements s'adressent également à l'ensemble des Partenaires techniques et financiers pour la diligence dont ils ont fait preuve lors de la collecte des données. Il s'agit des agences du Système des Nations Unies à Djibouti et de FHI 360/PEPFAR/USAID.

PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS :

Ministère de la santé
Ministère des Finances
Bureau pays de ONUSIDA

ASSISTANCE TECHNIQUE
Mr Samatar Ahmed Kayad
Mme Mouna Osman Aden

RESUME ANALYTIQUE

La République de Djibouti s'est engagé dans l'élaboration de son troisième rapport sur l'analyse du flux des ressources et dépenses engagées dans la lutte contre le sida sur la période de 2013 et 2014. Ce rapport permettra non seulement d'avoir une idée sur le montant des fonds injectés dans le cadre de la réponse nationale face au sida, mais également de mettre en exergue un certain nombre d'obstacles à la réalisation des objectifs fixés dans le cadre du Plan stratégique national de lutte contre le sida pour la période 2012 – 2016 et de donner des orientations pour faciliter les prochaines planifications.

Cet exercice a été initié par le Secrétariat Exécutif du Comité Technique Interministériel de Lutte contre le sida, le Paludisme et la Tuberculose (SE/CTILSPT) avec l'appui du bureau pays de ONUSIDA.

L'analyse des dépenses et du budget du Plan stratégique National de Lutte contre le sida (PSN) durant la période de 2013 à 2014 nous montre que le taux de mobilisation des ressources était très satisfaisant et que les dépenses représentaient 93 % en 2013 et 94% en 2014 du total des besoins de la réponse nationale. En effet, les dépenses sur les 2 années sous analyse se chiffrent à 1 501 841 569 DJF réparties comme suit : 787 124 549 DJF en 2013 et 714 717 020 DJF en 2014.

L'analyse sur cette période montre la dépendance de la réponse nationale du pays au financement extérieur. En effet, durant toute cette période les contributions du Gouvernement n'ont pas dépassé la barre de 21% dans le financement de la riposte au VIH/ sida. Les contributions domestiques pendant la période concernée se chiffrent à 155 108 800 DJF en 2013 et 139 831 331 DJF en 2014 soit 20% des dépenses.

Durant la même période, les contributions bilatérales et multilatérales se chiffraient à 632 015 749 DJF en 2013 et 574 885 688 DJF en 2014, soit 80% des dépenses.

Une part importante des fonds de lutte contre le sida ont transité par les organismes multilatéraux avant d'être utilisée dans la mise en œuvre des interventions. En effet, durant cette période, les dépenses qui ont transité par ce mécanisme se chiffrent en 2013 à 401 915 749 DJF et à 344 785 688 DJF en 2014 tandis que les fonds qui ont transité par les organismes bilatéraux se chiffrent à 230 100 000 DJF en 2013 et 230 100 000 DJF en 2014.

La part des fonds qui ont transité par le secteur public représentaient quant à eux 155 108 800 DJF en 2013 et 139 831 331 DJF en 2014. L'analyse montre que les fonds qui transitent par le secteur public représentent 20% des interventions.

L'analyse des dépenses par domaine d'intervention montre que les fonds ont été investis plus dans la gestion et l'administration des programmes à concurrence de 41.5% en 2013 et 46.5% en 2014 et ceci au détriment des soins, du traitement, de la prévention et d'autres interventions. Les dépenses dans le domaine des ressources humaines représentaient 17.3% en 2013 et 19.1% en 2014.

Les dépenses de prévention représentent respectivement 25.1% et 25.9% en 2013 et 2014, tandis que les soins et traitements représentent 15.7 % en 2013 et 8.4% en 2014. Les dépenses consacrées aux autres catégories (orphelins et autres enfants rendus vulnérables et services sociaux, environnement favorable) ne représentent que 0.5% en 2013 et 0.2% en 2014.

L'analyse des dépenses par population bénéficiaire révèle que pour les années 2013-2014 une très grande part des dépenses a été faite en faveur des PVVIH soit respectivement 31 % et 35%. Il est à noter que Djibouti a bénéficié des ressources du PEPFAR pour des interventions ciblant les populations clés et les populations à haut risque comme les professionnels du sexe et leurs clients, les camionneurs et les dockers.

La désagrégation des dépenses suivant le facteur de production révèle que la majeure partie des ressources est orientée vers les dépenses courantes qui étaient de 99% en 2013 et 98 % en 2014. Les dépenses d'investissement étaient presque nulles et représentaient respectivement 1 et 2% sur les deux années consécutives.

La répartition des dépenses par prestataire de services durant les cinq dernières années révèle que plus de la moitié des ressources destinées au programme VIH sont exécutées directement par les entités bilatérales et multilatérales et représentaient 77%. Viennent ensuite les dépenses orientées vers le secteur public qui elles font 19% en 2014. Quant aux dépenses effectuées par le secteur privé, elles ne représentent que 3% en 2013 et 4% en 2014.

I. INTRODUCTION

L'analyse des dépenses nationales relatives au VIH/sida à DJIBOUTI a pour objet de faire le point quant aux flux financiers liés à la riposte nationale à l'épidémie. Cette analyse des dépenses qui est le troisième du genre permet d'avoir une lecture des transactions financières depuis leur origine jusqu'à leur destination finale, à savoir les bénéficiaires des biens et des services.

L'analyse des ressources et dépenses nationales relatives au sida n'est pas exclusivement réservée au suivi des dépenses de santé, elle permet également d'apprécier l'impact des interventions et d'orienter les futures planifications.

Le cadre d'analyse et de suivi des ressources et dépenses relatives au sida est doté d'une méthode normalisée de notification des données et d'indicateurs assurant le suivi des progrès accomplis dans le cadre des objectifs de la déclaration d'engagement adoptée lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS).

Il renforce également l'application des "Trois principes" et fournit des informations stratégiques sur la gestion de la riposte nationale au sida par l'autorité nationale chargée d'en coordonner les divers aspects. Il permet enfin une meilleure affectation et une réallocation des ressources dédiées à la riposte nationale.

II. CONTEXTE DE L'ETUDE

La République de Djibouti fait face à une épidémie généralisée de l'infection à VIH avec une séroprévalence estimée à 1.67, l'une des plus élevées de la région MENA.

La vision de la lutte contre l'épidémie de VIH à Djibouti obéit au principe de l'accès universel à la prévention, au traitement, au soin et soutien. Ainsi, depuis 2003, le pays s'est doté d'un seul cadre de coordination national multisectoriel présidé par le Premier Ministre, et a successivement formulé des Plans Stratégiques Nationaux(PSN) de lutte contre le VIH/ sida, successivement pour : 2003-2007, 2008-2012 et 2012-2016.

L'engagement du gouvernement en matière de santé est appréciable avec un budget alloué au secteur de la santé en augmentation et qui est passé de 7.34% en 2013 à 7.44% en 2014. Des accords de financement bilatéraux ou multilatéraux avec différents partenaires dont le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose et PEPFAR ont permis de soutenir la réponse nationale à l'épidémie.

Djibouti a déjà reçu trois subventions du Fonds Mondial ; le round 4 déjà clôturé de US\$ 11 998 400, le round 6 de US\$ 6 269 389 également clôturé et enfin le Mécanisme Transitoire de Financement (TFM) qui a débuté en 2013 et en cours.

En octobre 2014, le pays a entrepris la revue du PSN 2012 – 2016 à travers une analyse exhaustive de la situation de l'épidémie, de ses déterminants et des réponses programmatiques et financières mises en œuvre durant ces quatre dernières années. Une analyse des dépenses allouées à la lutte contre le VIH et sida pour la période 2013-2014 est effectuée afin de mieux documenter la traçabilité des ressources par rapport aux différents programmes.

Ces données vont permettre l'élaboration du rapport pays 2015 sur les progrès réalisés dans le cadre de la mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH et sida de juin 2011 de même que l'élaboration de la note conceptuelle combinée VIH/TB pour le Nouveau Mécanisme de Financement du Fond Mondial pour la période 2015-2017.

En effet, une des exigences des partenaires financiers notamment le Fond Mondial est que les projet soient soutenus et accompagnés par des données chiffrées des dépenses relatives à la lutte contre le sida de même que des besoins en ressources pour la mise en œuvre de la réponse nationale, ceci justifie la présente analyse des dépenses liées au VIH a Djibouti pour la période 2013-2014.

III. PROFIL DE DJIBOUTI

La République de Djibouti a une superficie de 23.200 km². Il est situé dans la Corne de l'Afrique et partage des frontières avec l'Érythrée au Nord, l'Éthiopie à l'Ouest et au Sud et la Somalie au Sud - Est. Elle possède une façade maritime longue de 370 km qui donne sur la Mer Rouge et le Golfe d'Aden.

Djibouti se distingue par sa position géostratégique à l'entrée de la Mer Rouge et au carrefour des routes maritimes. Le pays est subdivisé en 5 régions administratives : Ali Sabieh, Dikkil, Arta, Tadjoura, Obock et Djibouti qui est également la capitale politique et économique.

La population de Djibouti est de 818.159 habitants dont près des deux tiers vivent dans la capitale. Le taux d'accroissement de la population est très élevé (5%) dont 3% du au flux migratoire. La majorité de la population (98%) est de confession musulmane de rite sunnite. Les langues officielles du pays sont le français et l'arabe. Le somali et l'afar sont les langues nationales.



Selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain de 2013, Djibouti est classé 164ème sur 187 pays, avec un indice de développement humain de 0,445. L'indice de développement humain a été de 0,454 en 2002 contre une moyenne de 0,465 pour les pays d'Afrique au Sud du Sahara et 0,651 pour les pays arabes.

Les conflits armés et une série de contraintes exogènes parmi lesquelles le déclin de l'aide extérieure et un afflux massif de populations réfugiées en provenance des pays voisins dont l'Ethiopie, la Somalie et l'Erythrée ont fortement bouleversée la situation économique de Djibouti depuis le début des années 1990.

Djibouti représente la stabilité dans la région de la Corne de l'Afrique et du Golfe d'Aden en proie à de nombreux conflits internes. Djibouti abrite plus d'une dizaine de bases militaires d'armées étrangères.

Les revenus monétaires sont très insuffisants, près des trois quarts de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. La comparaison des résultats des enquêtes sur les dépenses des ménages de 1996 et 2002 indique clairement l'aggravation de la pauvreté et des inégalités. Près des trois quarts (74 %) de la population Djiboutienne vivent en dessous du seuil de pauvreté relative de 198.2 FD en 2002 contre 45 % en 1996. La progression de l'extrême pauvreté a été plus rapide passant de 9,6 % en 1996 à 42 % en 2002. L'analphabétisme touche plus de la moitié de la population, mais il est plus accentué pour les femmes avec un taux de 72 %.

Cette pauvreté de masse a accéléré des inégalités se manifestant essentiellement à trois niveaux :

- Au niveau des dépenses (les 20% les plus aisés dépensent huit fois plus que les 20% des plus pauvres);
- Au niveau de l'espace, puisque le développement inégal des districts trouve sa traduction dans des déficits sociaux plus aigus et une marginalisation des populations rurales (en effet, près de deux tiers de la population est concentré dans la capitale et sa périphérie et 1 habitant sur 10 réside dans les chefs-lieux des districts de l'intérieur; et les activités économiques sont concentrés presque exclusivement à Djibouti-ville au détriment des localités de l'intérieur) ;
- Au niveau de genre, à cause de traditions culturelles et de valeur sociale coutumière, qui marginalisent les femmes.

Les difficultés d'accès à l'eau sont le lot quotidien des populations sédentaires et nomades. Le taux de pauvreté de ces districts oscille autour de 90 % contre 64 % dans la ville de Djibouti, de même leurs taux de scolarisation tournent autour de 40% contre 50% dans la ville de Djibouti.

L'économie Djiboutienne est principalement basée sur les services. Le secteur tertiaire représente 83% du PIB et occupe la très grande majorité des salaires. Le secteur primaire ne rentre que pour 3,2% du PIB, et le secteur secondaire pour 13,5%.

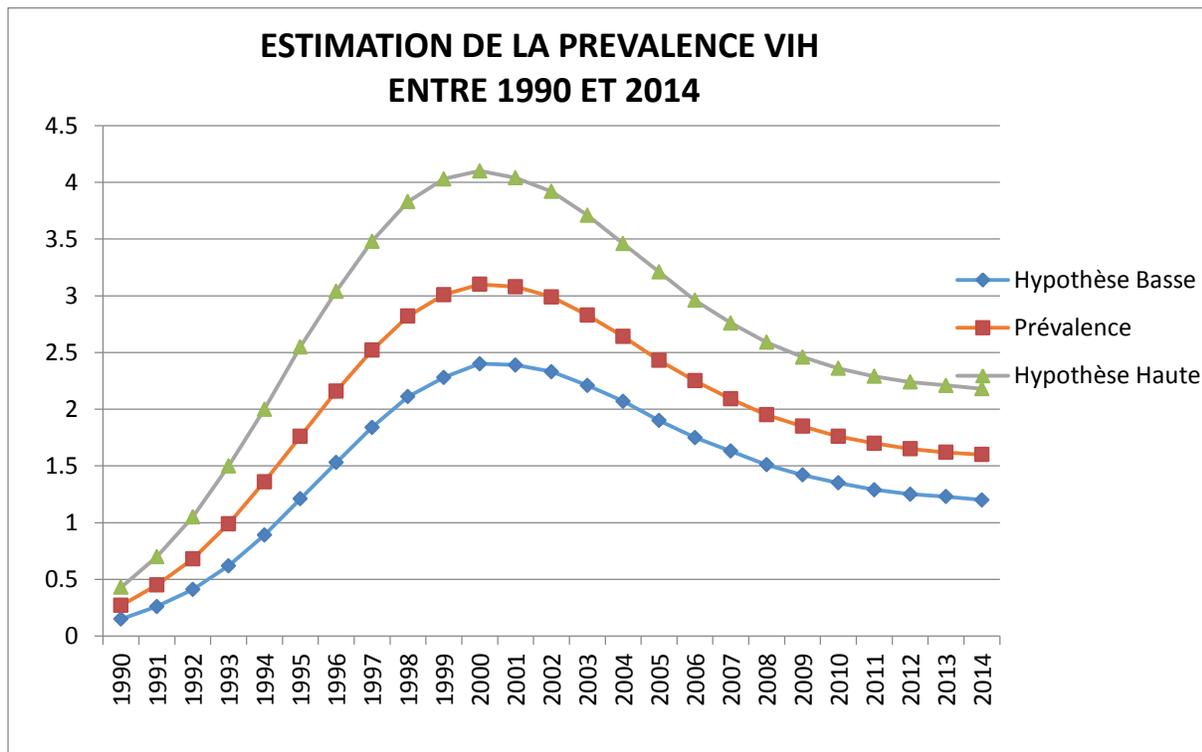
Au cours des dix dernières années, les profondes réformes visant à transformer Djibouti en une plate-forme commerciale et de services pour la région de la Corne de l'Afrique se sont traduites entre autres par le développement et la réhabilitation de l'infrastructure du transport à l'appui au Port de Djibouti comme le moteur de croissance économique et de l'emploi, la création de la zone franche commerciale et industrielle, et l'amélioration de l'environnement des affaires.

Les données sur les tendances de l'évolution de l'infection à VIH proviennent de la surveillance sentinelle au niveau de 15 sites répartis sur le territoire national en suivant cinq groupes de population : (i) les femmes enceintes, (ii) les travailleuses du sexe, (iii) les clients présentant une IST, (iv) ceux ayant une coïnfection VIH et Tuberculose et (v) les donneurs de sang.

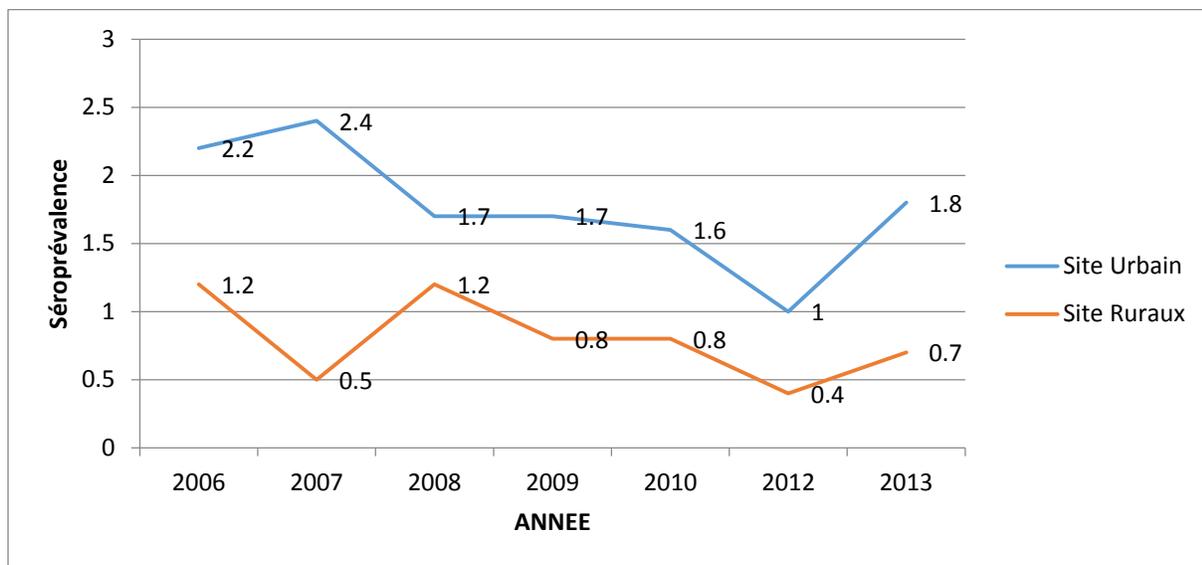
Djibouti connaît une épidémie de l'infection à VIH de type généralisé dont la séroprévalence est estimée à un taux de 1,60% en 2014 avec une tendance à la baisse depuis 2003 dans une fourchette de prévalence située entre de 1% et 2,8 %.

En 2014, le nombre de personnes vivant avec le VIH a été estimé à 7317, et le nombre de décès dus au sida à environ 682 personnes. (Rapport Estimation, Programme de lutte contre les IST/VIH/sida 2014).

Graphique 1 : Estimation de la prévalence du VIH à Djibouti entre 1990-2014



Graphique 2 : Evolution de la prévalence du VIH en milieu urbain et rural



IV. METHODOLOGIE

Il a été procédé à une pré-enquête suivie de la collecte, de l'analyse et du traitement des données ayant conduit à la rédaction du présent rapport. La revue documentaire a permis de faire le point sur le financement de la lutte contre le VIH/sida sur base des rapports d'activités du programme, des partenaires techniques et financiers et des principaux projets et ONG.

LA PRE- ENQUETE

L'équipe des consultants recrutés pour la circonstance a dressé la liste des structures publics, privés, ONG nationales et internationales et des partenaires techniques et financiers à considérer dans le cadre de l'enquête. Une lettre du Ministre de la Santé a été adressée aux responsables des structures identifiées et retenues en vue de les informer et solliciter leur coopération dans le cadre de l'étude.

L'identification des structures à visiter a permis d'estimer la durée approximative de la phase de collecte. Les structures retenues ont été réparties entre les membres de l'équipe qui se sont individuellement organisés pour accéder aux responsables des structures.

Les supports de collecte d'information ont été revus en vue de les adapter au contexte de Djibouti et à les multiplier.

Au cours d'une réunion organisée en vue du démarrage de l'étude, les différentes institutions nationales, les partenaires de la coopération bi et multilatérale et la société civile ont été informés sur l'étude, ses objectifs, ainsi que les résultats attendus.

LA COLLECTE DES DONNEES

En prélude à la phase de collecte proprement dite, les documents suivant ont été envoyés à chaque structure :

- Une copie de la lettre du ministre de la santé
- Le fichier nommée « Définition et classification NASA »
- Le formulaire de collecte des données à remplir
- Une note explicative pour le remplissage du formulaire de collecte.

Des entretiens ont ensuite été conduits auprès des sources et agents de financement et des prestataires. La collecte proprement dite des données sur le terrain au niveau des structures a duré 1 mois (du 15 septembre au 15 octobre 2015).

Après chaque interview, un contrôle de la cohérence des données a été fait afin de s'assurer de leur bonne qualité et éviter notamment qu'il y ait des doublons.

En cas de besoin, une recherche complémentaire des informations manquantes a été faite afin de disposer de l'information la plus exhaustive et la plus vraisemblable possibles.

LA SAISIE ET TRAITEMENT DES DONNEES

Une fois la collecte terminée, les données ont encore une fois été vérifiées par l'équipe d'experts. Par la suite, l'équipe a ensuite procédé :

- à la codification et saisie des données dans le tableur Excel. La codification des activités a consisté à les rattacher à un code précis permettant son introduction dans le logiciel. A chaque intervention ont été associés l'objet de la dépense, les populations bénéficiaires ainsi que les différents facteurs de production intervenant dans l'activité ;
- au contrôle de la qualité et de la cohérence de l'ensemble des données ainsi que la vérification des informations manquantes. Cette dernière étape a permis de supprimer les doublons.
- à la saisie des données dans le RTS/NASA et la production des matrices.

V. LIMITES DE L'ETUDE

L'équipe de l'étude a relevé les limites suivantes :

L'étude concerne les ressources et dépenses de la période écoulée en termes de dépenses réellement effectuées. En conséquence, elle ne fait pas ressortir l'écart entre les ressources mises à disposition et les montants transférés ou investis ;

L'outil ne renseigne pas sur les contraintes liées à la mobilisation des ressources et les retards dans la mise à disposition des fonds alloués ;

En l'absence de la tenue d'une comptabilité analytique par les structures du secteur public et par certains prestataires, l'outil REDES ne permet pas de faire une estimation exhaustive des interventions de l'Etat et des coûts des intrants notamment en cas de cofinancements des activités ;

Les difficultés à accéder aux données et informations de certains partenaires malgré la lettre du ministre de la santé ;

Certaines dépenses des ménages non pas été prises en considération, notamment les aspects en rapport avec l'achat des préservatifs dans les pharmacies privées, les frais acquittés auprès des cliniques privées de soins, les frais de transport des malades pour rejoindre les lieux de prise en charge de même que les frais supplémentaires liés à l'alimentation et à la nutrition, etc...

Certaines données communiquées n'ont pas été désagrégées par interventions, et par public cible, amenant l'équipe de travail à procéder à des estimations. Dans ce cas les rubriques 98 et 99 sont utilisées à défaut d'avoir une information plus fiable,

La collecte des données a été effectuée sur Djibouti ville uniquement même si les autres régions ne représentent qu'une faible proportion en termes de population et de fourniture de données de transaction financières. En plus, les informations sur les financements en direction des régions passent forcément par une structure du niveau central.

VI. DIFFICULTES RENCONTREES

La difficulté majeure relevée dans cet exercice réside dans la participation effective de l'ensemble des structures concernées ainsi que dans la disponibilité des données désagrégées notamment par catégorie de dépense.

L'absence de chargé de suivi et évaluation au niveau de certaines structures ou programme a rendu difficile l'obtention des données.

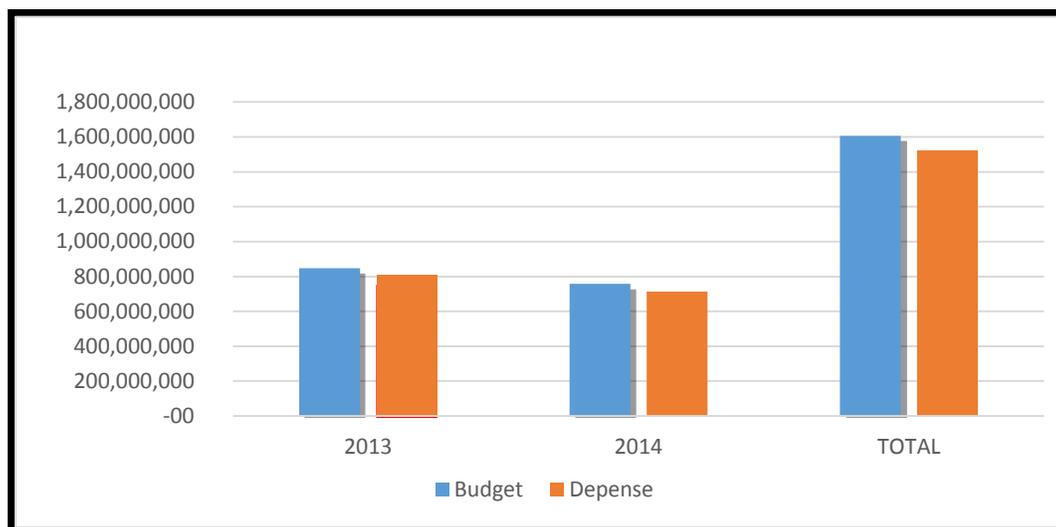
Le retard dans les délais de fourniture des données par certaines structures et la non maîtrise de la technique du remplissage des formulaires de collecte par les fournisseurs de données.

VII. ANALYSE ET VALIDATION DES RESULTATS

Les résultats concernant le niveau de financement et de dépenses en matière de VIH/sida, combinés avec l'information démographique, socio-économique et épidémiologique du pays ont permis de présenter des indicateurs de distribution de la dépense.

LA MOBILISATION DES RESSOURCES

Graphique 3 : Budget du PSN et dépenses REDES (en DJF)



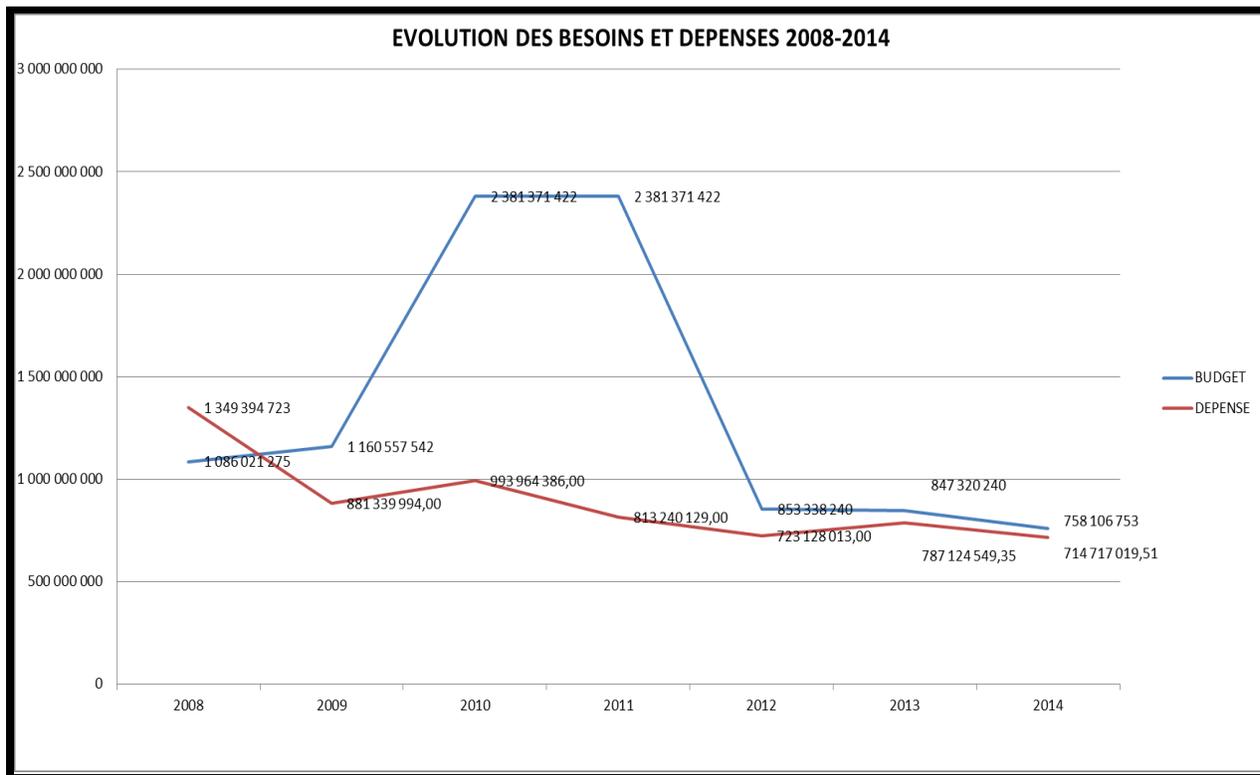
L'analyse des dépenses et du budget du PSN 2012 – 2016 durant la période de 2013 et 2014 nous montre que les dépenses durant cette période représentent 93.5% du budget. Le taux de mobilisation des ressources était de 93 % en 2013 et de 94 % en 2014.

L'évolution des besoins en ressource nécessaires pour la lutte contre VIH/ sida est passée de 1 086 021 275 DJF en 2008 pour atteindre son plus haut niveau en 2010 soit 2 381 371 422 DJF et atteindre son plus bas niveau en 2014 avec 714 717 0120 DJF.

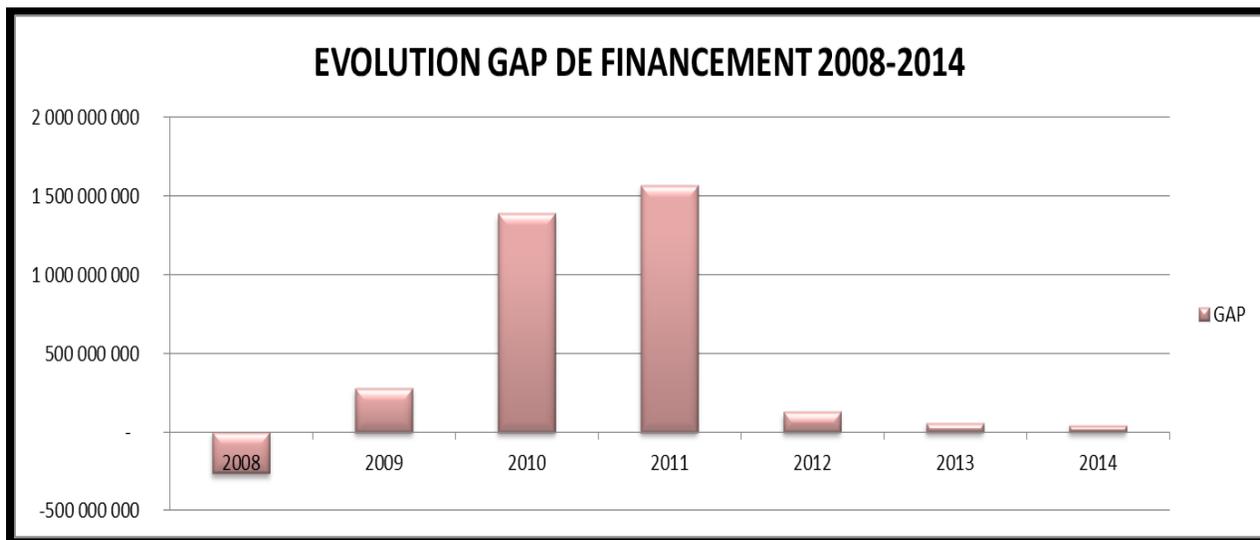
Alors que les ressources mobilisées ont atteint leur plus haut niveau en 2008 avec 1 349 394 723 DJF et leur plus bas niveau en 2014 avec 714 717 020 DJF.

Soit un taux de mobilisation de plus de 66% pour l'ensemble, ceci est illustrée à travers le graphique ci-après.

Graphique 4 : Evolution des besoins et dépenses (en DJF)



Graphique 5 : Evolution du gap de financement de 2008 à 2014 (en DJF)



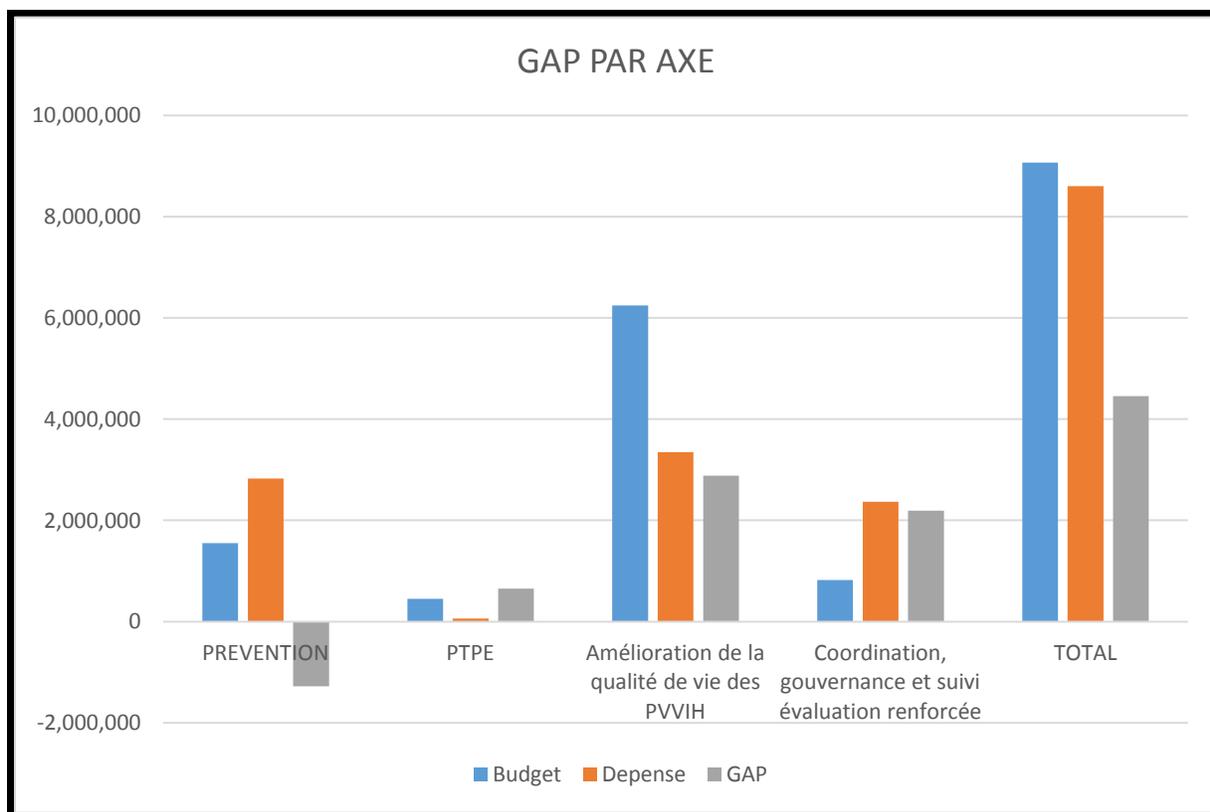
L'ANALYSE DES DEPENSES PAR AXE

En 2008, les ressources investies dans la lutte contre le sida étaient supérieures aux besoins mais la période de 2009 à 2011 a été caractérisée par une augmentation croissante du gap de financement passant de 279 217 548 DJF en 2009 à 1387 407 036 DJF en 2010 et 1 568 131 116 DJF en 2011.

L'année 2012 s'est caractérisée par une diminution du gap de financement suite à une révision des besoins dans le cadre du plan stratégique National (2012-2016) passant de 1 568 131 116 DJF à 130 310 726 DJF en 2012.

Cette tendance de la réduction du gap financier s'est maintenue jusqu' en 2011 pour atteindre 60 195 691 DJF en 2013 puis 43 389 733 DJF en 2014.

Graphique 6 : Répartition par axe du PSN (2013 et 2014)



L'analyse du gap de financement montre une disparité nette tant entre les axes qu'à l'intérieur même de certains axes.

En effet, le financement de la lutte contre le sida en 2013 et 2014 est assuré globalement à 93% mais un équilibre du financement est nécessaire car:

L'axe prévention est financé à hauteur de 183% des besoins. Un seul partenaire finance hauteur de 92% pour les activités d'une seule intervention, alors que les autres interventions manquent de financement,

L'axe « Transmission du VIH de la mère à son enfant sera éliminé » est financé uniquement à hauteur de 13% soit un gap de financement de 87%,

L'axe prise en charge et réduction de l'impact est financé uniquement à hauteur de 54% des besoins soit un gap de financement de 46%,

L'axe coordination, suivi-évaluation est sur-financé à hauteur de 288% des besoins.

LES DEPENSE PAR SOURCE DE FINANCEMENT

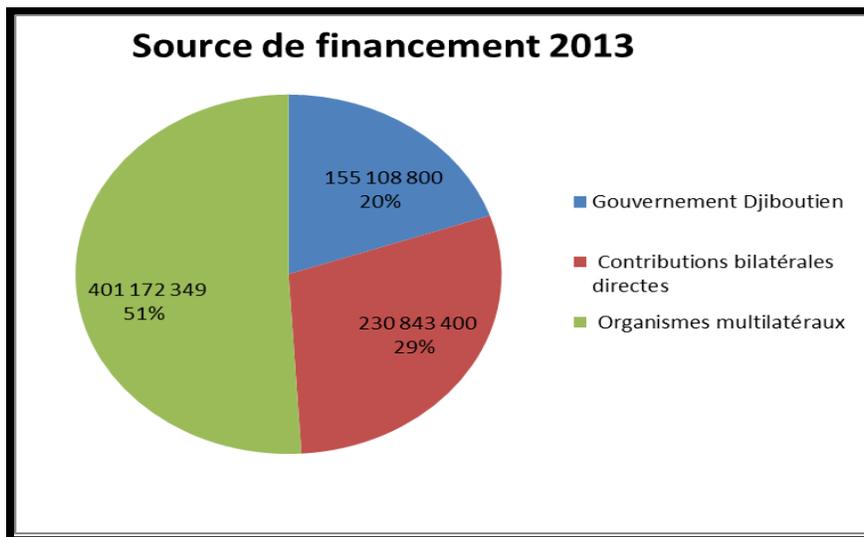
Tableau 1 : Synthèse des dépenses par source de financement (en DJF)

Source	2013	2014	TOTAL
Gouvernement Djiboutien	155 108 800	139 831 331	294 940 131
Contributions bilatérales directes	230 100 000	230 100 000	460 200 000
Organismes multilatéraux	401 915 749	344 785 688	746 701 438
TOTAL	787 124 549	714 717 020	1 501 841 569

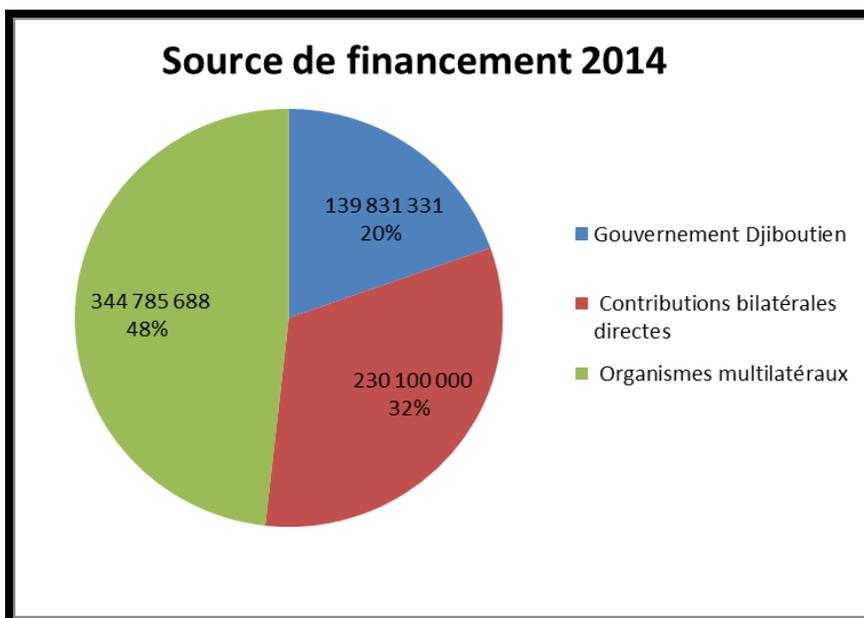
Les dépenses de lutte contre le sida au cours de la période 2013 – 2014 se chiffrent à 1 501 841 569 respectivement : 787 124 549 DJF en 2013 et 714 714 020 DJF en 2014.

L'analyse des dépenses sur cette période montre la dépendance de la réponse nationale aux ressources externes. En effet, durant toute cette période le Gouvernement n'a pas dépassé la barre de 20% comme le montre les graphiques ci-après:

Graphique 7a: Les dépenses par source de financement (en DJF)



Graphique 7b: Les dépenses par source de financement (en DJF)



En 2013, 20% des dépenses ont été faites sur les fonds provenant du Gouvernement, et 80% sur les fonds provenant des partenaires internationaux dont 51 % provenant des multilatéraux et 29 % provenant des bilatéraux.

Notons que 41 % des dépenses ont été faites sur les fonds provenant du Fonds Mondial de Lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme, suivi du PEPFAR qui lui a contribué à hauteur de 29%, suivis du PAM à hauteur de 4% et enfin du HCR à hauteur de 3% et le reste par les autres partenaires du système des Nations Unies.

Nous notons l'absence du financement en provenance du secteur privé, le financement par les fondations internationales à but non lucratif ainsi que les ONG internationales.

Il faut noter qu'en 2014, 20% des dépenses ont été faites avec des fonds domestiques du Gouvernement contre 80% avec les fonds provenant des partenaires internationaux. Des fonds d'origine externe, 48% provenait des partenaires multilatéraux et 32% des bilatéraux.

Des dépenses effectuées avec des fonds d'origine externe, notons que 36% provenait du Fonds Mondial de Lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme, 32% de PEPFAR, 5% du PAM, 4% du HCR et le reste des 23% par les autres agences du système des Nations Unies.

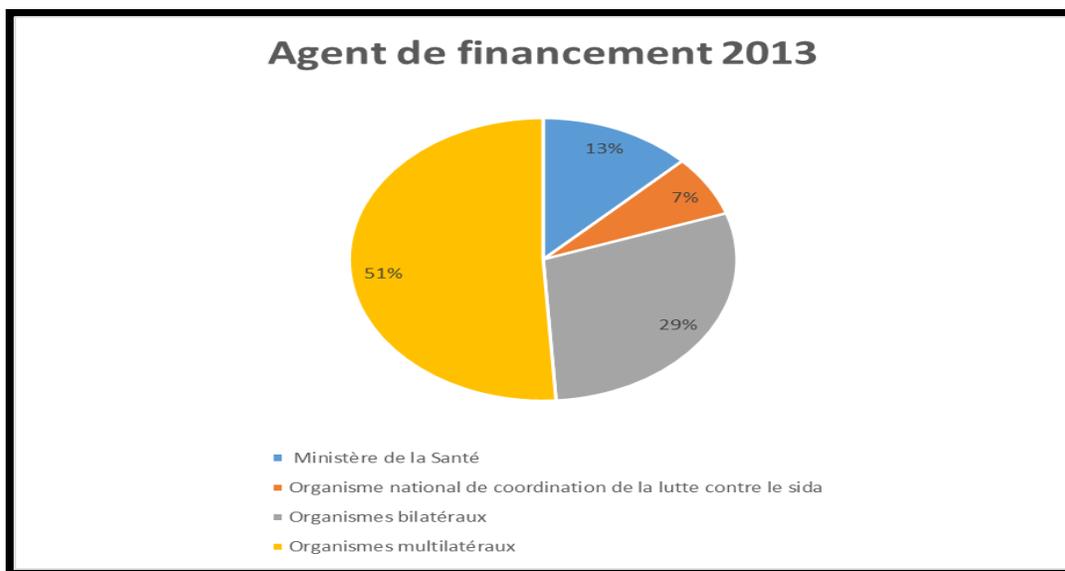
LES DEPENSES PAR AGENT DE FINANCEMENT

Tableau 2 : Synthèse des dépenses par agent de financement (en DJF)

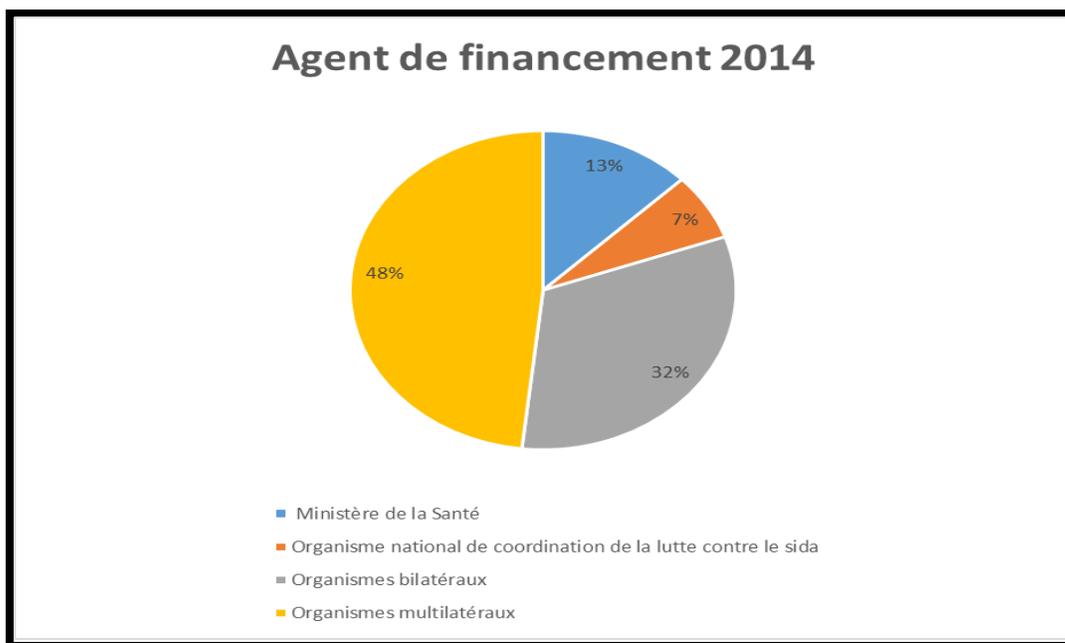
	2013	2014	TOTAL
Ministère de la Santé	100 274 023	91 257 929	191 531 952
Organisme national de coordination de la lutte contre le sida	54 834 777	48 573 402	103 408 179
Organismes bilatéraux	230 100 000	230 100 000	460 200 000
Organismes multilatéraux	401 915 749	344 785 688	746 701 438
TOTAL	787 124 549	714 717 020	1 501 841 569

Les dépenses par agent de financement montrent qu'une part importante des fonds dépensés dans la lutte contre le sida a transité par organismes multilatéraux comme le montre les graphiques ci-après :

Graphique 8a : Les dépenses par agent de Financement (2013 à 2014)



Graphique 8b : Les dépenses par agent de Financement (2013 à 2014)



L'analyse montre que la plus grande partie des fonds transite par les organismes multilatéraux. En effet, les parts des fonds qui transitent par les organismes multilatéraux sont respectivement de 51% en 2013, 48% en 2014.

Durant toute la période les fonds qui ont transité par le secteur public représentent moins de 30% des fonds dépensés.

LES DEPENSES PAR DOMAINE D'INTERVENTION

Tableau 3 : dépenses par domaine d'intervention (en DJF)

INTERVENTION	2013	2014	TOTAL
Prévention	197 300 368	184 815 985	382 116 353
Soins et traitement	123 504 446	60 159 156	183 663 602
OEV	885 000	1 239 000	2 124 000
Gestion et administration de programmes	326 410 272	332 255 928	658 666 200
Ressources humaines	136 100 487	136 246 950	272 347 437
Environnement favorable	2 923 977	0	2 923 977
TOTAL	787 124 549	714 717 020	1 501 841 569

L'analyse des dépenses de l'année 2013 par chapitre d'intervention montre qu'une très grande part a été dépensée dans la gestion et administration des programmes (41.5%).

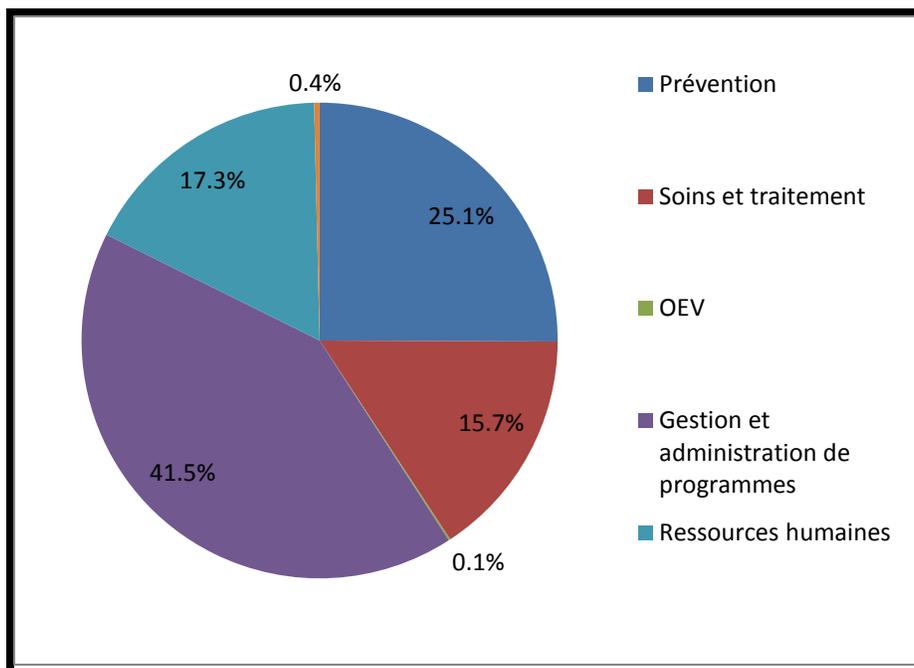
Les parts respectives pour ces différentes catégories de dépenses sont les suivantes : la prévention (25.1%), le ressources humaines (17.3) les soins et traitements (15.7%), l'environnement favorable (0.4%), les orphelins et autres enfants vulnérables (0.1%).

Une telle répartition des dépenses n'est pas la plus productrice des résultats escomptés. La plus grande part des dépenses devrait être consacrée aux aspects programmatiques tels les soins et traitements et la prévention.

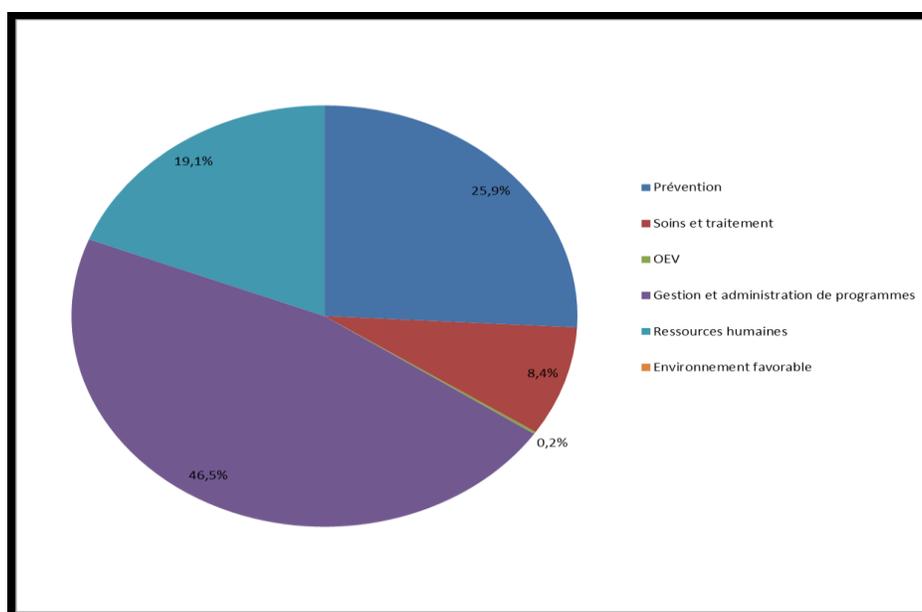
Pour l'année 2014, une très grande part a été également dépensée dans la gestion et administration des programmes (46.5%). Les autres catégories de dépenses sont réparties comme suit : la prévention (25.9%), le ressources humaines 19.1%, les soins et traitements (8.4%), les orphelins et autres enfants vulnérables (0.2%).

L'illustration des dépenses par chapitre d'intervention est traduite à travers les graphiques ci-après :

Graphiques 9a : Les dépenses par domaine d'intervention 2013



Graphiques 9b: Les dépenses par domaine d'intervention 2014



LES DEPENSES PAR POPULATION BENEFICIAIRE

Tableau 4 : Dépenses par population bénéficiaire (en DJF)

POPULATION CIBLE	2013	2014	TOTAL
PVVIH	243 860 909	266 715 971	510 576 879
Groupes de pop. particulièrement vulnérables	231 252 000	230 100 000	461 352 000
Autres groupes de pop clés	27 850 596	31 152 000	59 002 596
Ensemble de la pop.	9 800 136	12 296 190	22 096 326
Initiatives non ciblées	274 360 909	174 452 859	448 813 768
TOTAL	787 124 549	714 717 020	1 501 841 569

L'analyse des dépenses par population bénéficiaire révèle que pour les années 2013 et 2014, une très grande part des dépenses a été effectuée au profit des PVVIH.

Il a noté aussi que Djibouti obtenu un fonds d'un partenaire financier (PEPFAR) pour mener des activités touchant les groupes de population particulièrement vulnérables (les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et leurs partenaires sexuels), les camionneurs.

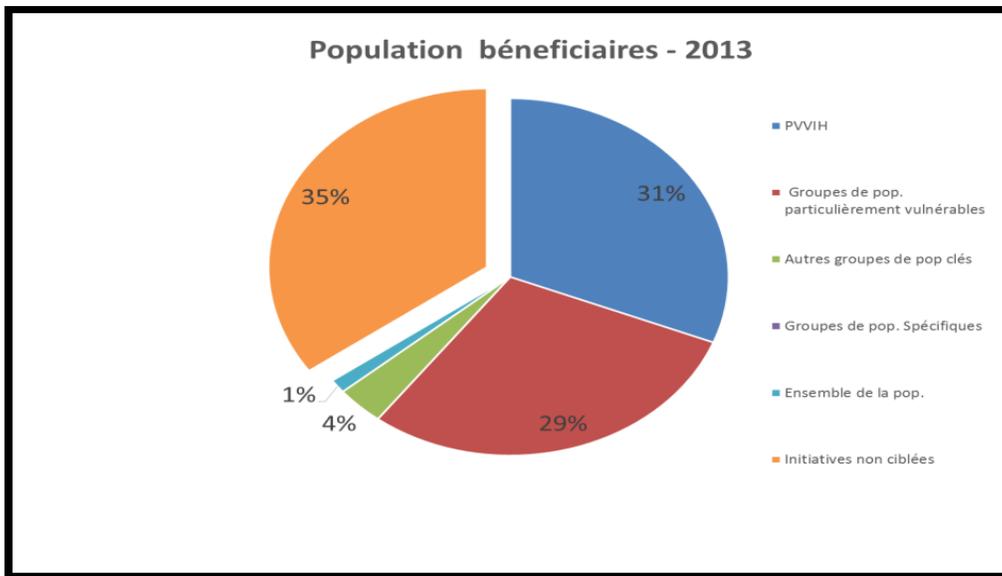
En effet, les dépenses les plus importantes sont réparties comme suit :

Pour l'année 2013, les rubriques qui prennent les plus grandes parts sont les initiatives non ciblées (35%), les PVVIH (31%), les groupes de population particulièrement vulnérables (29%) les autres groupes de population clés (4%) enfin l'ensemble de la population (1%).

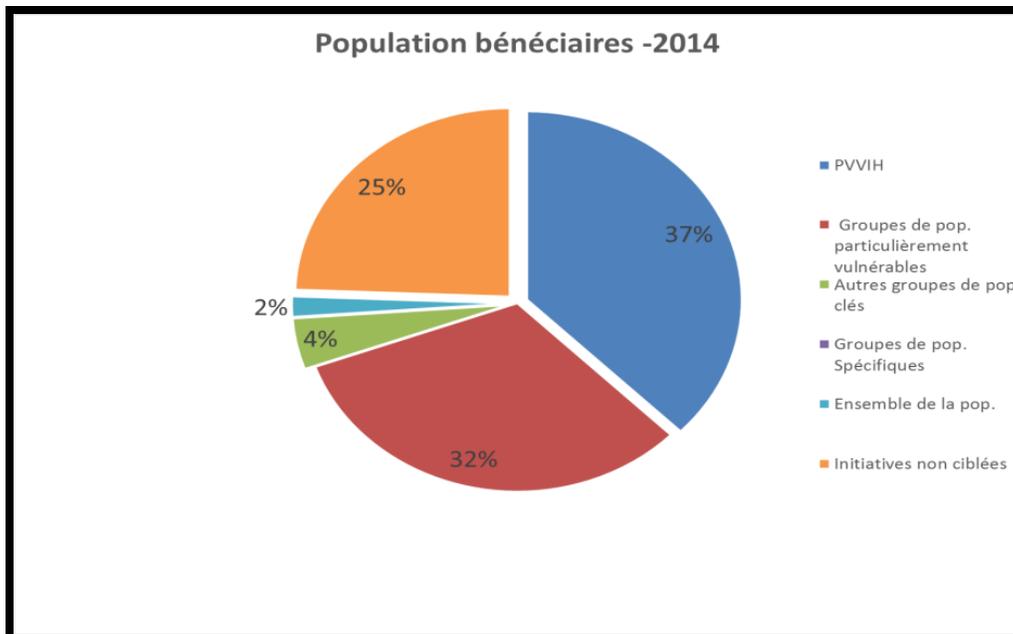
Pour l'année 2014, les rubriques qui prennent les plus grandes parts des dépenses sont: les Personnes vivant avec le VIH (indépendamment du diagnostic médical/clinique concernant le sida) (37%), les groupes de population particulièrement vulnérables (32%) les initiatives non ciblées (25%), autres groupes de population clés (4 %) et enfin l'ensemble de la population (2%)

Ci-après les graphiques illustrant les parts des dépenses pour tous les groupes de populations bénéficiaires

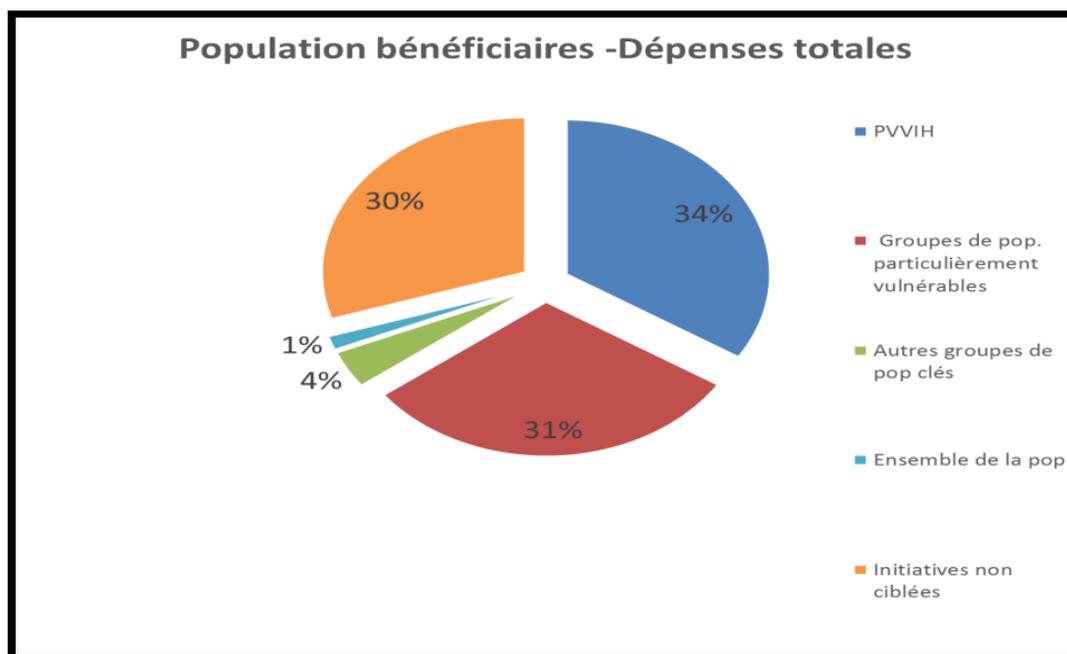
Graphique 10a : Les dépenses par population bénéficiaire en 2013/2014



Graphique 10b : Les dépenses par population bénéficiaire en 2013/2014



Graphique 11 : Les dépenses totales par population bénéficiaire 2013/2014



LES DEPENSES PAR OBJETS DE LA DEPENSE

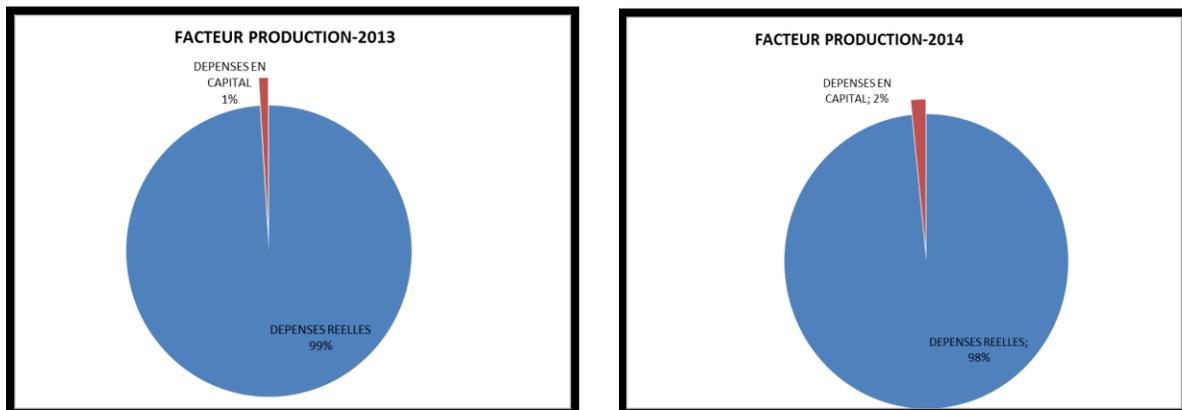
Tableau 5: dépenses par objets de la dépense (en DJF)

	2013	2014	TOTAL
DEPENSES COURANTES	774 184 187	707 466 900	1 481 651 087
Revenus du travail (indemnisation des employés et rémunération des propriétaires)	228 645 439	211 802 349	440 447 788
Fournitures et services	545 538 748	495 664 551	1 041 203 299
Matériels	156 646 193	118 000 185	274 646 377
Services	145 150 457	132 405 378	277 555 835
Dépenses courantes, données non ventilées par type	243 742 098	245 258 988	489 001 086
DEPENSES EN CAPITAL	12 940 362	7 250 120	20 190 482
Constructions			0
Equipements	12 940 362	7 250 120	20 190 482
TOTAL	787 124 549	714 717 020	1 501 841 569

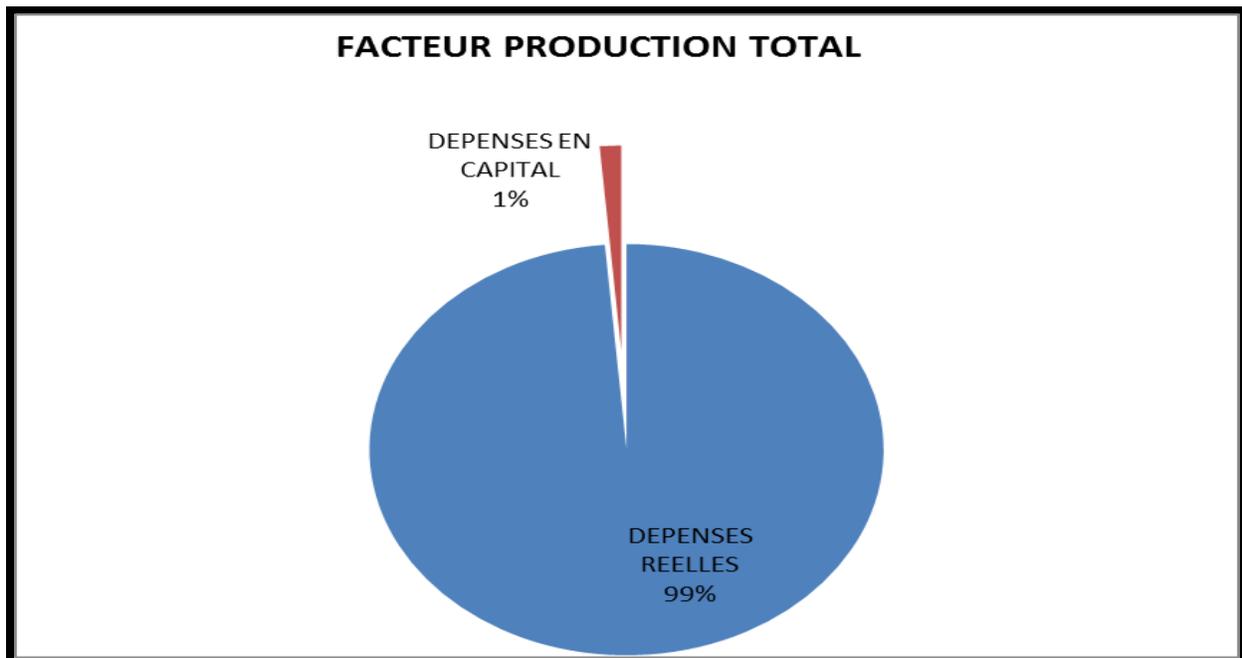
L'analyse de la composition des dépenses par type de facteurs de production ou objets de la dépense ces deux dernières années met en relief que la majeure partie des ressources est orientée vers des dépenses courantes (Dépenses réelles) réelles.

Même si les dépenses en capital sont encore faibles car ils représentent 1% en 2013 et 2% en 2014. Comme le montre les graphiques ci-après :

Graphique 12 a & b: Les dépenses par types de facteurs de Production 2013/2014



Graphique 13: Les dépenses par types de facteurs de Production 2013/2014



LES DEPENSES PAR PRESTATAIRE

Tableau 6: dépenses par prestataire (en DJF)

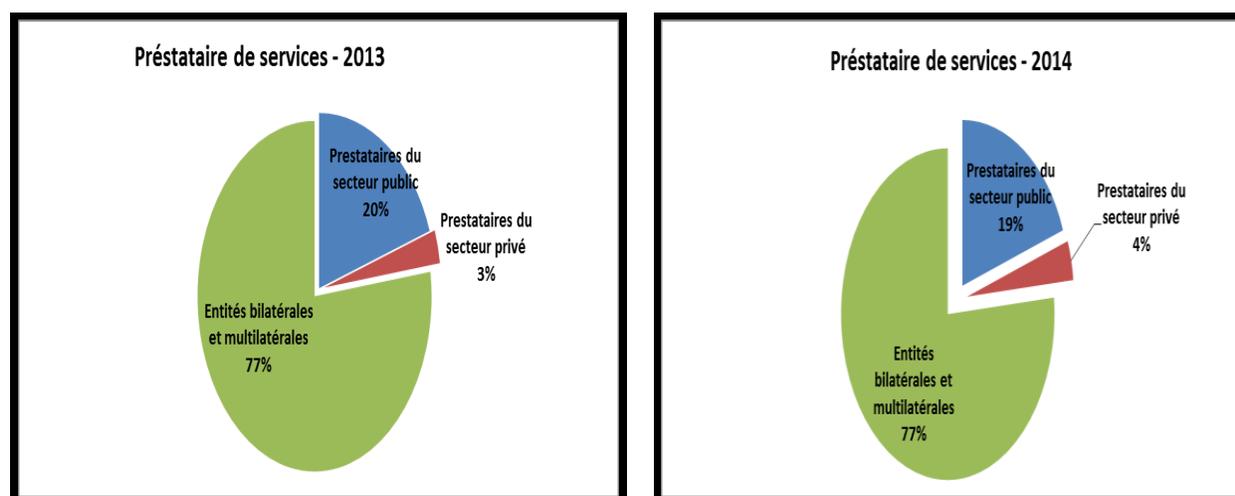
	2013	2014	TOTAL
Prestataires du secteur public	155 108 800	139 831 331	294 940 131
Prestataires du secteur privé	24 133 596	27 435 000	51 568 596
Entités bilatérales et multilatérales	607 882 153	547 450 688	1 155 332 842
TOTAL	787 124 549	714 717 020	1 501 841 569

La répartition des dépenses par prestataire de services durant les deux dernières années révèle que plus des deux tiers des ressources proviennent de la coopération bilatérale et multilatérale atteignant 77% successivement sur les deux années. Viennent ensuite les prestataires du secteur public (20% en 2013 et 19% en 2014).

Quant aux prestataires du secteur privés, ils ne représentent presque rien en 2013 et 2014 soit respectivement 3% et 4%.

Les graphiques ci-après illustrent les différentes parts pour les différents types de prestataires ;

Graphique 14 a & b : répartition des dépenses par prestataire 2013 & 2014



VIII. CONCLUSIONS

L'estimation des flux des ressources et dépenses nationales dans le domaine du VIH, troisième exercice du genre à Djibouti a permis une fois encore d'apprécier l'importance des fonds injectés dans le cadre de la réponse nationale au VIH/ sida.

Au terme de cette étude, on peut constater que la réponse nationale souffre de l'insuffisance des financements alloués aux interventions en direction de certaines populations cibles telles que les travailleurs du sexe et leurs clients ainsi que les OEV.

De plus, cet exercice a permis de mettre en relief la faible allocation des ressources nationale ; ce qui confirme l'idée d'œuvrer davantage pour l'établissement de la multisectorialité de la lutte c'est-à-dire, de l'implication plus accrue de tous les acteurs dans la réponse à l'épidémie.

La sensibilisation des acteurs impliqués à la collecte régulière des données tant techniques que financières à la bonne tenue de ces dernières reste un défi à relever dans les années à venir. Cette bonne tenue des informations permettra de mieux cerner la lutte et éventuellement de redéfinir des orientations en fonction des besoins.

L'optimalité de la lutte passe par la pérennisation et la durabilité des actions de lutte. Aussi, l'Etat, en tant qu'organe régulateur se devra de s'assurer de l'effectivité des actions ainsi que de leur pérennisation sur le terrain.

Aujourd'hui plus que jamais, il apparaît clair que le SE/CTPLSPT dispose d'un outil performant non seulement pour le suivi évaluation et le plaidoyer mais aussi et surtout pour la rationalisation des financements disponibles et leurs utilisations efficaces dans le cadre de la lutte contre le VIH.

IX. RECOMMANDATIONS

L'analyse ci-dessus montre qu'une riposte nationale efficace et surtout pérenne appelle une implication effective de l'Etat et du secteur privées. Le Gouvernement doit mobiliser plus de ressources domestiques à travers des initiatives novatrices.

La mise en place d'une équipe permanente chargée de la collecte et la consolidation des informations suivant la méthodologie REDES ;
L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation de cette équipe REDES;
L'adaptation et la mise à la disposition des acteurs les outils de collecte de données harmonisés ;

La prise en compte de l'étude REDES comme une activité programmatique du département suivi-évaluation de l'organe national chargé de la coordination de la lutte contre le sida;

A long terme, envisager la prise en compte du contenu du rapport dans les démarches programmatiques;

La large diffusion du présent rapport au niveau national et international.

A l'endroit du SE/PLSPT

- Elaborer, faire adopter et utiliser un canevas facilitant la collecte des données ;
- Faire un plaidoyer aux partenaires techniques et financiers afin qu'ils investissent davantage dans le financement de la réponse nationale ;
- Sensibiliser et développer le plaidoyer auprès des structures techniques détentrices des
- Données pour rendre disponible les rapports (données) ;
- Impliquer le chargé en suivi-évaluation au reportage des données REDES.
- Recruter un consultant national pour concevoir des outils à simplifier le reportage et la formation du personnel et les points focaux des structures concernées sur les outils REDES
- Intégrer l'outil REDES dans les activités de suivi-évaluation des acteurs ;
- Elaborer un répertoire complet des intervenants y compris le suivi de leur programmation et exécution annuelles ;

A l'endroit des Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

Aligner leurs financements sur les priorités nationales et les cibles prioritaires du PSN ;

- Prendre en compte dès la formation l'ensemble des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/Sida et surtout les acteurs prioritaires à savoir les coordonnateurs, les responsables suivi-évaluation et les responsables financiers des structures ;
- Renforcer l'organisation de la chaîne de l'information afin d'appréhender les dépenses réelles dans le cadre de la lutte contre le Sida du fait de la multiplicité des intervenants et de l'importance des fonds investis et des investisseurs ;
- Renforcer les capacités du SE/CTIPLPT sur la maîtrise du logiciel NASA;
- Nommée un point focal NASA au sein de chaque structure.
- Le Gouvernement doit mobiliser plus de ressources domestiques à travers des initiatives novatrices à travers la mise en œuvre de la feuille de route de l'Union Africaine sur le financement durable des réponses nationales développé avec l'appui du bureau pays de ONUSIDA.

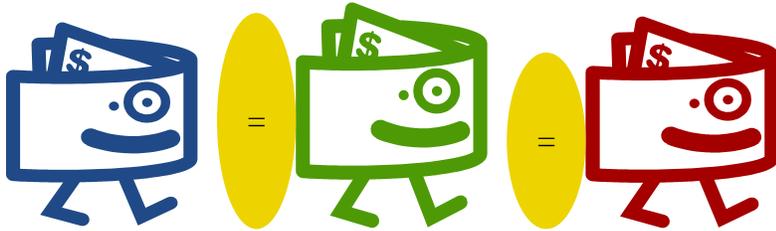
ANNEXE : SYSTEME DE CLASSIFICATION REDES ET TERMINOLOGIE CLE

Les dimensions de REDES

Dans l'Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida, les flux financiers et les dépenses relatifs à la riposte nationale au VIH sont répartis en trois dimensions : le financement, la prestation et l'utilisation. La classification en trois dimensions et en six catégories constitue le cadre d'Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida.

Figure : dimensions pour capter les flux de dépenses REDES

Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3
Le financement	Les prestations de services liées au VIH	L'utilisation
Sources et agents de Financement (Fonds Publics, Fonds Privés, Fonds Internationaux)	Les prestataires de services (Secteur Public, Privé, Entités bilatérales et multilatérales...) et les facteurs de production (dépenses courantes, dépenses en capital)	Les catégories de dépenses relatives au SIDA (prévention, Soins et traitement, OEV, Gestion et Administration de programmes, Ressources Humaines, Protection sociale et services sociaux, Environnement favorable, recherche liée au VIH) et les segments de populations bénéficiaires (PVVIH, Groupes de populations particulièrement vulnérables, Autres groupes de populations clés, groupes de populations spécifiques accessibles, ensemble des populations, Initiatives non ciblées, etc...)



Définition des vecteurs REDES

Les vecteurs REDES sont les différentes dimensions de l'analyse selon la méthodologie. Les dépenses sida estimées sont classifiées suivant ces vecteurs et une lecture spécifique peut être faite de la répartition des dépenses, vecteur par vecteur. Comme en comptabilité nationale, les différents vecteurs sont codifiés selon une nomenclature précise.

Les différents vecteurs sont : (i) les sources de financement, (ii) les agents financiers, (iii) les prestataires, (iv) les catégories de dépenses sida ou les interventions, (v) la population bénéficiaire et (vi) les facteurs de production.

Sources de financement

Les sources de financement sont des entités qui fournissent des ressources au financement des agents financiers pour être mises en commun et distribuées. Elles peuvent être du public, du privé ou du reste du monde.

L'analyse de ces sources dans le cadre de la réponse au VIH et au sida permet de voir l'entité qui supporte le plus la lutte contre cette pandémie.

Agents financiers

Les Agents Financiers sont des entités qui reçoivent des ressources financières de différentes sources de financement et les transfèrent pour financer un programme ou pour payer des biens ou des services. Ils sont soit des secteurs public, privé ou international.

Prestataires

Ce sont toutes les entités qui se livrent à la production de biens, services ou activités en réponse au VIH et au sida. Ils peuvent être du gouvernement, du privé ou de l'étranger.

Catégories de dépense

La classification des dépenses relatives au VIH et sida est une classification par fonction, comprenant la prévention, les soins et le traitement, ainsi que d'autres services sanitaires ou non sanitaires liés au VIH. Les différentes catégories de dépense sont les suivantes :

ASC 01. Prévention

La prévention est définie comme un large ensemble d'activités ou de programmes destinés à réduire les comportements à risque. Elle permet de faire baisser le taux d'infection à VIH parmi la population et d'améliorer la qualité ainsi que la sûreté des traitements administrés exclusivement ou principalement aux patients séropositifs au VIH dans les établissements de santé.

Les services de prévention supposent l'élaboration, la diffusion et l'évaluation de matériels adaptés à la langue, à la culture et à l'âge de la population bénéficiaire.

ASC 02. Soins et traitement

La catégorie soins et traitement comprend les dépenses, achats, transferts et investissements réalisés pour mettre au point les activités dans des dispensaires, à domicile et dans des communautés afin de dispenser le traitement et les soins aux adultes et enfants séropositifs au VIH.

ASC 03. Orphelins et autres enfants rendus vulnérables

Il s'agit de toutes les dépenses encourues pour assurer la prise en charge d'enfants, en remplacement de leurs parents décédés du sida. Il importe d'enregistrer ici également les dépenses encourues pour atténuer les difficultés sociales d'orphelins des deux ou d'un seul parent(s).

Les services destinés à tous les orphelins vivant en dessous du seuil de pauvreté national sont associés au sida. Il convient d'enregistrer ici tous les services destinés à améliorer la vie des orphelins et des autres enfants rendus vulnérables, ainsi que celle des familles affectées par le VIH.

ASC 04. Gestion et administration de programmes

Les dépenses liées aux programmes regroupent les services tels que la gestion des programmes de lutte contre le sida, le suivi et évaluation, la sensibilisation, la formation avant l'entrée en fonctions, l'amélioration des structures au moyen d'achats d'équipements de laboratoire et de télécommunications. Cela comprend également les investissements à long terme, tels que la construction d'établissements de santé, qui profitent à l'ensemble du système.

ASC 05. Ressources humaines

Cette catégorie regroupe les services liés au personnel, dont la formation, le recrutement, le maintien en poste, le déploiement et la gratification des professionnels de santé et de leurs responsables, au regard de leurs performances dans le domaine

de la lutte contre le VIH. Ces dépenses ont pour objectif d'accroître la disponibilité en ressources humaines dans le secteur de la santé.

Les activités relevant de cette catégorie comprennent uniquement les mesures incitatives complémentaires visant ce dernier objectif.

ASC 06. Protections sociales et services sociaux

La protection sociale fait généralement référence aux avantages financiers ou en nature octroyés par des organisations gouvernementales ou non gouvernementales à certaines catégories de personnes définies par des critères tels que la maladie, la vieillesse, le handicap, le chômage, l'exclusion sociale, et autres...

La protection sociale comprend les services sociaux et la sécurité sociale personnalisés. Elle regroupe les dépenses relatives aux services et aux moyens financiers accordés aux personnes et aux ménages et celles liées aux services fournis collectivement.

ASC 07. Environnement favorable

C'est la promotion et le soutien du développement d'un environnement VIH fort à travers le plaidoyer et la communication stratégique, le respect des droits des PVVIH et autres personnes affectées, le développement institutionnel spécifique au SIDA, et autres...

ASC 08. Recherche liée au VIH (À l'exception de la recherche Opérationnelle)

La recherche liée au VIH/SIDA est définie comme la création de connaissances pouvant être utilisées pour la prévention de la maladie, la promotion, la restauration, le maintien, la protection, l'amélioration du développement et du bien-être social.

Population bénéficiaire

La population bénéficiaire représente le nombre réel de la population couverte par une intervention en contrepartie des ressources dépensées. Elle est désagrégée selon les exigences d'une planification rationnelle avec des cibles spécifiques pour les interventions.

Facteurs de production (items budgétaires ou objets de dépense)

Les facteurs de production représentent le bien ou le service que les ressources ont servi à payer pour une intervention donnée.