



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

**PRESENTE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES
SPECIALISEES EN ECONOMIE DE LA SANTE**

Thème

**ANALYSE DU FINANCEMENT DES ACTIVITES DU PROGRAMME
NATIONAL MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (PNMLS)
DU SENEGAL DE 2008-2009 : cas du projet MAP**

Décembre 2010

Présenté par :

MUHORANE Carmen

Bibliothèque du CESAG



Sous la direction de :

Dr El Hadji GUEYE

**Professeur au CESAG,
Chef du Département
Economie de l'ISMS**

DEDICACES

Bénis soit le Seigneur pour m'avoir gardé tout au long de cette formation, sois en loué.

A mon regretté père Docteur Fidèle BIZIMANA, qui a consacré tous ses efforts pour mon épanouissement. Tu n'es plus là pour contempler le fruit de ton investissement. Que la terre te soit légère.

A ma chère mère Véronique MAFYIRI, pour m'avoir entouré de tant d'affection. Ce travail est une infime récompense à tes inestimables sacrifices. Puisse Dieu te combler de sa grâce et te prêter longue vie.

A mon cher époux Jean Marie NDAYIKEZA, pour tous les sacrifices que tu as consentis au cours de cette longue période d'absence, amour et gratitude.

A mon fils adoré Yann Donnel MUHETO, tu as dû supporter mon absence, reçois tout mon amour. Que Dieu guide tes pas.

A mon frère et mes sœurs : amour fraternel.

REMERCIEMENTS

Nous voudrions adresser nos remerciements :

Au **Dr El Hadji GUEYE**, chef du département Economie de la Santé ; pour avoir fait preuve d'Homme de Haut rang en acceptant de diriger ce travail malgré ses multiples occupations. Sa rigueur scientifique et la qualité de ses apports ont permis la réalisation de ce travail. Qu'il trouve ici l'expression de mes sincères remerciements.

A l'**Etat Burundais** à travers le ministère de la santé pour avoir m'autorisé cette formation ; ainsi qu'à la **Coopération Technique Belge** (CTB) pour l'octroi de la bourse qui nous a permis de suivre cette formation ;

Au **Dr Ibra NDOYE**, *secrétaire exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS)* pour m'avoir acceptée comme stagiaire au sein de votre institution;

A **M. Pape Alioune DIALLO**, chargé du suivi-évaluation au CNLS pour sa disponibilité et ses conseils et à tout le **Personnel du CNLS**, merci pour l'accueil et la facilité d'intégration ;

Aux **enseignants de l'ISMS et à tout le corps professoral du CESAG**, merci pour la qualité de la formation reçue;

A Mesdames **GUEYE** et **AISSATOU**, respectivement assistante de programmes et assistante administrative à l'ISMS, merci pour votre disponibilité ;

Au **personnel de l'administration et des services de soutien du CESAG**, merci pour les services rendus ;

A tous les stagiaires de la 12^{ème} promotion DESS Economie de la Santé, pour l'ambiance qui a prévalu durant toute notre formation, spécialement à mon groupe de travail : le groupe I.

A *mes compatriotes burundais* du Sénégal. Je vous témoigne toute ma reconnaissance

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce mémoire

CESAG - BIBLIOTHEQUE

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANSD	: Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ARV	: Antirétroviraux
ASC	: Catégories de dépenses relatives au Sida
ASC	: Agent de santé communautaire
BP	: Population bénéficiaire
CCC	: Communication pour le changement de comportement
CDLS	: Comité départemental de lutte contre le Sida
CDV	: Conseil dépistage volontaire
CLLS	: Comité local de lutte contre le Sida
CNLS	: Conseil national de lutte contre le SIDA
CRLS	: Comité régional de lutte contre le Sida
CTR	: Comité technique restreint
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECR	: Equipe cadre de district
ENSC	: Enquête national de surveillance comportementale
EPS	: Etablissement public de santé
ICP	: Infirmier chef de poste
IDA	: International Development Association
IEC	: Information éducation communication
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
IST	: Infection sexuellement transmissible
MAP	: Multi country AIDS Program
MCR	: Médecin chef de région
NASA	: National aids spending assessment
OCB	: Organisation communautaire de base

OEV	: Orphelin et enfant vulnérables
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA
OSC	: Organisation de la société civile
PF	: Facteur de production/ coûts des ressources liées au VIH
PIB	: Produit intérieur brut
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNMLS	: Programme national Multisectoriel de lutte contre le SIDA
PPS	: Programme pluriannuel de lutte contre le SIDA
PRA	: Pharmacie régionale d'approvisionnement
PS	: Poste de santé
PSLS	: Plan stratégique de lutte contre le Sida
REDES	: Estimation nationale des ressources et dépenses de lutte contre le SIDA
SE/CNLS	: Secrétariat exécutif /conseil national de lutte contre le Sida
SEN	: Secrétariat exécutif national
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	: Santé maternelle et infantile
SSP	: Soins de santé primaire
UNGASS	: Session spéciale de l'assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine
VIH/SIDA	: Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

LISTE DE TABLEAUX

TABLEAU N°1: COMPOSANTES DES SOURCES DE FINANCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA	16
TABLEAU N°2 : OBJECTIFS DU PROJET MAP	32
TABLEAU N°3: SOURCES ET EMPLOIS DES FONDS DU PROJET	34
TABLEAU N°4 : REPARTITION DES DEPENSES PAR CATEGORIES.....	35
TABLEAU N°5 : SYNTHESE DES DEPENSES PAR CHAPITRE D'INTERVENTION.....	37
TABLEAU N°6 : DEPENSES DE GESTION ET ADMINISTRATION DU PROGRAMME.....	40
TABLEAU N°7: REPARTITION DES DEPENSES EFFECTUEES DANS LES RESSOURCES HUMAINES	42
TABLEAU N°8 : REPARTITION DES DEPENSES PAR POPULATION BENEFICIAIRE	43
TABLEAU N°9 : REPARTITION DES DEPENSES PAR INTERVENTION AU PROFIT DES PVVIH	45
TABLEAU N°10 : REPARTITION DES DEPENSES PAR INTERVENTION AU PROFIT DES OEV	47
TABLEAU N°11 : REPARTITION DES DEPENSES PAR INTERVENTION AU PROFIT DES INITIATIVES NON CIBLEES.....	48
TABLEAU N°12 : REPARTITION DES DEPENSES PAR OBJET DE DEPENSES 2008 ET 2009.....	50

TABLEAU N°13 : REPARTITION DES DEPENSES COURANTES PAR OBJET DE DEPENSE 2008/2009.....	52
TABLEAU N°14 : REPARTITION DES DEPENSES COURANTES PAR OBJET DE DEPENSE 2008/2009.....	53
TABLEAU N°15 : REPARTITION DES DEPENSES EN CAPITAL PAR OBJET DE DEPENSE 2008/2009.....	56

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE N°1 : EVOLUTION DES DÉPENSES PAR CATÉGORIES DE 2008-2009.....	36
GRAPHIQUE N°2: RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR CHAPITRES D'INTERVENTION EN 2008.....	38
GRAPHIQUE N°3 : RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR CHAPITRE D'INTERVENTION EN 2009.....	39
GRAPHIQUE N°4 : COMPARAISON DES DÉPENSES PAR INTERVENTION 2008-2009.....	39
GRAPHIQUE N°5 : EVOLUTION DES DÉPENSES DE GESTION ET ADMINISTRATION DU PROGRAMME.....	40
GRAPHIQUE N°6 : REPARTITION DES DEPENSES EFFECTUEES DANS LES RESSOURCES HUMAINES (EN %).....	42
GRAPHIQUE N°7: COMPARAISON DES DEPENSES PAR GROUPE CIBLE 2008-2009	44
GRAPHIQUE N°8 : REPARTITION DES DEPENSES PAR INTERVENTION AU PROFIT DES PVVIH	46
GRAPHIQUE N°9: REPARTITION DES DEPENSES PAR INTERVENTION AU PROFIT DES OEV	48
GRAPHIQUE N°10: EVOLUTION DES DEPENSES AUX INITIATIVES NON CIBLEES.....	50
GRAPHIQUE N°11 : EVOLUTION DES DEPENSES PAR OBJET DE DEPENSES	51

GRAPHIQUE N°12 : REPARTITION DES DEPENSES DE REVENU DE TRAVAIL	52
GRAPHIQUE N°13 : EVOLUTION DES DEPENSES D'ACHAT DE FOURNITURES ET PAIEMENT DE SERVICES	54
GRAPHIQUE N°14 : EVOLUTION DES DEPENSES DE PAIEMENTS DE SERVICES.....	55
GRAPHIQUE N°15 : REPARTITION DES DEPENSES D'EQUIPEMENTS.....	57

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I: RESUME DU BUDGET DU PSLS 2007 – 2011	69
ANNEXE II: MATRICE FONCTION X POPULATION BENEFICIAIRE - 2008	70
ANNEXE III : MATRICE FONCTION X POPULATION BENEFICIAIRE – 2009.....	71
ANNEXE IV : MATRICE FONCTION X OBJET DE LA DEPENSE - 2008....	72
ANNEXE V: MATRICE FONCTION X OBJET DE DEPENSE 2009.....	74

TABLES DES MATIERES

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS.....	II
CIGLES ET ABREVIATIONS.....	IV
LISTE DE TABLEAUX.....	VI
LISTE DES GRAPHIQUES.....	VIII
LISTE DES ANNEXES.....	IX
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE.....	5
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	6
1. APERÇU DU CADRE GENERAL DE L'ETUDE	6
1.1. Situation géographique	6
1.2. Situation démographique	6
1.3. Situation économique	7
1.4. Subdivision administrative.....	9
1.5. Organisation du système de santé.....	9
1.5.1. Secteur public	9
1.5.2. Le secteur privé	10
2. CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE.....	11
2.1. Situation actuelle du VIH/SIDA	11
2.2. Politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA.....	12
2.2.1. Riposte au plan politique.....	12
2.2.2. La riposte au plan pragmatique	13

2.3. Financement de la riposte du VIH/SIDA.....	14
II. PROBLEMATIQUE	16
III. INTERET DE L'ETUDE.....	18
VI. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	18
4.1. OBJECTIF GENERAL	18
4.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	19
V. HYPOTHESES DE L'ETUDE.....	19
VI. METHODOLOGIE DE TRAVAIL	19
1. TYPE D'ETUDE.....	19
1.1. Rappel sur l'approche et les principes du REDES	20
1.2. Flux financiers.....	21
2. TECHNIQUES ET RECUEIL DES DONNEES.....	22
2.1. Recherche documentaire.....	22
2.2. Entretiens	22
3. TRAITEMENT DES DONNEES	22
4. LIMITE DE L'ETUDE	23
VII. REVUE DE LA LITTERATURE.....	23
DEUXIEME PARTIE.....	29
I. CADRE D'ETUDE	28
1. LE CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (CNLS)	28
2. LE SECRETARIAT EXECUTIF DU CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (SE/CNLS).....	30
3. PRESENTATION DU PROJET MULTISECTORIEL DE LUTTE CONTRE VIH/SIDA (MAP)	31

3.1. Objectifs et phasage du projet.....	31
3.2. Composantes du projet.....	32
II. INTERPRETATIONS DES RESULTATS	34
II. 1. DEPENSES TOTALES DU PROJET MAP.....	34
II.2. SITUATION GLOBALE DES DEPENSES PAR INTERVENTION	37
II.2.1. Dépenses de gestion et administration du programme.....	40
II.2.2. DEPENSES RELATIVES A LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	42
II.3. STRUCTURE DES DEPENSES PAR POPULATION BENEFICIAIRE	43
II.3.1. Cas des dépenses consacrées aux PVVIH.....	45
II.3.2. Cas des dépenses destinées aux OEV	47
II.3.3. Cas des dépenses consacrées aux initiatives non ciblées.....	48
II.4. DEPENSES PAR TYPE DE FACTEURS DE PRODUCTION (OBJETS DE DEPENSE)	50
II.4.1. Cas des dépenses courantes.....	52
II.4.2. Cas des dépenses en capital.....	56
DISCUSSION	58
CONCLUSION & RECOMMANDATIONS	61
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	64
ANNEXES.....	68

INTRODUCTION

La pandémie du Sida est devenue, plus de deux décennies après sa découverte, un fléau mondial. Elle constitue actuellement un problème grave et prioritaire de santé publique et un problème de développement. Première cause de mortalité en Afrique, le Sida continue de sévir. À la fin 2009, l'ONUSIDA estimait à 33,3 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH, la majorité est survenue en Afrique dont la plupart chez les adolescents et les jeunes [20].

Le nombre de personne vivant avec le VIH dans le monde ne cesse cependant d'augmenter, du fait de l'accumulation de nouvelles infections et de la survie prolongée des personnes infectées traitées aux antirétroviraux (ARV), au sein d'une population qui elle-même continue de croître.

Ainsi, on estime à 2,7 millions le nombre de nouvelles infections par le VIH survenues au cours de l'année 2008 dont 430 000 enfants de moins de 15 ans, ce qui porte à 22,4 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH, et à 2 millions le nombre de décès imputables à une maladie liée au Sida sur la même période dans le monde entier.

Environ 4 millions de personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire recevaient un traitement antirétroviral durant la même année. L'Afrique subsaharienne reste cependant la région la plus gravement touchée, avec 67% des infections à VIH du monde entier, 68% des nouvelles infections à VIH chez les adultes dont plus de la moitié sont des femmes et 91% des nouvelles infections à VIH chez les enfants. En outre, c'est dans cette région qu'ont été enregistré 72% des décès mondiaux dus au Sida en 2008.

Dans les pays les plus durement touchés, le VIH a réduit l'espérance de vie de plus de 20 ans, ralenti la croissance économique, et a aggravé la pauvreté des ménages. Dans la seule Afrique subsaharienne, l'épidémie a rendu orphelins plus de 12 millions d'enfants de moins de 18 ans. Dans de nombreuses populations des pays de l'Afrique subsaharienne, la pyramide naturelle des âges a été faussée de manière spectaculaire par le VIH, avec des conséquences potentiellement graves s'agissant du transfert des connaissances et des valeurs d'une génération à l'autre. En Asie, où les taux d'infection sont beaucoup plus faibles qu'en Afrique, le VIH provoque une perte de productivité bien plus importante que n'importe quelle autre maladie et il est susceptible de précipiter six millions de ménages supplémentaires dans la pauvreté d'ici à 2015 si les ripostes nationales ne sont pas renforcées [19].

Pour couronner toutes ces initiatives, 189 Etats membres de l'Organisation des Nations Unies ont adopté en juin 2001, lors d'une session extraordinaire, la Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA. A travers cette Déclaration dite de "UNGASS", la communauté internationale s'est fixé des objectifs communs pour ralentir la propagation du VIH/SIDA et en atténuer les effets. Consciente de la nécessité de mettre en place une action multisectorielle sur les fronts, la Déclaration vient appuyer les ripostes nationales, régionales et mondiales, pour atténuer l'impact de l'épidémie. Cette Déclaration réaffirme que la propagation du VIH/SIDA est un sérieux obstacle à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Cela nécessite des actions urgentes, concertées et soutenues aux niveaux national (développement de stratégies multisectorielles et décentralisées), sous régional (appui aux initiatives sous régionales et régionales) et mondial (favoriser une

coopération plus étroite entre les organismes des Nations Unies et les organisations internationales participant à la lutte contre le VIH/SIDA) [13].

A l'instar des autres pays, le Sénégal s'est investi dans la lutte contre le SIDA à travers la mise en place des plans stratégiques quinquennaux (le 1^{er} PSLS 2002-2006 et le 2^e PSLS 2007-2011) qui s'inscrivent dans le contexte régional et international et se veulent être des modalités contributives à la mise en œuvre et à la réalisation des objectifs souscrits dans le cadre des engagements internationaux.

Selon le rapport sur l'épidémie mondiale du Sida (ONUSIDA, 2008 : p.181) les ressources financières consacrées à la riposte au VIH se sont considérablement accrues ces dernières années. Les 10 milliards de dollars mis à la disposition des programmes sur le VIH en 2007, toutes sources de financement confondues, y compris les fonds publics intérieurs et les dépenses des individus, représentaient une augmentation de 12% par rapport aux dépenses de 2006 et une multiplication par sept au cours de la décennie. Cependant, d'importantes ressources supplémentaires sont nécessaires pour maintenir une riposte au VIH solide et durable durant les années à venir.

En matière de riposte contre la pandémie du SIDA, le Sénégal fait partie des pays cités en exemple, avec un engagement continu du Gouvernement, des communautés et des partenaires au développement. En 2004, 10,07 milliards de FCFA ont été mobilisés et dépensés dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal. Ces ressources, qui représentent un accroissement de 50,61% par rapport à l'année précédente, proviennent du Gouvernement, des ménages, des ONG et des Agences de coopération. Plus de la moitié de ces ressources proviennent du secteur public. Sur les huit catégories de dépenses prises en charge en 2004, trois ont absorbé plus de 90% des fonds: le développement du Programme

National de Lutte contre le SIDA (40,62%), la prévention (34,13%) et les traitements/soins (21,55%)¹. L'un des grands défis des programmes de santé est de pérenniser les ressources allouées à la lutte contre le SIDA.

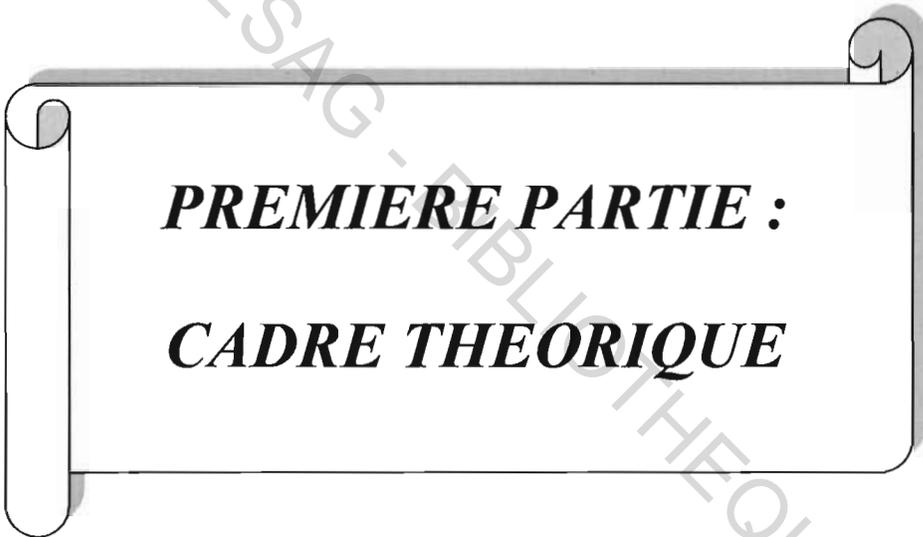
Il faut noter cependant que la contribution des bailleurs ou des partenaires au développement occupe une part importante dans le financement de la lutte contre le SIDA au Sénégal. Il faudrait pour cela analyser les sources de financement, les financements nécessaires à la réalisation des activités de lutte contre le Sida et les différents bénéficiaires.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude qui se propose d'analyser le financement des activités du projet MAP de la Banque Mondiale au conseil national de lutte contre le Sida (CNLS). La structure du travail sera en deux parties :

La première partie ou cadre théorique va porter sur le contexte et la justification de l'étude, la problématique, les objectifs, hypothèses de l'étude, la méthodologie adoptée et la revue de la littérature.

La deuxième partie ou cadre opérationnel va se focaliser sur l'analyse des différents résultats obtenus de l'étude.

¹ CNLS, *Rapport de situation de la riposte nationale à l'épidémie du VIH/Sida, Sénégal 2005*, janvier 2006, page 16



PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1. Aperçu du cadre général de l'étude

1.1. Situation géographique

La République du Sénégal est située dans la partie la plus occidentale du continent africain dans la zone soudano-sahélienne comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude Nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. D'une superficie de 196 722 km². Elle est limitée au nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau et, à l'ouest, elle s'ouvre sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de côtes. Sa pointe ouest est la plus Occidentale de toute L'Afrique Continentale .La Gambie qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au Nord et de Ziguinchor, Sédhiou et Kolda au Sud².

1.2. Situation démographique

En 2008, la population du Sénégal était estimée à 11 600 000 habitants, soit une densité moyenne de 58 habitants au km²; la répartition est extrêmement inégale avec le sous peuplement de l'Est et une forte concentration sur la côte ainsi qu'au centre.

La région de Dakar abrite 22,4% de la population totale avec une densité de population de 4251 habitants au km² en 2004 alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. Les régions les moins peuplées sont celles de l'ancienne région de Tambacounda (Tambacounda et Kédougou) et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au Km². Elles sont aussi les régions les plus

² CNLS, Rapport de fin de projet MAP, septembre 2010, page 4

vastes du pays avec respectivement 30,4% et 14,8% de territoire national. Il faut également souligner la particularité des villes de Guédiawaye et de Pikine dans la région de Dakar et celle de Touba dans la région de Diourbel qui sont plus peuplées que certaines régions. Cette situation est caractéristique de la forte tendance à l'urbanisation du fait de l'exode rurale qui est à l'origine de la multiplication des bidonvilles³.

La population urbaine (résidant dans les communes) représente 41,5% de la population globale (DPS 2005), plaçant le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique Sub-saharienne.

La population sénégalaise se caractérise par sa jeunesse. En 2005, les moins de 20 ans représentaient 54%, les moins de 25 ans près de 64% et les plus de 65 ans 4%. Les femmes représentent 52% de la population globale.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55,7 ans (HDR UNDP 2005) et un PIB en valeur nominale de 3 874 milliards de FCFA en 2004 (prix constants de 1999).

1.3. Situation économique [18]

L'économie sénégalaise a enregistré un redressement en 2007, suite à la décélération de 2006, avec un taux de croissance de 4,7%. Cette progression est essentiellement liée à la reprise du secteur secondaire (6,5%) et le maintien du dynamisme du tertiaire (6,7%). En revanche, le secteur primaire s'est fortement contracté pour la deuxième année consécutive (-5,1% en 2007 et -8,6% en 2006)⁴.

³ CNLS, *Rapport de situation de la riposte nationale à l'épidémie du VIH/SIDA au Sénégal 2008-2009*, page 7-8

⁴ ANSD, *Situation économique et social du Sénégal*, édition 2007, page 223

Du côté de la demande, la croissance est soutenue par une demande intérieure vigoureuse avec une progression de 5,2% de la consommation finale en volume et un accroissement de 11,7% de la formation brute de capital fixe (FBCF) en 2007. A contrario, la demande extérieure nette a contribué négativement à la croissance. En effet, les importations augmentent de 2,3% en volume au moment où les exportations enregistrent un repli de 1,5% par rapport à 2006. En valeur, les importations s'élèvent à 2 338 milliards et les exportations se situent à 1 256 milliards en 2007 accentuant ainsi le déficit des échanges nets de biens et services non facteurs (1 082 milliards en 2007 contre 855 milliards en 2006). Ce déficit résulte essentiellement de la dégradation de la balance des biens qui s'établit à 1062 milliards (après 836 milliards en 2006) alors que celle des services est quasi stable (20 milliards en 2007 après 19 milliards en 2006).

L'année 2007 a été également caractérisée par une forte évolution des prix. En effet, le niveau général des prix, mesuré par le déflateur du PIB a connu une augmentation de 5,5% confirmant la tendance haussière déjà notée au niveau des prix à la consommation relevés à Dakar (5,9%).

Cependant, en valeur, la consommation finale a évolué plus vite que le PIB (11,6% en 2007). Ainsi, le taux d'épargne intérieure s'est replié en passant de 7,4% en 2006 à 6,4% en 2007. Néanmoins, la forte progression des transferts courants (577 milliards en 2007 contre 437 milliards en 2006) a permis de maintenir le taux d'épargne nationale à un niveau de 16,5% en 2007, après celui de 14,3% atteint un an auparavant⁵.

⁵ ANSD, *Situation économique et social du Sénégal*, édition 2007, page 225

1.4. Subdivision administrative [12]

Le Sénégal est subdivisé en quatorze (14) régions, 45 départements, 121 Arrondissements. Il compte 113 Communes, 46 communes d'arrondissement, 370 communautés rurales soit un total de 180 circonscriptions administratives. Il comporte en tout 543 collectivités locales. Avec l'adoption de la loi 96-2006 du 22 Mars 1996 portant Code des Collectivités locales, le Sénégal compte trois ordres de collectivités locales (les régions, communes et les communautés rurales).

1.5. Organisation du système de santé

1.5.1. Secteur public [11]

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme pyramidale à trois niveaux: Le niveau périphérique (district), le niveau régional (région médicale) et le niveau central.

1.5.1.1. Le niveau périphérique

Il correspond au district sanitaire qui est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie de département. Chaque district ou zone opérationnelle est géré par un médecin-chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les communautés rurales ou les villages et sont gérés par des infirmiers ; ils polarisent au niveau rural des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités rurales). Au total, le Sénégal comprend 22 hôpitaux, 69 districts sanitaires polarisant 78 Centres de Santé et 971 postes de santé.

1.5.1.2. Le niveau régional

Il correspond à la région médicale et comprend 11 régions médicales. C'est la structure de coordination du niveau régional ou intermédiaire et elle correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de service rattachés à la région médicale. Au niveau de chaque région, la référence régionale est représentée par un hôpital ou établissement public de santé (EPS) de niveau 2. Le ministère de la santé a initié la signature de contrats de performance avec les médecins-chefs de région dans lesquels les indicateurs liés au VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose occupent une place prépondérante.

1.5.1.3. Le niveau central ou national

Il comprend outre le cabinet du ministre, les 7 directions et services rattachés, les 7 hôpitaux nationaux ou établissements publics de santé de niveau 3. En dehors du Plan Elargi de vaccination (PEV) qui est logé à la Direction de la Prévention Médicale, la Direction de la Santé comprend la Division Sida/IST, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT) et le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), érigé en Etablissement Public de Santé (EPS), est chargée de l'achat des médicaments et produits sur le marché international, de la gestion et de la distribution au niveau périphérique par l'intermédiaire des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA).

1.5.2. Le secteur privé

Il joue un rôle important dans le dispositif de santé. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine

d'entreprise). Ce secteur privé dispose: d'un hôpital, de 24 cliniques, de 414 cabinets médicaux et des services médicaux d'entreprises, 700 officines de pharmacie, une vingtaine de laboratoires d'analyses médicales.

2. Contexte épidémiologique

2.1. Situation actuelle du VIH/SIDA [13]

Au Sénégal, la situation du VIH caractérisée par la présence de deux types de virus, VIH-1 et VIH-2 est une épidémie de type concentré avec une faible prévalence au niveau de la population générale (0,7% ; EDS IV,2005) et des prévalences assez élevées chez les populations les plus exposées au risque: les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (21,8% en 2007) avec une prédominance du type VIH-1 et les Travailleuses du Sexe entre 10% et 31% en 2006).

Cette situation épidémiologique est cependant marquée par de nouveaux défis : la féminisation (sex ratio de 4 hommes pour 1 femme en 1986 à 1 homme pour 2 femmes en 2005), la prévalence au niveau des populations passerelles (camionneurs: 1,4%; pêcheurs: 1%; etc. selon ENSC 2006) assez élevée comparée à la moyenne nationale des hommes qui est à 0,4% et les prévalences dépassant 2% dans la population générale de 2 régions frontalières Kolda : 2% et Ziguinchor : 2,2% (EDS4).

Un autre défi majeur est la persistance de pesanteurs socioculturelles et surtout religieuses qui entravent les efforts de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des MSM et à un degré moindre les postes de santé et leur accès aux services de prévention et de prise en charge.

Notons que durant les années 2008 et 2009, aucune enquête sur le VIH/Sida n'a été réalisée.

2.2. Politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA

Selon le rapport sur la situation du VIH/Sida de 2008-2009 (CNLS, septembre 2010)⁶, on peut parler de la riposte sur le plan politique et sur le plan pragmatique.

2.2.1. Riposte au plan politique

2.2.1.1. Engagement politique

Cet engagement est caractérisé par le fait que la coordination nationale qui était depuis le début de la lutte contre le SIDA (1986) assurée par le Ministère de la Santé, a été élevée au niveau de la Primature en 2001. Cette option politique née des engagements pris après la Session Extraordinaire de l'UNGASS de Juin 2001 vise à renforcer le leadership politique et à rendre plus effective l'appropriation de la lutte contre le SIDA par les Ministères publics parties prenantes de la réponse, mais également le secteur privé, la société civile qui sont acteurs pour la mise en œuvre du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS).

Les structures de coordination du programme sont les suivants :

- Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) avec son secrétariat exécutif sous la Présidence du Premier Ministre. Le Ministre de la Santé et de la Prévention, Vice-président du CNLS, contrôle l'exécution des résolutions du Conseil National de Lutte contre le Sida. Les points focaux des Ministères ainsi que les représentants du secteur privé et de la société civile sont membres du Secrétariat Exécutif ;

⁶ CNLS, *Rapport de situation de la riposte nationale à l'épidémie du VIH/Sida*, page 11-12

- Le Secrétariat Exécutif National (SENLS) ;
- Les Comités Régionaux de lutte contre le Sida (CRLS) dirigés par les gouverneurs de région ;
- Les Comités Départementaux de Lutte contre le Sida (CDLS) dirigés par les préfets de département ;

Le Comité des Partenaires et du Groupe Thématique ONUSIDA, cadre de concertation de tous les bailleurs qui interviennent dans la lutte contre le Sida.

2.2.1.2. Engagement financier de l'Etat

Il s'agit de la contrepartie étatique pour le fonctionnement (coûts opérationnels) du Secrétariat Exécutif du CNLS.

Les ministères publics ont été invités par le Ministère des Finances, lors de la cinquième réunion du CNLS, du 31 juillet 2009, de prévoir le volet lutte contre le VIH/Sida dans leurs lignes budgétaires pour promouvoir la pérennisation des activités de lutte contre le VIH/Sida et réaffirmer ainsi l'appropriation des secteurs publics. Notons, que six ministères clés avaient déjà des budgets annuels pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA: Santé, Education, Famille, Jeunesse, Travail, Tourisme. De plus, l'engagement de l'Etat est matérialisé par la gratuité du dépistage, du traitement ARV et du comptage des CD4 depuis Décembre 2003.

2.2.2. La riposte au plan pragmatique

Le Sénégal a mis en place un programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) comprenant trois volets : un volet séro-épidémiologique, un volet clinique et un

volet éducation. Des plans d'actions couvrant les périodes suivantes : 1987-1992, 1994-1998 et 1997-2001 furent élaborés.

En 2001, la création du CNLS a permis de rendre l'approche multisectorielle effective avec la jonction entre le secteur public, le secteur privé et la société civile, impliquant 8 ministères, plus de 1016 organisations communautaires de base (OCB) et des Organisations Non Gouvernementales (ONG).

Deux plans stratégiques nationaux quinquennaux ont été élaborés (2002-2006 et 2007-2011). Le dernier plan prend en compte tous les aspects relatifs à la prévention, aux soins, au soutien/accompagnement, à l'environnement favorable mais aussi les aspects de suivi-évaluation et de coordination avec une forte option pour la décentralisation (renforcement des CRLS, des CDLS et conceptualisation et mise en place des Pools Sida de district).

Actuellement la lutte contre le VIH figure parmi les objectifs des politiques sectorielles et elle est prise en compte dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

2.3. Financement de la riposte du VIH/SIDA

En matière de riposte contre la pandémie du SIDA, le Sénégal fait partie des pays cités en exemple, avec un engagement continu du Gouvernement, des communautés et des partenaires au développement.

Les dépenses totales de lutte contre le SIDA se sont élevées à 6.68 milliards de FCFA en 2003.

En 2004, il a été mobilisé et dépensé 10,07 milliards de FCFA dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal. Ces ressources, qui représentent un

accroissement de 50,61% par rapport à l'année précédente, proviennent du Gouvernement, des ménages, des ONG et des Agences de coopération. Plus de la moitié de ces ressources proviennent du secteur public. Sur les huit catégories de dépenses prises en charge en 2004, trois ont absorbé plus de 90% des fonds: le développement du Programme National de Lutte contre le SIDA (40,62%), la prévention (34,13%) et les traitements/soins (21,55%).

Ce montant de 2004 représente 0.25% du produit intérieur brut (PIB) et une dépense de 970.7 FCFA par tête d'habitant. La réponse nationale contre le VIH/SIDA au Sénégal a été financée en 2004 à hauteur de 5.73 milliards de FCFA (56.93%) par le secteur public, 10.72% par le secteur privé et 32.36% par les sources de financement extérieures. Le rôle du secteur public dans le financement de la santé en général et du VIH/SIDA en particulier est très important. Ainsi, le financement du VIH/SIDA par le secteur public en 2004 représente 42,59% du financement public du système de santé.

Il est à noter que le financement de la lutte contre le SIDA par la Banque Mondiale est un prêt remboursable par l'Etat sénégalais. Il est mis en œuvre par le Secrétariat Exécutif du CNLS-IST. Ce financement est comptabilisé dans le financement du secteur public.

Les dépenses de lutte contre le SIDA ont été utilisées par le Ministère de la santé (19,72%), le Conseil National de Lutte contre le SIDA (15,93%) et les autres unités d'exécution (21,27%).

Les dépenses des sources privées représentent 10,72% de la dépense totale et sont financées à 100% par les ménages⁷.

⁷ CNLS, *Rapport de situation de la riposte nationale à l'épidémie du VIH/Sida*, page 25-28

Tableau n°1: Composantes des sources de financement de la lutte contre le SIDA

Sources de financement	Montant (milliers de FCFA)	Part en %
Fonds publics	5 730 396	55,93%
Crédit IDA	5 009 697	49,78%
Budget Etat	720 698	7,2%
Fonds privés	1 078 782	10,72%
Ménages	1 078 782	10,72%
Fonds extérieurs	3 256 963	32,36%
Agences multilatérales	1 907 774	18,95%
Agences bilatérales	753 862	7,49%
Organisations internationales à but non lucratif	595 326	5,91%
Total général des dépenses	10 066 141	100%

Source: CNLS, REDES SENEGAL 2003-2004, p.23

II. PROBLEMATIQUE

La lutte contre le VIH dans le monde est appuyée par des institutions des Nations Unies, notamment l'Organisation Mondiale de la Santé qui met en place des politiques d'intervention.

Les méthodes initialement conçues, étaient axées sur la sécurité transfusionnelle et la sensibilisation par l'IEC. Il s'agissait des mesures de prévention en général : abstinence, fidélité et utilisation des préservatifs. Ces mesures étaient développées en réponse à l'épidémie du VIH/SIDA et pour contrer la diffusion d'autres infections sexuellement transmissibles.

o

L'introduction ultérieure d'ARV a marqué un point crucial dans la lutte contre cette pandémie, étant donné que le nombre de personnes nécessitant un traitement urgent augmentait sans cesse.

L'objectif consistait simultanément à fournir des médicaments et à renforcer les capacités de soins en mobilisant les ressources nationales et des pays donateurs, en formant des personnels soignants, en éduquant les communautés, en élargissant le dépistage et le conseil, et en étendant la prévention du VIH. Ces interventions sont réalisées par une diversité d'acteurs du secteur public et de la société civile.

Dans la lutte contre le VIH/SIDA la communauté internationale a mis en place des mécanismes de financement, notamment le Fonds mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose; les coopérations bilatérales et les fondations privées (Fondation Bill et Melinda Gates, la Fondation Bill Clinton,...) œuvrent dans la réponse au VIH. La grande part du financement en Afrique reste une prédominance de l'extérieur.

Au Sénégal, les divers secteurs institutionnels de la vie nationale intervenant dans la lutte contre le SIDA sont regroupés au sein du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS). Il est crucial de relever l'importance des différents intervenants dans le financement des activités du CNLS, notamment la Banque Mondiale à travers son projet MAP, de s'interroger sur la nature des activités appuyées et réalisées par le projet et les principaux bénéficiaires. Pour répondre à ces préoccupations, quelques questions se posent :

- Quelle est la contribution du projet MAP pour la lutte contre le SIDA ;!!!
- Quelles sont les activités financées par le projet MAP ;
- Quelles sont les interventions qui consomment le plus de ressources

Ce sont autant de questions auxquelles nous essayerons de trouver des réponses à travers notre étude.

III. INTERET DE L'ETUDE

Pour atteindre l'accès universel à la prévention, aux soins, aux traitements et à la prise en charge, il est essentiel que le pays soit en mesure d'identifier en « temps réel » l'utilisation des ressources financières allouées à la réponse contre le VIH/SIDA. Aussi, l'utilisation du système de suivi évaluation est-il nécessaire pour le suivi des ressources et dans la réallocation desdites ressources. Les organisations de la société civile (OCS) qui militent dans la lutte contre le VIH/SIDA atteignent plus la population parce qu'elles s'organisent en fonction des populations cibles. Ces organisations opèrent dans un ensemble de projets appuyés par l'organe exécutif de la lutte contre le SIDA : le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS).

C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude qui veut décrire les activités de lutte contre le Sida et leur financement pendant la période de 2008-2009. Par cette étude, nous allons relater l'orientation des ressources mobilisées par le projet MAP ce qui permettra de relever les activités qui absorbent le plus de ressources et qui ont un grand impact. Ces résultats pourront permettre aux décideurs d'allouer efficacement les ressources aux activités de lutte contre le Sida.

VI. OBJECTIFS DE L'ETUDE

4.1. Objectif général

L'objectif général de l'étude est de faire une analyse du financement des activités du conseil national de lutte contre le Sida au Sénégal à travers le projet MAP, pour la période 2008-2009.

4.2. Objectifs spécifiques

Il s'agit de :

- Décrire les activités du projet MAP;
- Analyser l'évolution des dépenses du projet ;
- Analyser les différentes allocations des fonds dans les activités prises en charge;
- Déterminer la part des différentes interventions qui consomment les ressources du projet MAP;
- Identifier les objets de dépenses et les différents bénéficiaires des ressources

V. HYPOTHESES DE L'ETUDE

- Les financements du projet MAP sont principalement orientés vers les dépenses de renforcement des capacités des Agences d'Exécution ;
- Les principaux bénéficiaires des ressources du projet sont les organes du CNLS.

VI. METHODOLOGIE DE TRAVAIL

1. Type d'étude

Notre travail couvre une période de deux années de 2008 et 2009. Il s'agit d'une étude rétrospective qui se veut de fournir les données financières sur le financement des activités du CNLS à travers le projet MAP. L'estimation des dépenses se fait avec l'outil REDES (outil de détermination des flux des ressources et dépenses nationales de lutte contre le Sida).

1.1. Rappel sur l'approche et les principes du REDES

REDES est un système complet et accepté pour la détermination des flux de ressources nationales de lutte contre le sida.

1.1.1. Approche

La détermination nationale des Ressources et Dépenses nationales relatives au Sida (REDES), en anglais National Aids Spending Assessment (NASA) a pour objet de contrôler les flux financiers liés à la riposte nationale à l'épidémie. REDES est basé sur des méthodes standardisées, sur des définitions reconnues ainsi que sur des normes comptables d'un système disponible dans le monde entier et accepté sur le plan international : le Système pour les Comptes Nationaux, Comptes nationaux de santé, sous comptes nationaux de SIDA indépendants et analyses budgétaires [8].

1.1.2. Les principes du REDES

Le REDES est un système de suivi systématique, périodique, multisectoriel et exhaustif des dépenses actuelles qui, venant des secteurs international, public et privé, comprennent la réponse nationale au SIDA. Les méthodes de suivi de ressources visent à suivre le chemin parcouru par l'argent de la source à la réception des biens et des services par les bénéficiaires [8].

REDES emploie des tables à double entrée ou des matrices pour représenter la source et la destination des ressources, afin d'éviter la double comptabilisation des dépenses par la reconstruction du flux de ressources pour chaque transaction à partir de la source de financement pour le fournisseur de services et la population

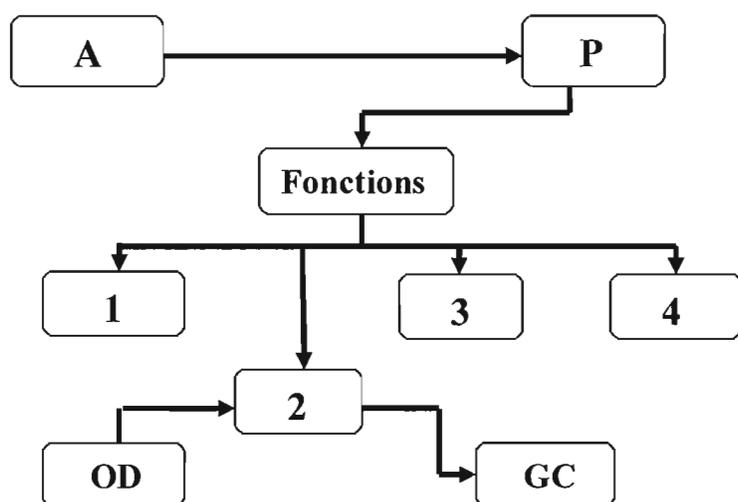
bénéficiaire, plutôt que le simple ajout des dépenses de chaque agent qui émet des ressources pour le VIH et le Sida [9].

1.2. Flux financiers

Une transaction est l'unité du registre de base qui compile l'ensemble des éléments d'un flux financier. En effet, il s'agit d'un transfert de ressources d'un agent financier vers un prestataire de biens ou services, une ressource investie par le biais d'un item budgétaire aux fins de produire des fonctions (ou interventions) en réponse au SIDA au profit de groupes cibles spécifiques ou non.

Dans l'illustration, le flux de financement conduit de l'agent financier (A) au prestataire (P) afin qu'il développe les fonctions (1, 2, 3, 4). La fonction 2 sert à la prestation des services. Les objets de dépense (OD) sont des facteurs de production de la fonction (2) de production de biens ou de prestation de services à des groupes-cible (GC).

Figure 1 : Transaction



Source: REDES Sénégal 2003-2004, page 19

2. Techniques et recueil des données

2.1. Recherche documentaire

Il a d'abord été nécessaire d'identifier la nature des données à collecter. Ensuite, nous avons passé à la revue des documents relatifs à la lutte contre le SIDA de manière général. Cette analyse a l'avantage de présenter le système de financement des activités de lutte contre le SIDA, ainsi que les différents intervenants (le plan stratégique de lutte contre le SIDA, les rapports de situation de la riposte nationale, les rapports d'activités, les rapports REDES, etc.)

2.2. Entretiens

Des entretiens ont également eu lieu avec la principale source d'information, le CNLS qui est l'organe central de coordination de la réponse nationale au VIH au Sénégal, par les partenaires et les acteurs, à tous les niveaux. Il s'agissait d'entretiens avec l'équipe chargée du suivi-évaluation du secrétariat exécutif du CNLS et du coordonateur du projet MAP.

3. Traitement des données

Nous nous sommes basés sur les données recueillies au cours des années 2008-2009 sur les sources et emplois des fonds du projet IDA. Nous avons analysé et suivi les dépenses effectuées par le projet MAP et leurs destinations.

Pour déterminer le niveau des dépenses du projet, nous avons utilisé l'outil REDES (outil de détermination des ressources et dépenses relatives au SIDA). Les tableaux y relatifs peuvent être consultés en annexe.

4. Limite de l'étude

Les limites auxquelles l'étude a été confrontée, résultent de la difficulté de renseigner l'outil sur toutes les dépenses effectuées. Les informations sur les dépenses ne sont pas fournies en fonction de la classification REDES.

La majeure partie des dépenses ne se retrouvent pas dans la classification REDES :

- Les populations bénéficiaires ne sont pas renseignées en fonction de la classification voulue par l'outil : la majeure partie des bénéficiaires ont été classées dans les initiatives non ciblées (BP.06): dépenses n'étant pas explicitement liées aux populations sélectionnées ou ciblées⁸. Initiatives ne ciblant pas un groupe de population en particulier ou initiatives bénéficiant à un certain groupe de population de manière indirecte.
- Parmi les facteurs de production, la plupart des fournitures consommables ne sont classifiées par objet de dépenses, ils ont été classés dans les autres matériels non classifiés ailleurs (PF.01.02.01.99).
- Les dépenses courantes allouées sans distinction d'objet de leurs dépenses ont été classées dans les dépenses courantes non classifiées ailleurs (n.c.a) : PF.01.99.
- Nous n'avons pas pu déterminer la part du projet dans le financement global de la lutte contre le Sida vu que le rapport sur les dépenses nationales du Sida ne pas disponibles pour la période de 2009

VII. REVUE DE LA LITTERATURE

A travers les études menées pour cerner les diverses ressources mobilisées dans la riposte contre le Sida, l'ONUSIDA a mis en place un cadre universel. D'où le

⁸ ONUSIDA, *Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au Sida (REDES) : classification et définition*, page 45

système d'information de détermination nationale des ressources et dépenses de lutte contre le Sida.

L'analyse de la plupart des rapports REDES de certains pays de l'Afrique Subsaharienne renseignent sur le financement de la riposte de manière générale et on peut ressortir les financements extérieurs, notamment les crédits de la Banque Mondiale aux programmes nationaux de lutte le Sida.

Ainsi, en Côte d'Ivoire, pour les années 2006, 2007 et 2008 le financement de la lutte contre le Sida était de 86 151 004 000F CFA, avec une grande part de l'aide extérieure, 87,22% contre seulement 12,78% de financement domestique (public et privé confondus).

Le financement extérieur regroupe les contributions bilatérales directes, les agences multilatérales de gestion de ressources extérieures et les organisations internationales non gouvernementales à but non lucratif. Les contributions bilatérales directes ont été de 84,09% des fonds internationaux et constituent le principal intervenant financier. Les agences multilatérales de gestion de ressources extérieures participent à hauteur de 15,15% et les organisations internationales non gouvernementales à but non lucratif ont aussi joué un rôle moins important avec une contribution relativement faible (0,76%). [10].

Au Togo, les dépenses totales de santé ont été constituées pour l'année 2006 de 7 432 053 430 FCFA, avec les fonds nationaux de 1 327 799 907 FCFA, soit 18% des dépenses totales, et du financement international de 6 104 253 523 FCFA, soit 82%. Les agences multinationales ont apporté 5 279 758 320 FCFA, soit 86,49%

des financements internationaux. La contribution de la Banque mondiale revient à 51 806 802 FCFA, soit 0.98% des financements des agences multinationales.

En 2007, les dépenses totales ont été de 6 464 575 766 FCFA, dont les fonds nationaux ont été de 2 310 369 FCFA, soit 36% et les fonds internationaux ont été de 4 154 206 409 FCFA, soit 64%. Les agences multilatérales ont apporté 3 150 322 839 FCFA, soit 75,83% des financements internationaux. La Banque Mondiale a contribué à hauteur de 11 236 686 FCFA, soit 0.35% des dépenses des agences multinationales [9].

Au Mali, bien que l'étude REDES n'ait pas été effectuée sur le territoire national (seulement sur le district de Bamako), les dépenses cumulées dans la lutte contre le Sida ont été estimées pour la période de 2006 à 12 316 977 804 FCFA. Les financements intérieurs ont été de 3 253 583 689 FCFA, soit 26% du montant global et les financements extérieurs se sont élevés à 9 063 394 115 FCA, soit 74%.

Dans le financement intérieur, le gouvernement apporte 379 134 722 FCFA, soit 18%, le programme multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA financé par la Banque Mondiale apporte 1 434 126 947 FCFA (67%) et la Banque Africaine de Développement 315 247 401 FECFA (15%) à travers le Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre (SE/HCNLS). Le MAP contribue à une forte part dans les dépenses intérieures [22].

Le Niger où la prévalence du VIH est proche de celle du Sénégal (0,7%), les dépenses consacrées à la lutte contre le Sida ont été estimées à 13,92 milliards de FCFA pour la période de 2007-2008.

L'année 2007 a absorbé 7 495 325 134 FCFA et pour l'année 2008 il a été alloué 6 420 672 284 FCFA, avec une baisse de 14.34% du financement alloué à la lutte contre le Sida.

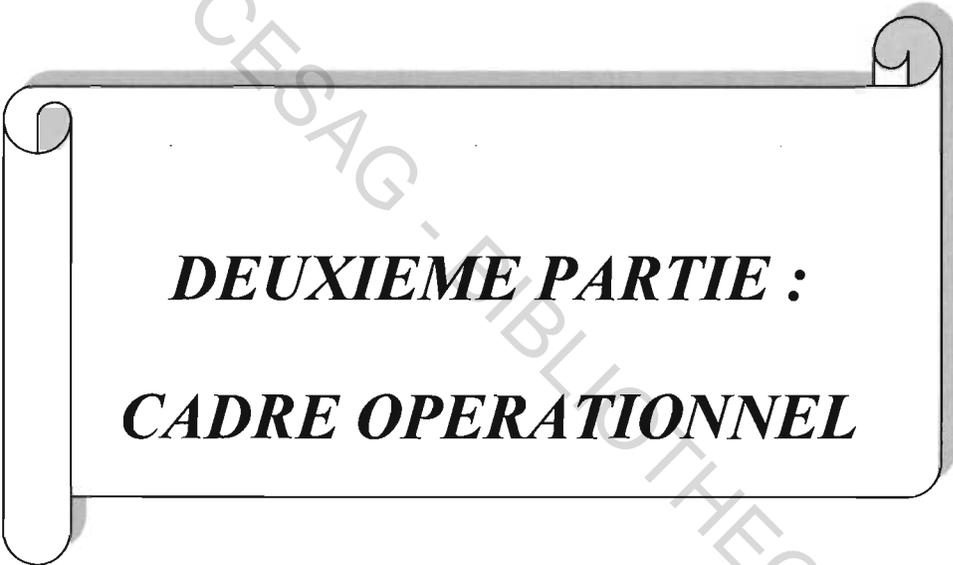
Les ressources intérieures en 2007 ont été de 1 247 402 616 FCFA, soit 16.6% contre 6 247 922 FCFA de ressources extérieures, soit 83.46%.

Parmi les ressources extérieures les agences multilatérales ont apporté 5 035 275 798 FCFA, soit 80.59%, dont la Banque Mondiale qui a contribué à hauteur de 59,91% à elle seule. Ainsi, les agences multilatérales ont alloué 65.67% des fonds au secteur public, 13% au secteur privé et 21.94% aux institutions internationales à but non lucratif.

En 2008, les ressources intérieures ont été de 1 068 594 946 FCFA, soit 16,6%, contre 5 952 078 338 FCFA, soit 83,4%. La part des agences multilatérales revenait à 3 985 830 741 FCFA, soit 80.559%, dont le Banque Mondiale a également contribué à une forte part, 2 024 495 359 FCFA, soit 50,79%.

En 2008, les agences multilatérales ont alloué 58.03% au secteur public, 13.46% au secteur privé et 28.51% aux institutions internationales à but non lucratif. Le secteur public est le plus grand utilisateur de fonds dans le cadre de la lutte contre le Sida.

La répartition des financements internationaux par intervention en 2007 nous montre que 89.24% des financements contre 84.61% en 2008, ont été allouées aux activités de prévention, les soins et traitement et l'administration et gestion du programme [15].



DEUXIEME PARTIE :
CADRE OPERATIONNEL

I. CADRE D'ETUDE

Dans la présente partie, nous décrivons le cadre d'étude qui est le Conseil National de la Lutte contre le Sida (CNLS) où a eu lieu notre stage.

1. Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) [11]

Le CNLS a été créé suite aux recommandations de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/Sida (UNGASS) par le décret n°2001-1063 du 10 décembre 2001.

1.1. Composition

Le CNLS est placé sous la présidence du Premier Ministre, le ministre de la santé et de la prévention assure la 1^{ère} vice présidence et le secrétariat est assuré par le secrétaire exécutif du CNLS. Il est également composé des autres membres intervenants dans la lutte contre le Sida : les ministres en charge des autres secteurs les plus concernés par le Sida, le représentant de la présidence de la république, les 1^{ers} vice-présidents du Sénat et de l'assemblée nationale, les gouverneurs des régions, les représentants des collectivités locales, des réseaux des PVVIH, du Patronat, des collectifs des ONG et associations, des confessions religieuses des centrales syndicales et le président de la commission nationale de coordination du Fonds Mondial

1.2. Missions

Le CNLS est l'organe politique d'orientation et de décision. Sa mission est de :

- Définir les orientations nationales de la lutte contre le Sida ;

- Assurer le plaidoyer et le partenariat au plus haut niveau dans la lutte contre le Sida ;
- Veiller au respect de la réglementation et de l'éthique en matière de lutte contre le Sida

Afin d'organiser la réponse nationale au VIH/SIDA, le Sénégal à travers le CNLS s'est doté d'un Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (PNMLS). (*Décret n°2005-550, portant création d'un conseil national de lutte contre le Sida, 22 juin 2005*)[20].

A ce titre, le CNLS est chargé de :

- veiller à la bonne exécution des décisions et recommandations issues de ses réunions, relatives au Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA ;
- de conseiller et assister le gouvernement dans la définition et l'orientation de la politique de lutte contre le Sida et dans la recherche des voies et moyens pour sa mise en œuvre ;
- de procéder à l'étude des questions que le président de la République, le Premier Ministre et les autres institutions lui soumettent, dans le domaine de la lutte contre le Sida.

Le CNLS se réunit une fois par année et exceptionnellement sur convocation du Président. Le secrétariat des sessions du CNLS est assuré par le secrétaire exécutif du CNLS. Celui-ci est nommé par arrêté du Premier Ministre qui fixe l'organisation et le fonctionnement du Secrétariat Exécutif.

2. Le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS) [11]

Le SE/CNLS est l'organe exécutif de la politique et des stratégies multisectorielles du CNLS. Il a pour mission la coordination, le suivi et l'évaluation du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS).

Le SE/CNLS est dirigé par le Secrétaire Exécutif et comprend trois unités techniques :

- l'unité de gestion programmatique ;
- l'unité de suivi-évaluation ;
- l'unité de gestion administrative, financière et d'appui logistique

Celles-ci ont pour tâches d'assurer des activités d'appui technique, de supervision et d'assistance aux différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PNMLS. Le Secrétaire Exécutif est également assisté par un personnel d'appoint pour les tâches administratives et d'assistance. Enfin, le Secrétariat exécutif est élargi aux acteurs de la société civile, aux PVVIH et aux représentants des agences impliquées dans l'exécution technique et financière du PNMLS. Le SE/CNLS assure le suivi de l'ensemble des ressources financières mobilisées dans la lutte contre le Sida.

Le Secrétariat exécutif se réunit mensuellement en session élargie aux points focaux des secteurs, et une fois par semaine pour les besoins de coordination. En sa qualité de maître d'œuvre du PNMLS, c'est le SE/CNLS qui impulse et coordonne les interactions entre le gouvernement, les personnes vivant avec le VIH, le secteur privé et la société civile pour mettre en œuvre les stratégies et les programmes de riposte au VIH et au SIDA. A cet effet, le CNLS a – dès sa création – mis en place

un cadre de concertation réunissant l'Etat du Sénégal, les bailleurs de fonds et la société civile, ce qui a permis une meilleure articulation des interventions des parties prenantes au PNMLS.

3. Présentation du Projet Multisectoriel de Lutte contre VIH/Sida (MAP)

3.1. Objectifs et phasage du projet

Le Projet National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (Crédit 3601 SE)⁹ a été approuvé le 7 février 2002 et il est entré en vigueur le 31 janvier 2003. Sa mise en œuvre devait se dérouler de janvier 2002 à avril 2007, mais à cause du retard enregistré au démarrage, il a bénéficié de trois prolongations successives (septembre 2008, septembre 2009 et juin 2010). Notons cependant que la gestion du MAP a été placée sous l'autorité du Conseil National de Lutte contre le Sida disposant d'un Secrétariat Exécutif.

L'objectif de développement du projet est de contribuer aux efforts de contrôle de l'épidémie du VIH/SIDA par le Gouvernement du Sénégal en vue :

- D'amplifier les interventions de prévention ciblant les groupes vulnérables (jeunes et femmes) et les groupes à haut risque (travailleuses du sexe et hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes);
- D'amplifier l'accès à la prise en charge globale des PVVIH;
- De soutenir les initiatives de la société civile et des communautés, dans le domaine de la prévention et du traitement du VIH/SIDA. Cet objectif a été reformulé lors de la restructuration du projet en juillet 2007 et approuvé par le conseil d'administration de la Banque mondiale.

⁹ CNLS, Projet MAP, *Rapport de fin de projet : Niveau de réalisation des activités techniques et atteinte des objectifs*, septembre 2010, page 13-16

Tableau n°2 : Objectifs du projet MAP

Objectifs de 2003 à Juin 2007	Objectifs à partir de juillet 2007
1- Appuyer le Sénégal dans l'exécution du Programme de Prévention de l'Expansion du VIH/Sida	1-Amplifier les interventions de prévention ciblées sur les groupes vulnérables (jeunes et femmes) et les groupes à haut risque (travailleuses du sexe et hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes)
2- Développer l'accès au traitement, la prise en charge et le soutien pour les PVVIH	2- Amplifier l'accès à la prise en charge globale des PVVIH
3- Apporter un appui aux initiatives de la société civile et des communautés pour la prévention et la PEC du VIH/Sida	3- soutenir les initiatives de la société civile et des communautés, dans le domaine de la prévention et du traitement du VIH/SIDA

Source : CNLS, Rapport de fin de projet MAP, septembre 2010

3.2. Composantes du projet

Le programme a deux composantes principales :

Composante 1: Le renforcement des capacités des Agences d'Exécution, de mise en œuvre et des structures de coordination.

- a) Prestation de services de conseils dans les domaines de la planification participative et du suivi des activités communautaires.
- b) Prestations de service pour la mise en œuvre d'un plan global de suivi et d'évaluation.

- c) Mise en œuvre des programmes de formation dans le domaine du CDV, de la PTME, de la prévention et traitement des infections opportunistes et la tuberculose.
- d) Mise à disposition d'une thérapie ARV.
- e) Acquisition de fournitures pour la mise en œuvre des activités.

Composante 2 : l'appui aux initiatives de la société civile et des communautés.

- a) Mise en œuvre de programmes de communication pour le changement de comportement (CCC) par les PVVIH, les organisations communautaire de base (OCB) et le Secteur Privé.
- b) Dotation de subventions aux agences d'exécution communautaire pour la mise en œuvre d'activités de prévention et de sensibilisation, de prise en charge des PVVIH et d'appuis sociaux aux orphelins et aux ménages affectés.

II. INTERPRETATIONS DES RESULTATS

Il s'agira de mettre en évidence les activités qui ont été prises en charge par le projet au cours des années 2008 et 2009, de ressortir les bénéficiaires des financements et les facteurs qui ont consommées les ressources. Les données seront traitées en comparaison sur les deux années.

II. 1. Dépenses totales du projet MAP

Les dépenses du projet MAP pour l'année 2008 s'élèvent à 2 201 010 905FCFA contre 3 241 893 021FCFA en 2009, soit un accroissement des dépenses de 47%. Cela peut s'expliquer en partie par une augmentation consistante des subventions qui ont pratiquement doublé en 2009.

Si on analyse le tableau ci-dessous, on constate que dépenses exécutées ont dépassé les fonds reçus de 890 574 896FCFA en 2008 tandis qu'en 2009 elles ont été moins que les financements reçus de 1 427 714 932FCFA.

Tableau n°3: Sources et emplois des fonds du projet

LIBELLE	2008		2009	
	MONTANT	%	MONTANT	%
Financement IDA	485 436 009	37%	3 994 607 953	86%
Gouvernement	825 000 000	63%	675 000 000	14%
Total financement	1 310 436 009	100%	4 669 607 953	100%
Dépenses totales	2 201 010 905		3 241 893 021	
Variation financement reçus et dépenses exécutées	-890 574 896		1 427 714 932	

Sources : CNLS, Rapport des sources et emplois des fonds du projet

En 2008, le gouvernement a apporté 63% du financement global du projet par rapport au crédit de la Banque Mondiale qui n'a été que de 37%. Par contre, en 2009 les financements IDA se sont élevés à 86% du financement global du projet. Les dépenses de l'année 2008 ont été largement supérieures aux financements reçus la même période, mais il y a eu recours aux fonds antérieurs non encore utilisés.

Si on analyse la répartition des dépenses par catégorie, nous pouvons dégager les rubriques prises en compte dans l'allocation des fonds.

Tableau n°4 : Répartition des dépenses par catégorie

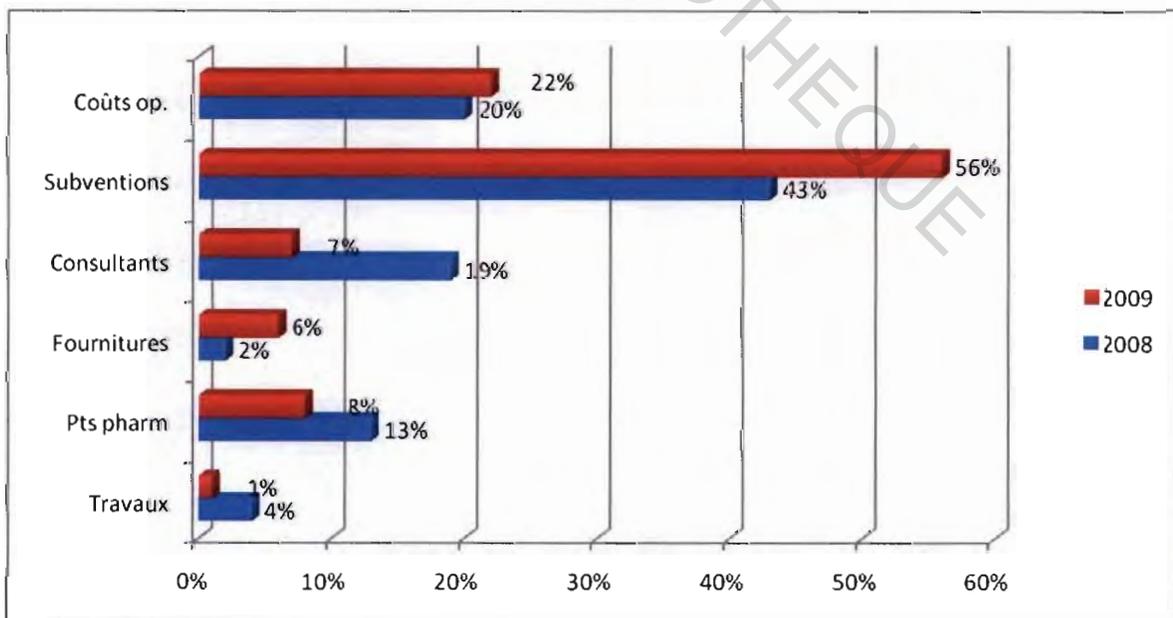
LIBELLE	2008		2009	
	MONTANT	%	MONTANT	%
Travaux	85 331 882	4%	29 713 192	1%
Produits pharmaceutiques	277 478 927	13%	256 473 781	8%
Fournitures	39 991 030	2%	202 958 356	6%
Consultants	419 593 047	19%	222 603 763	7%
Subventions	942 348 018	43%	1 805 487 908	56%
Coûts opérationnels	436 268 001	20%	724 656 021	22%
Total dépenses	2 201 010 905	100%	3 241 893 021	100%

Sources : CNLS, Rapport des sources et emplois des fonds du projet

Le tableau ci-dessus décrit les catégories prises en compte par le projet MAP dans l'allocation des ressources. Les subventions (part gouvernementale dans les financements du projet) ont été utilisées dans les dépenses relatives à la planification des activités, à l'appui des OEV, à la formation, au suivi-évaluation, à la sensibilisation et à la mobilisation communautaire. Elles ont constitué la première source des dépenses du projet, soit 43% des dépenses totales en 2008 et 56% des dépenses en 2009. Elles sont suivies de la catégorie des coûts

opérationnels (frais de fonctionnement, paiement des loyers, frais bancaires, frais de réparation,...) dans laquelle le projet a alloué 20% des dépenses totales en 2008 et 22% en 2009. La catégorie consultants, constituée de dépenses relatives aux activités des consultants (formation, planification, suivi-évaluation, salaires du personnel, des honoraires des consultants,...), a consommé 19% des dépenses totales en 2008 et 7% en 2009. La catégorie des produits pharmaceutiques, constituée des dépenses relatives au règlement des factures de la pharmacie nationale d'approvisionnement et à l'achat du matériel médical et de laboratoire, a consommé 13% des dépenses totales en 2008 et 8% en 2009. Les dépenses relatives aux fournitures (achat du matériel de bureau, matériel informatique et mobilier de bureau) ont été de 2% des dépenses totales en 2008 et de 6% en 2009. La catégorie des dépenses relatives aux travaux (construction et équipement des banques de sang) a pris 4% des dépenses totales en 2008 et 1% en 2009.

Graphique n°1 : Evolution des dépenses par catégories de 2008-2009



Pour l'année 2008, la part des subventions dépensées a été de 43%, suivies des dépenses liées aux coûts opérationnels qui ont consommés 20% des ressources. Les dépenses de ces deux catégories ont respectivement augmenté en 2009 de 92% et 40%. Les dépenses de fournitures, bien qu'elles soient très minimes, ont augmenté de 47%.

Nous noterons que les dépenses liées à rubriques des consultants, à l'achat des produits pharmaceutiques et aux travaux ont beaucoup diminué en 2009 respectivement de 47%, 8% et 65%.

Nous constatons également que l'augmentation des dépenses du projet pour les deux années peut provient de l'accroissement considérable des subventions reçues par le gouvernement (92%).

II.2. Situation globale des dépenses par intervention

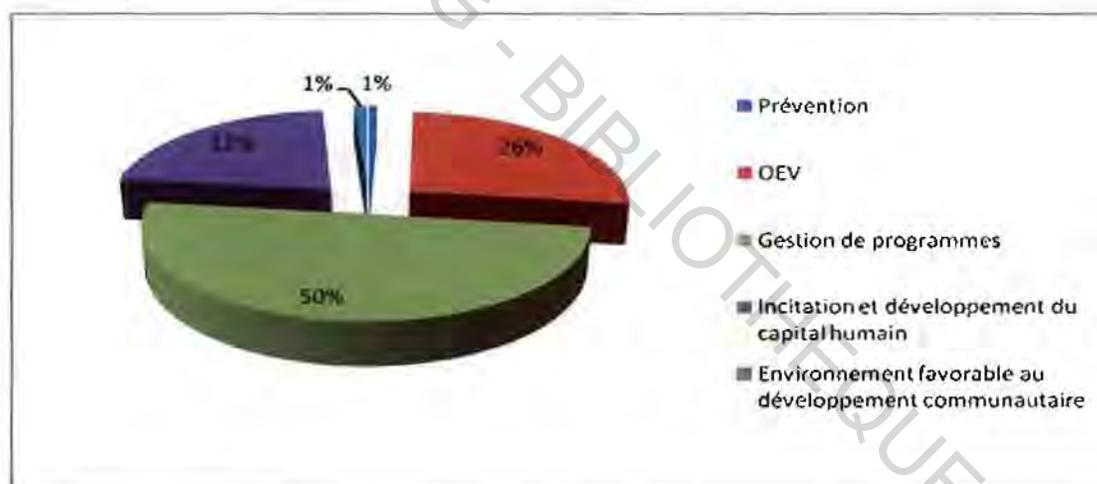
Tableau n°5 : Synthèse des dépenses par chapitre d'intervention

Interventions	2008		2009	
	MONTANT	%	MONTANT	%
Prévention	13 447 500	1%	5 957 455	0.18%
Soins et traitement	-	-	-	-
Orphelins et enfants vulnérables	582 939 428	26%	744 671 904	23%
Gestion de programme et renforcement de l'administration	1 097 946 749	50%	1 815 703 687	56%
Ressources humaines	483 799 140	22%	658 205 005	20%
Protection sociale et services sociaux	-	-	-	-
Environnement favorable au développement communautaire	22 878 088	1%	17 354 970	1%
Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)	-	-	-	-
Total général	2 201 010 905	100%	3 241 893 021	100%

Sources : CNLS, tableaux constitués par le REDES à partir des données des rapports de sources et emplois du projet 2008-2009

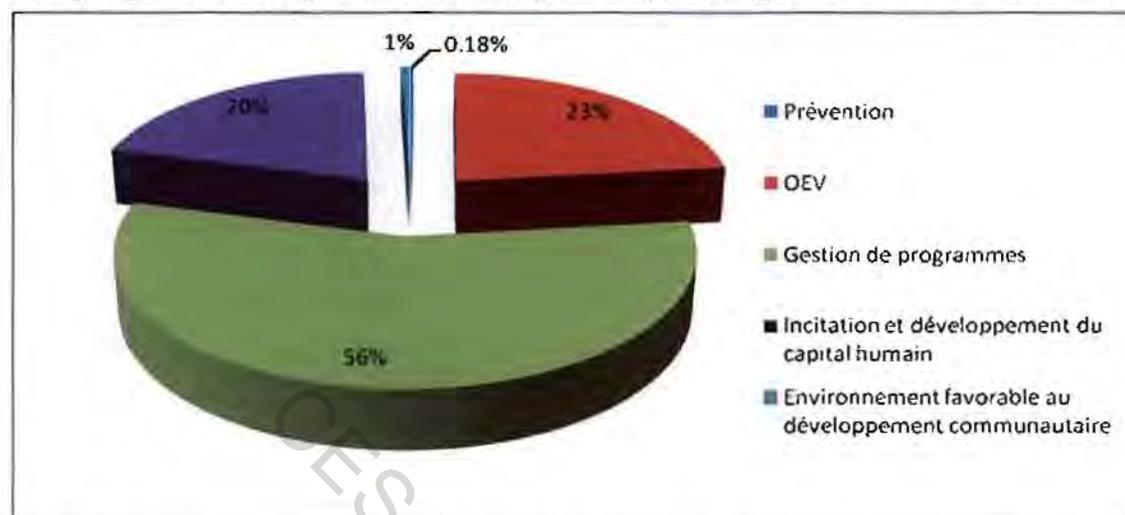
La méthodologie REDES définit huit grandes catégories de dépenses. L'analyse du tableau ci-dessus montre que des actions n'ont pas pu être réalisées dans les 8 catégories de dépenses. Les activités ne sont réalisées que sur 5 des 8 catégories ; les soins et traitements, la protection sociale et services sociaux et la recherche liée au VIH n'ont pas été pris en compte par le projet MAP. En effet, des cinq chapitres d'interventions, le projet a mis un fort accent sur trois activités, à savoir : la gestion des programmes et renforcement de l'administration, l'appui aux OEV et le renforcement des ressources humaines.

Graphique n°2: Répartition des dépenses par chapitres d'intervention en 2008



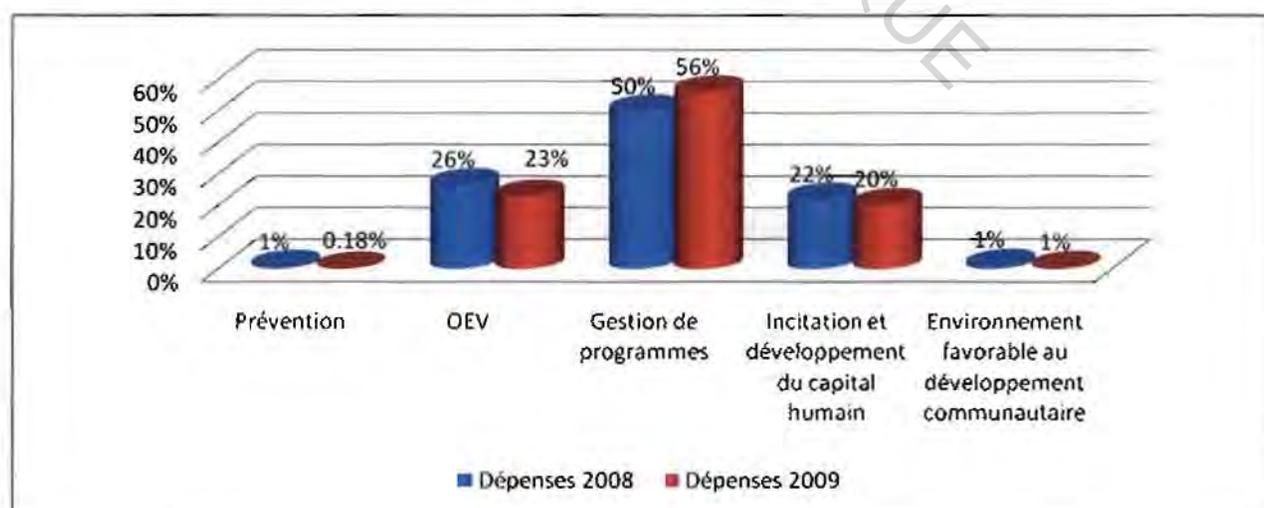
Le graphique ci-dessus nous montre qu'en 2008, la gestion de programme absorbe la moitié des ressources au détriment des autres chapitres d'intervention, soit 50% des dépenses totales, suivie des activités en faveur des OEV qui ont absorbées 26% des ressources dépensées, puis du chapitre incitation au développement du capital humain (22%). Ainsi, seulement 2% des ressources ont servi à financer les activités de prévention et de recherche d'un environnement favorable.

Graphique n°3 : Répartition des dépenses par chapitre d'intervention en 2009



Sur le graphique on voit qu'en 2009, plus de la moitié des ressources (56%) sont destinées à la gestion de programme et renforcement de l'administration. Les activités destinées aux OEV ont été réalisées à hauteur de 23%. L'incitation et développement humain a pris 22% des ressources dépensées. Par contre les activités de prévention et de recherche d'un environnement favorable, pour la période, n'ont été financées qu'avec 1,18% des ressources.

Graphique n°4 : Comparaison des dépenses par intervention, 2008-2009



Ce graphique nous montre que les dépenses du projet ont été effectuées pour les mêmes interventions.

Nous constatons que les ressources allouées à la gestion des programmes arrivent en 1^{ère} position avec une hausse de leurs dépenses de 65% en 2009. Les dépenses consacrées aux OEV constituent le 2^e chapitre d'intervention qui a consommé le plus de ressources, suivies des dépenses relatives à l'incitation des ressources humaines avec respectivement une baisse de 28% et 36% de leurs dépenses en 2009.

Nous constatons également que très peu de ressources ont été allouées à la prévention et aux activités relatives au plaidoyer pour un environnement favorable au développement communautaire.

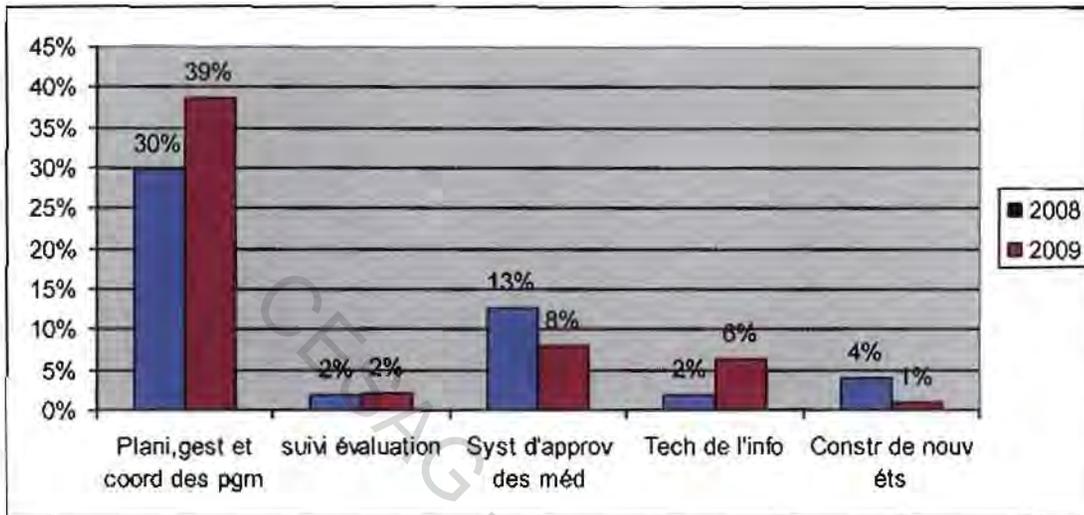
II.2.1. Dépenses de gestion et administration du programme

Tableau n°6 : Dépenses de gestion et administration du programme

	2008		2009	
	Montant	%	Montant	%
Gestion de programme et renforcement de l'administration	1 097 946 749	50%	1 815 703 687	56%
Planification, coordination et gestion de programmes	654 392 274	60%	1 255 031 761	69%
Suivi et évaluation	40 752 636	4%	71 526 597	4%
Système d'approvisionnement	277 478 927	25%	256 473 781	14%
Technologie de l'information	39 991 030	4%	202 958 356	11%
Construction de nouveaux établissements de santé	85 331 882	8%	29 713 192	2%
Dépenses totales	2 201 010 905	100%	3 241 893 021	100%

Sources : CNLS, tableaux constitués par le REDES à partir des données des rapports de sources et emplois du projet 2008-2009

Graphique n°5 : Evolution des dépenses de gestion et administration du programme



Le tableau et le graphique ci-dessus nous renseignent sur l'utilisation des ressources allouées à la gestion et administration des programmes auxquelles le projet avait alloué 50% des ressources totales en 2008 et 56% en 2009. Les activités de planification, coordination et gestion du programme absorbent la majeure partie des ressources, 60% des dépenses de gestion et administration des programmes en 2008 contre 69% en 2009, soit une augmentation de 92% des dépenses de gestion des programmes. Les dépenses relatives au système d'approvisionnement en médicaments et à la construction de nouveaux établissements de santé ont été en baisse en 2009 respectivement de 8% et 65%.

Toutefois les dépenses destinées aux activités de suivi-évaluation et à la technologie de l'information ont consommé très peu de ressources de gestion de programmes. Notons que les dépenses de technologie de l'information ont connu en 2009 une amélioration non négligeable de leurs dépenses de plus 5fois ce qu'elles avaient consommées en 2008.

II.2.2. Dépenses relatives à la gestion des ressources humaines

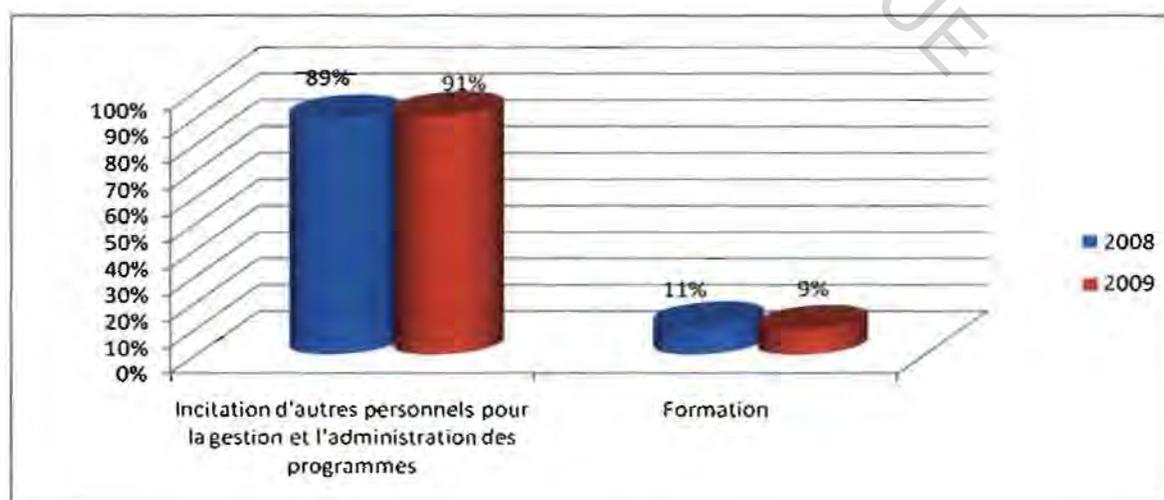
Tableau n°7: Répartition des dépenses relatives aux ressources humaines

Interventions	2008		2009	
	MONTANT	%	MONTANT	%
Ressources humaines	483 799 140	22%	658 205 005	20%
Incitation d'autres personnels pour la gestion et l'administration des programmes	431 486 240	89%	595 710 167	91%
Formation	52 312 900	11%	62 494 838	9%
Dépenses totales	2 201 010 905	100%	3 241 893 021	100%

Sources : CNLS, tableaux constitués par le REDES à partir des données des rapports de sources et emplois du projet 2008-2009

Seules deux activités ont consommées les ressources allouées au renforcement du capital humain. Il s'agit de l'incitation d'autres personnels pour la gestion et l'administration avec 89% des dépenses aux ressources humaines en 2008 et 91% en 2009 et de la formation avec 11% des dépenses en 2008 et 9% en 2009.

Graphique n°6 : Evolution des dépenses relatives aux ressources humaines (en %)



Les dépenses effectuées dans le cadre du renforcement des ressources humaines ont connu une augmentation de 26% de leurs dépenses de 2008 à 2009. On peut observer que cette dépense a été plus dirigée vers les dépenses d'incitation du personnel qui ont augmenté de 38%. Cependant, cette grande part des dépenses consacrées à l'incitation d'autres personnels est composée de salaires du personnel, des honoraires des consultants, des primes, des per diem ainsi que des cotisations sociales. Les dépenses relatives à la formation ont eu un accroissement de 19% de leurs dépenses.

II.3. Structure des dépenses par population bénéficiaire

Tableau n°8 : Répartition des dépenses par population bénéficiaire

Population bénéficiaire	2008		2009	
	Montant	%	Montant	%
PVVIH	438 039 294	20%	873 241 619	27%
OEV	582 939 428	26%	744 671 904	23%
Professionnels de soins de santé	35 088 303	2%	37 776 977	1.2%
Groupes de population spécifiques accessibles	17 214 635	1%	6 957 750	0.2%
Chauffeurs/routiers	-	-	2 391 900	0.1%
Jeunes gens/lycéens	-	-	5 957 455	0.2%
Initiatives non ciblées	1 127 729 245	51%	1 570 895 416	48%
Total général	2 201 010 905	100%	3 241 893 021	100%

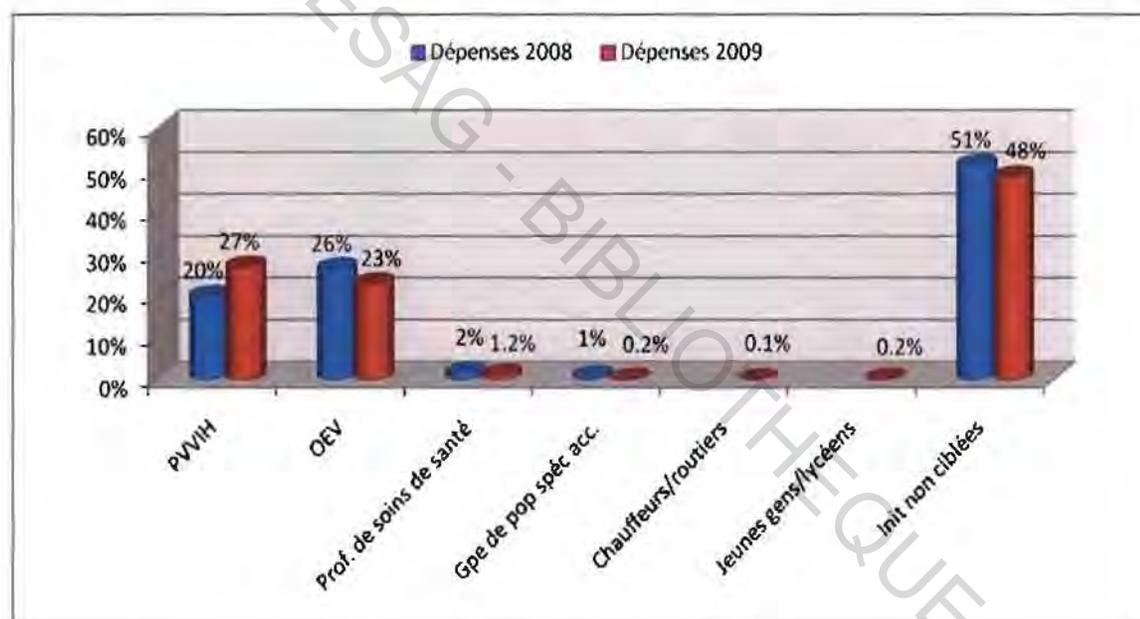
Sources : CNLS, tableaux constitués par le REDES à partir des données des rapports de sources et emplois du projet 2008-2009

Le tableau ci-dessus, nous indique les catégories des populations bénéficiaires vers lesquelles les dépenses du projet sont orientées. Elles ont eu pour principaux bénéficiaires les initiatives non ciblées qui prennent la moitié des ressources, soit 51% des dépenses totales en 2008 et 48% en 2009, les PVVIH et les OEV qui ont été relativement bien financés avec respectivement 20% des dépenses totales en

2008 et 27% en 2009 pour les PVVIH et 26% des dépenses totales en 2008 et 23% en 2009 pour les OEV.

Les parts des ressources allouées des professionnels de santé et des groupes de populations spécifiques accessibles ont été relativement faibles. Notons que dans le groupe des populations spécifiques accessibles on a regroupé les journalistes, les forces armées, les épouses des militaires et celles des gendarmes.

Graphique n°7: Comparaison des dépenses par groupe cible 2008-2009



Pour les deux années, on peut constater que la majeure partie des ressources qui étaient consommées par les initiatives non ciblées ont été en diminution de 39%.

Les ressources allouées aux PVVIH ont presque doublé en 2009, soit 99% de leurs dépenses. Les dépenses en faveur des OEV ont également connu une nette amélioration de 28% de leurs dépenses. Tandis que les dépenses en faveur des

groupes de population spécifiques accessibles ont enregistré une baisse de leurs dépenses de 60% entre 2008 et 2009.

Remarquons qu'en 2009 le projet a orienté une faible proportion de ses fonds dans la prise en charge des chauffeurs et routiers et dans le suivi des jeunes gens et lycéens à hauteur respectif de 0.1% et 0.2%.

II.3.1. Les dépenses consacrées aux PVVIH

Tableau n°9 : Répartition des dépenses par intervention au profit des PVVIH

	2008		2009	
	Montant	%	Montant	%
PVVIH	438 039 294	20%	873 241 619	27%
Mobilisation communautaire	13 447 500	3%	-	-
Planification, coordination et gestion des programmes	61 305 985	14%	421 511 009	48%
Suivi évaluation	475 000	0.1%	34 381 318	4%
Système d'approvisionnement en médicament	277 478 927	63%	256 473 781	29%
Technologie de l'information	-	-	113 084 577	13%
Construction de nouveaux établissements de santé	85 331 882	19%	29 713 192	3%
Formation	-	-	18 077 742	2%
Dépenses totales	2 201 010 905	100%	3 241 893 021	100%

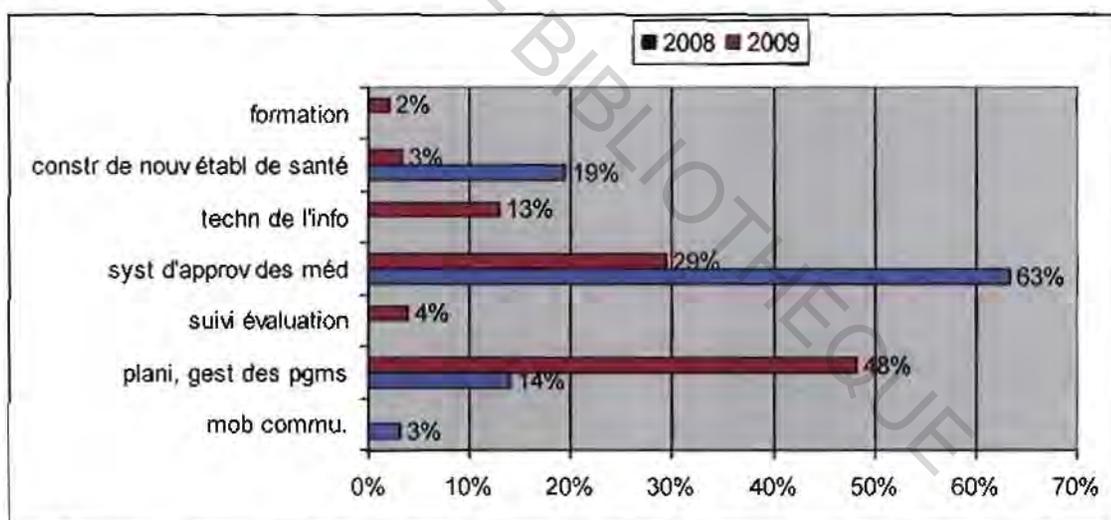
Sources : CNLS, tableaux constitués par le REDES à partir des données des rapports de sources et emplois du projet 2008-2009

Les dépenses de PVVIH n'ont pas pu, par absence de précisions sur l'âge ou la tranche d'âges des bénéficiaires, être spécifiées. Ce qui justifie un regroupement du montant sur la rubrique « *Personne vivant avec le VIH non désagrégée* ». En effet, des précisions auraient permis de représenter la répartition des ressources par âge ou par tranche d'âges de PVVIH (adultes, jeunes et enfants).

L'allocation des fonds aux PVVIH a été principalement orientée dans l'achat des médicaments pour l'année 2008, puis à faible proportion dans les dépenses de planification des programmes et dans la construction de nouveaux établissements de santé.

En 2009, les dépenses destinées aux PVVIH ont pratiquement doublé. Cela peut s'expliquer par la forte augmentation des dépenses de planification et gestion des programmes et par les dépenses de suivi évaluation, de technologie de l'information et de formation qui n'avaient pas été ou peu prises en charge en 2008, à hauteur respective de 4%, 13% et 2%.

Graphique n°8 : Répartition des dépenses par intervention au profit des PVVIH



Les PVVIH ont occupé une place importante dans la mise en œuvre des interventions du projet dans la riposte contre le SIDA. En effet, les PVVIH ont bénéficié de 20% des dépenses totales en 2008 contre 27% des dépenses totales en 2009.

Les fonds adressés aux PVVIH ont été utilisés pour financer le système d'approvisionnement en médicament à plus de la moitié des ressources (63% en 2008) mais ont subi une baisse de 8% en 2009. Mais la forte augmentation des dépenses aux PVVIH a fait que la part du système d'approvisionnement représente en 2009 une faible proportion, soit 29% des dépenses. Les dépenses de construction de nouveaux établissements de santé pour les PVVIH ont également diminué de 65% au cours de l'année 2009. Les dépenses de planification et gestion des programmes au profit des PVVIH ont fortement augmenté, soit 85% des dépenses destinés aux PVVIH. Elles ont constitué la première source de dépenses pour l'année 2009.

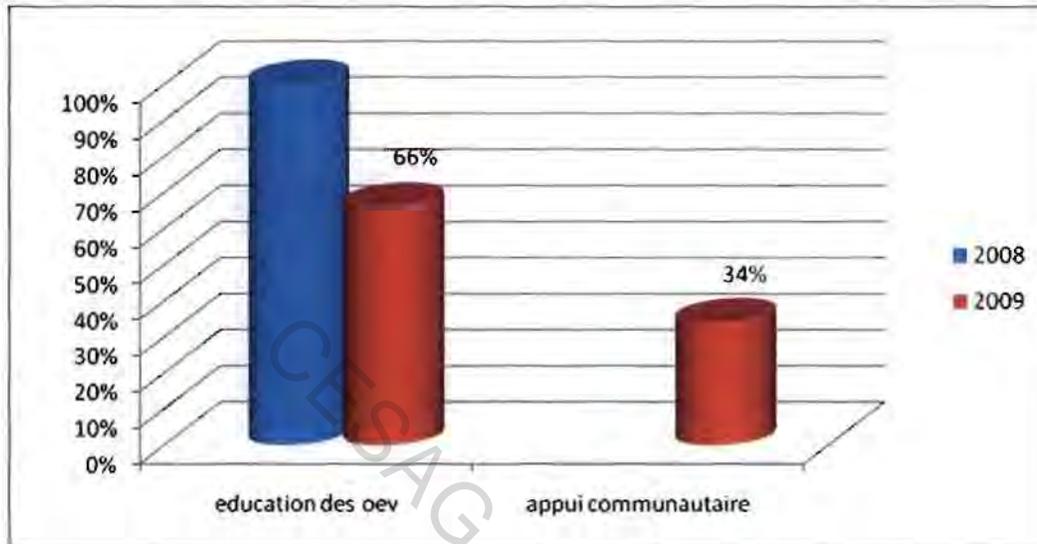
II.3.2. Les dépenses destinées aux OEV

Tableau n°10 : Répartition des dépenses par intervention au profit des OEV

	2008		2009	
	Montant		Montant	%
OEV	582 939 428	26%	744 671 904	27%
Education des OEV	582 939 428	100%	492 092 056	66%
Appui communautaire aux OEV	-	-	252 579 848	34%
Dépenses totales	2 201 010 905	100%	3 241 893 021	100%

Sources : CNLS, tableaux constitués par le REDES à partir des données des rapports de sources et emplois du projet 2008-2009

Graphique n°9: Répartition des dépenses par intervention au profit des OEV



Les dépenses en faveur des OEV ont été effectuées pour l'éducation des OEV à 582 939 428FCFA en 2008 (soit 100% des dépenses aux OEV) contre 492 092 056 FCFA en 2009 (soit 66% des dépenses aux OEV). Cette activité était composée d'octroi de bourses aux OEV et de distribution de matériels scolaires. Les dépenses relatives à l'appui communautaire n'ont eu lieu qu'en 2009 seulement.

II.3.3. Les dépenses consacrées aux initiatives non ciblées

Dans cet ensemble, on regroupe les initiatives ne ciblant pas un groupe de population en particulier ou initiatives bénéficiant à un certain groupe de population de manière indirecte. Dans notre travail, il a été considéré tous les bénéficiaires du projet non mentionnés ailleurs dont les travailleurs du CNLS qui ne sont pas pris en compte dans la classification REDES alors qu'ils consomment une bonne partie des ressources.

Tableau n°11 : Répartition des dépenses par intervention au profit des initiatives non ciblées

	2008		2009	
	Montant	%	Montant	%
Initiatives non ciblées	1 127 729 245	51%	1 570 895 416	48%
Planification, coordination et gestion de programmes	588 746 289	52%	822 443 102	52%
Suivi évaluation	40 277 636	4%	37 145 279	2%
Technologie de l'information	39 991 030	4%	89 873 779	6%
Incitations financières à l'égard d'autres personnels pour la gestion et l'administration des programmes	431 486 240	38%	595 710 167	38%
Formation	17 201 250	2%	8 368 119	1%
Sensibilisation	10 026 800	1%	17 354 970	1%
Dépenses totales	1 127 729 245	100%	1 570 895 416	100%

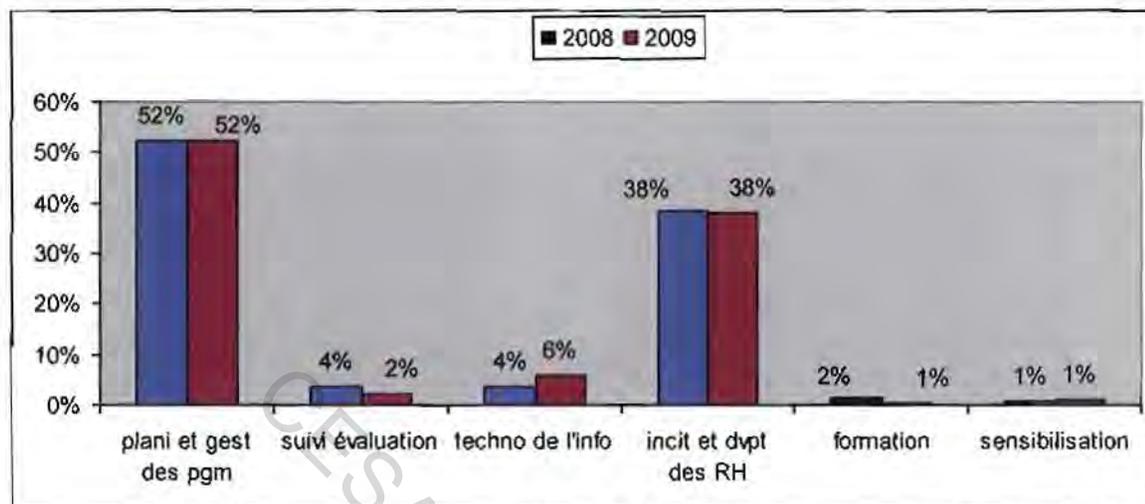
Sources : CNLS, tableaux constitués par le REDES à partir des données des rapports de sources et emplois du projet 2008-2009

Les initiatives non ciblées ont bénéficié de 1 127 729 245 FCFA en 2008 (soit 51% des dépenses totales) et de 1 570 895 416 FCFA en 2009 (soit 48% des dépenses totales). D'où une baisse des dépenses aux initiatives non ciblées de 28%.

Les principales interventions dont ont bénéficié les initiatives non ciblées sont la planification et gestion des programmes à 52% pour les deux années et les incitations financières à l'égard du personnel à 38% des dépenses des initiatives non ciblées pour les deux années.

Le reste des dépenses a servi à financer le suivi évaluation (soit 4% des dépenses des initiatives non ciblées contre 2% en 2009), la technologie de l'information (soit 4% des dépenses des initiatives non ciblées en 2008 contre 6% en 2009), la formation (2% des dépenses des initiatives non ciblées en 2008 contre 1% en 2009) et la sensibilisation à hauteur de 1% des dépenses des initiatives non ciblées.

Graphique n°10 : Evolution des dépenses aux initiatives non ciblées



De part le graphique, nous pouvons constater que les principales dépenses effectuées au profit du groupe des initiatives non ciblées n'ont pas variées au cours de l'année 2009. Plus de la moitié des dépenses (52%) ont été utilisées pour la planification et gestion des programmes, tandis que 38% des dépenses allouées aux initiatives non ciblées ont servi à l'incitation et développement des ressources humaines.

II.4. Dépenses par type de facteurs de production (objets de dépense)

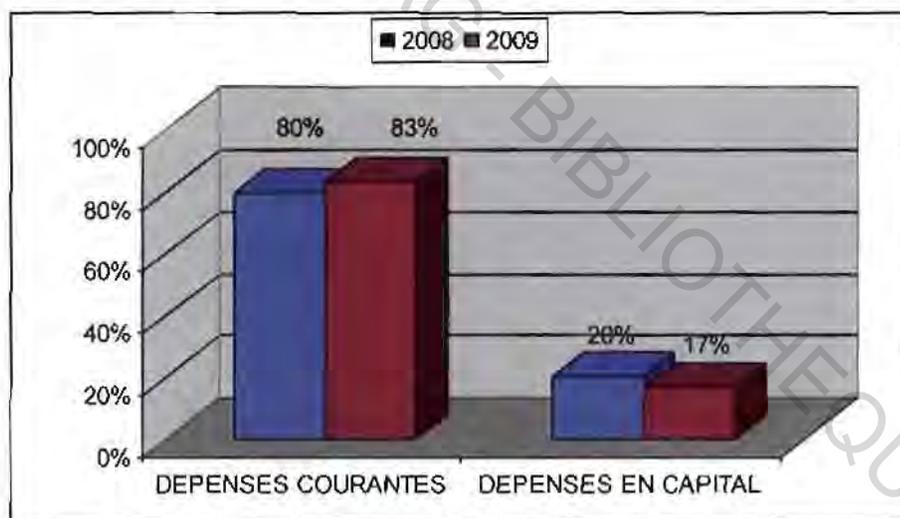
Tableau n°12 : Répartition des dépenses par objet de dépenses 2008 et 2009

Facteurs de production	2008		2009	
	Montant	%	Montant	%
Dépenses courantes	1 749 586 187	80%	2 696 972 021	83%
Revenus de travail	248 186 572	14%	590 191 816	22%
Fournitures et services	1 501 399 615	86%	2 106 780 205	78%
Dépenses en capital	450 424 718	20%	544 921 000	17%
Constructions	85 031 882	19%	29 713 192	5%
Equipements	365 392 836	81%	515 207 808	95%
Dépenses totales	2 201 010 905	100%	3 241 893 021	100%

Sources : CNLS, tableaux constitués par le REDES à partir des données des rapports de sources et emplois du projet 2008-2009

Les dépenses qui ont été effectuées étaient en grande partie constituées de dépenses courantes à 1 749 586 187 FCFA en 2008 (soit 80% des dépenses totales) et de 2 696 972 021 FCFA en 2009 (soit 83% des dépenses totales). Les dépenses de fournitures et services ont consommées une grande part des ressources courantes (soit 86% en 2008 et 78% en 2009). Les dépenses en capital ont consommé 450 424 718 FCFA en 2008 (soit 20% des dépenses totales) contre 544 921 000 FCFA en 2009 (soit 17% des dépenses totales). Elles ont été effectuées en majeure partie pour l'achat des équipements à hauteur de 81% en 2008 et 95% en 2009.

Graphique n°11 : Evolution des dépenses par objet de dépenses



Le graphique ci-dessus révèle la forte proportion des dépenses courantes (80% des dépenses globales en 2008 contre 83% en 2009, soit une augmentation de 35%).

Les dépenses en capital n'ont consommé que 20% des ressources globales en 2008 contre 17% en 2009, soit une augmentation de 17%).

Des améliorations de dépenses ont été enregistrées pour les équipements et les rémunérations du travail alors que celles relatives à l'achat des consommables et

aux paiements des services et celles relatives aux constructions ont été en diminution

II.4.1. Cas des dépenses courantes

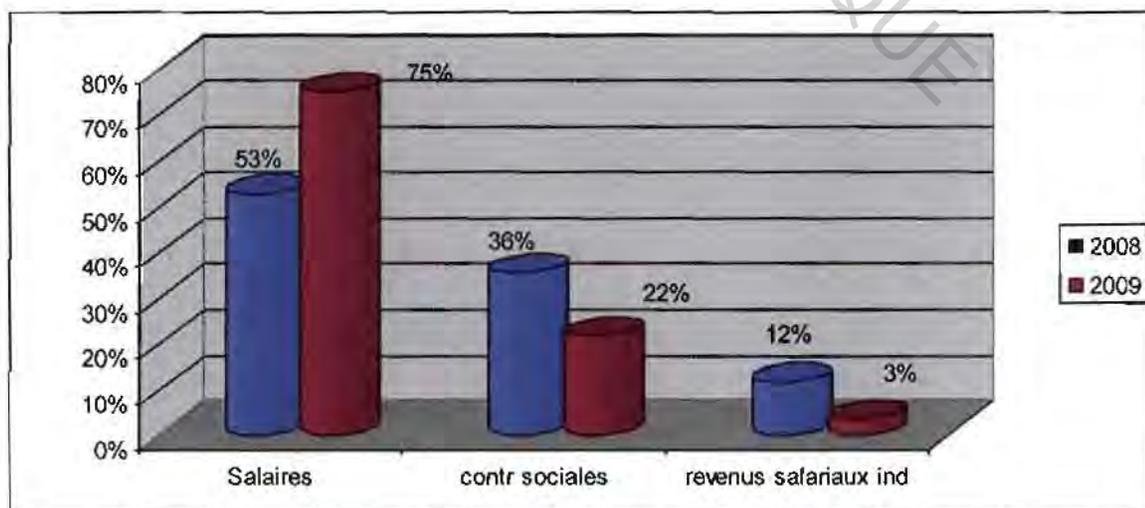
Tableau n°13 : Répartition des dépenses courantes par objet de dépense 2008/2009

Facteurs de production	2008		2009	
	Montant	%	Montant	%
Revenus de travail	248 186 572	14%	590 191 816	22%
Salaires	131 036 060	53%	442 139 564	75%
Contributions sociales	88 272 491	36%	128 297 369	22%
revenus salariaux indirects	28 878 021	12%	19 754 883	3%
Dépenses courantes	1 749 586 187	80%	2 696 972 021	83%

Sources : CNLS, tableaux constitués par le REDES à partir des données des rapports de sources et emplois du projet 2008-2009

Les revenus de travail ont consommés 248 186 572FCFA, soit 14% des dépenses courantes en 2008 et 590 191 186FCFA, soit 22% des dépenses courantes en 2009.

Graphique n°12 : Répartition des dépenses de revenus de travail



Les revenus de travail étaient en grande partie constitués de salaires du personnel, de contributions sociales (cotisations sociales, IPM, assurances, impôts) et de revenus salariaux indirects. Les salaires sont la plus grande source de dépenses puisqu'ils ont consommé plus de 50% des revenus de travail. Entre 2008 et 2009, ils ont connu une forte progression, soit 70% tandis que celles qui concernaient les contributions sociales et les revenus salariaux indirects étaient en baisse respectivement de 31% et 46%.

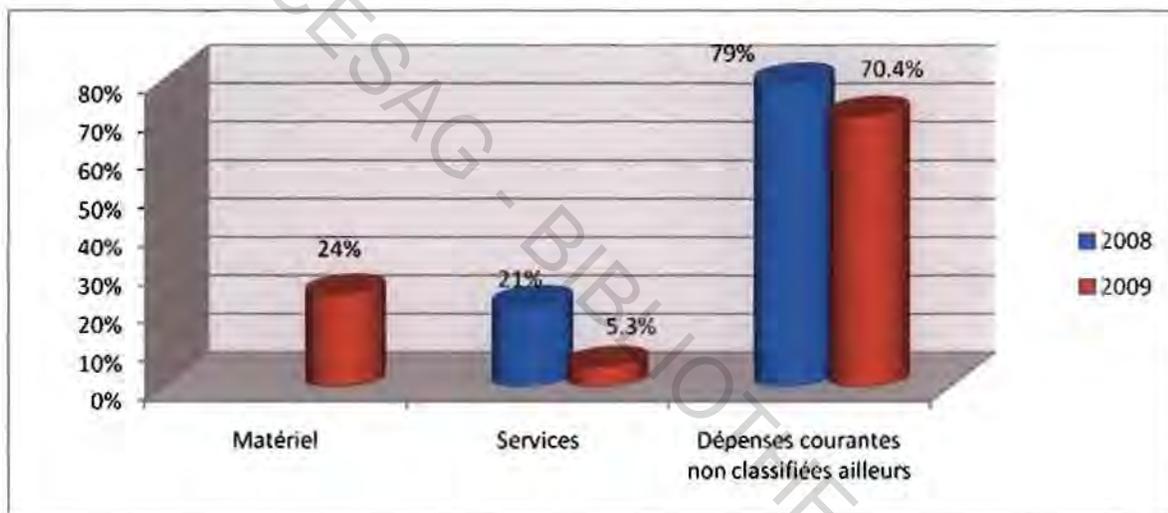
Tableau n°14 : Répartition des dépenses courantes par objet de dépense 2008/2009

Facteurs de production	2008		2009	
	Montant	%	Montant	%
Fournitures et services	1 501 399 615	86%	2 106 780 205	78%
1. Matériels	-	-	512 684 251	24%
Uniformes et matériel scolaire	-	-	492 092 056	96%
Autres matériels non classifiés ailleurs (n.c.a)	-	-	20 592 195	4%
2. Services	317 522 221	21%	111 169 370	5.3%
Maintenance et services de réparation	3 910 597	1.2%	15 236 858	14%
Services de consultants	194 645 750	61.3%	13 318 366	12%
Services de transport et de déplacement	40 129 935	12.6%	24 417 274	22%
Services d'hébergement	930 000	0.3%	4 056 670	4%
Services logistiques liés à des manifestations, s'agissant y compris de services de restauration	77 905 939	24.5%	54 140 202	49%
3. Dépenses courantes n.c.a.	1 183 877 394	79%	1 482 926 584	70.4%

Sources : CNLS, tableaux constitués par le REDES à partir des données des rapports de sources et emplois du projet 2008-2009

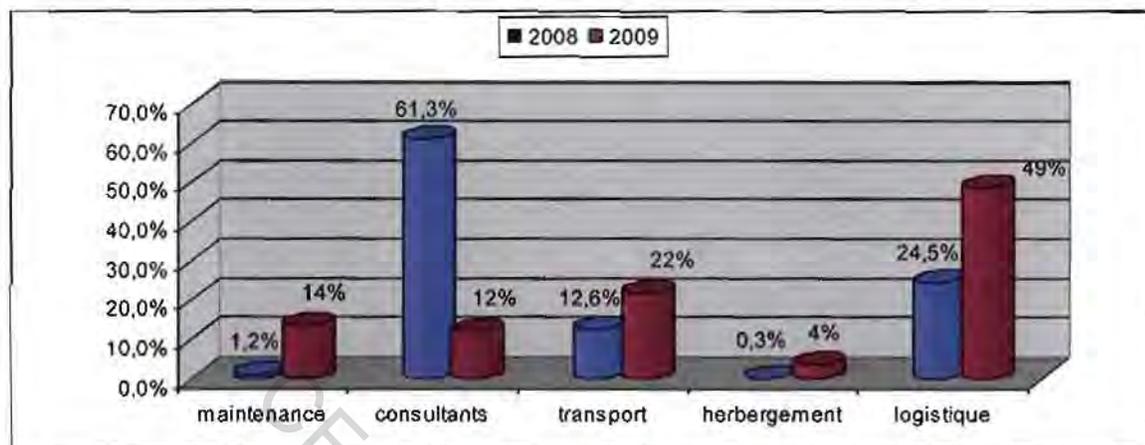
L'achat des fournitures et paiement des services ont consommé 1 501 399 615FCFA soit 86% des dépenses courantes en 2008 et 2 106 780 205FCFA soit 78% des dépenses courantes en 2009. Les dépenses de fournitures et paiement étaient constitué de dépenses courantes non classifiées ailleurs, de services et matériels.

Graphique n°13 : Evolution des dépenses d'achat de fournitures et paiement de services



Les dépenses relatives à l'achat des fournitures et paiement des services ont globalement connu une augmentation de 29 %. Elles étaient majoritairement constituées des dépenses courantes non classifiées ailleurs (79% des dépenses de fournitures et services en 2008 contre 70.4% de dépenses de fournitures et services en 2009, soit un accroissement de 25% de leurs dépenses. Les achats de fournitures ne se sont effectués que pour l'année 2009 à hauteur de 24%.

Graphique n°14 : Evolution des dépenses de paiements de services



Les paiements des services étaient de 317 522 221FCFA (21% des dépenses de fournitures en 2008) contre 111 169 370FCFA (5.3% des dépenses de fournitures en 2009), soit une baisse de 65%.

Ils étaient constitués en majorité par les services de consultants (61.3% des dépenses de paiement de services en 2008); mais le projet n'a eu recours aux consultants en 2009, qu'à hauteur de 12% des dépenses relatifs aux services, soit une baisse de 93%. Notons ici que le projet emploie comme consultants les experts du CNLS. Les autres dépenses de services ont été en augmentation au cours de l'année 2009. Les dépenses de logistiques liées à des manifestations sont constituées de location de salle de réunion, d'organisation d'atelier, de la restauration, etc.

II.4.2. Cas des dépenses en capital

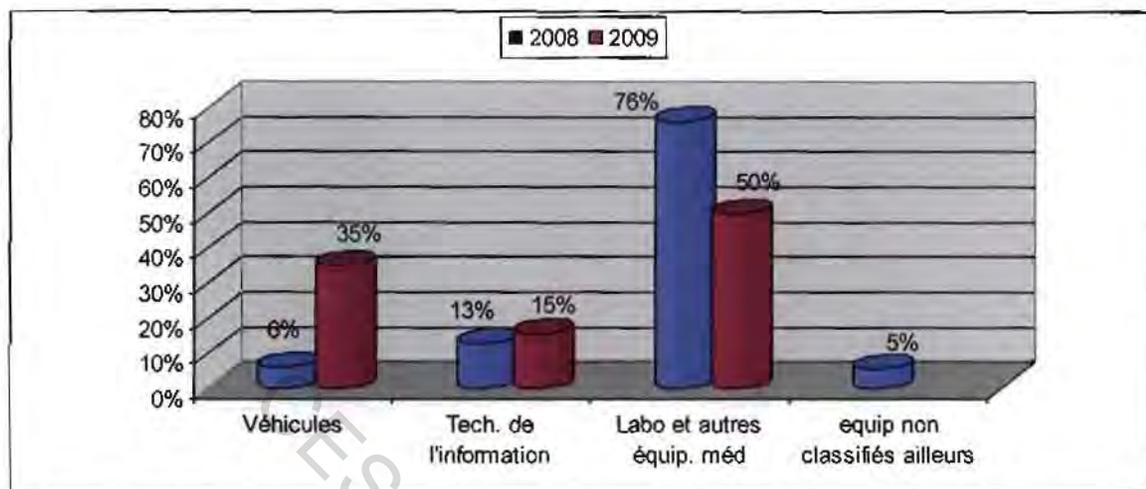
Tableau n°15 : Répartition des dépenses en capital par objet de dépense
2008/2009

Facteurs de production	2008		2009	
	Montant	%	Montant	%
Dépenses en capital	450 424 718	20%	544 921 000	17%
Constructions	85 031 882	19%	29 713 192	5%
Construction de nouveaux établissements de santé	85 031 882	100%	29 713 192	100%
Equipements	365 392 836	81%	515,207,808	95%
Véhicules	22 076 582	6%	179 745 715	35%
Technologie de l'information (matériels et logiciels informatiques)	46 670 751	13%	78 988 312	15%
Laboratoires et autres équipements médicaux	277 478 927	76%	256 473 781	50%
Equipements, données non classifiées ailleurs (n.c.a).	19 166 576	5%	-	-
Dépenses totales	2 201 010 905	100%	3 241 893 021	100%

Sources : CNLS, tableaux constitués par le REDES à partir des données des rapports de sources et emplois du projet 2008-2009

Les dépenses en capital ont globalement augmenté de 17 %. Elles concernaient majoritairement l'achat des équipements (81% des dépenses en capital en 2008 contre 95% en 2009, soit un accroissement de 41%). Les dépenses de constructions ont principalement servi à la construction de nouveaux établissements de santé à hauteur de 19% des dépenses en capital en 2008 contre 5% en 2009. Elles ont connu une baisse de 65% pour la période.

Graphique n°15 : Répartition des dépenses d'équipements



Selon le graphique ci-dessus, les dépenses d'équipements étaient constituées en grande partie par l'achat des équipements de laboratoire à 76% des dépenses d'équipements en 2008 contre 50% des dépenses d'équipements en 2009, soit une diminution de 8%. Les dépenses relatives à l'achat des véhicules en 2009 ont accru relativement à plus de huit fois leurs dépenses de 2008.

DISCUSSION

Notre étude nous a permis d'avoir une vue éclairée de la répartition des ressources allouées par le projet MAP à la lutte contre le SIDA.

En effet, dans le contexte actuel où le projet tend à sa fin, il a été nécessaire de s'interroger sur le financement des activités de lutte contre le Sida, l'objet de leurs dépenses et leur finalité (les populations bénéficiaires). D'où notre analyse a abouti à la vérification des hypothèses émises, ce qui nous permet de tirer les conclusions suivantes:

➤ Par rapport à l'utilisation des ressources

Les ressources que le projet alloue à la lutte contre le Sida en 2008 représentent 4% du budget prévisionnel du PSL 2007-2011 contre 6% en 2009. En effet, le budget estimé pour la période 2007-2011 était de 51 833 351 418 FCFA¹⁰. Si on analyse l'intervention qui consomme le plus de ressources, nous constatons que le projet a alloué à la gestion de programme et renforcement des capacités 1 097 946 749FCFA en 2008, soit 23% des ressources prévues et 1 815 703 687FCFA soit 37% des ressources prévues en 2009.

Vu les autres allocations de ressources (prévention) qui dans le budget prévisionnel auraient dû consommer plus de ressources, nous constatons que le projet n'y alloue en moyenne que moins d'1% des fonds pour la période.

Ces résultats nous permettent de confirmer notre première hypothèse selon laquelle les financements du projet sont principalement orientés vers les dépenses de gestion et renforcement des capacités des agences d'exécution.

¹⁰ CNLS, *Plan stratégique de lutte contre le Sida 2007-2011*, page 47

Toutefois, pour la prise en charge des OEV, le budget prévisionnel du PSLs 2007-2011 était de 2 999 646 550FCFA. Le projet y a alloué 582 939 428FCFA en 2008 soit 19% des ressources prévues et 744 671 904FCFA en 2009, soit 25% du budget prévu pour la prise en charge des OEV.

En effet, la part allouée par le projet à la prise en charge des OEV n'est pas négligeable pour la période 2008-2009.

➤ Par rapport aux bénéficiaires des ressources

L'analyse des résultats de notre étude montre que les financements du projet MAP ont connu une évolution des groupes cibles. Les groupes de chauffeurs/routiers et des jeunes gens/lycéens ont été pris en compte en 2009 dans les financements du projet.

Le budget prévisionnel du PSLs 2007-2011 avait prévu pour la prévention et la prise en charge des PVVIH respectivement 19 336 227 703FCFA soit 37% du budget prévisionnel et 21 927 454 700FCFA, soit 42% du budget prévisionnel au profit des PVVIH¹¹. Mais nous constatons que le projet a déjà alloué au PVVIH 20% en 2008 contre 27% des dépenses au profit des PVVIH.

Toutefois la catégorie de composantes qui reçoit beaucoup de ressources, par hypothèse, est la gestion et coordination des programmes. Dans cette composante, il y est compris le renforcement de la coordination nationale et du système de gestion, le renforcement des capacités en gestion des approvisionnements en médicaments, réactifs et autres produits VIH et IST, ce qui bénéficie aux organes des agences d'exécution, de coordination et de gestion. Pour notre étude, nous les avons regroupés dans la catégorie des initiatives non ciblées. Celles-ci ont

¹¹ CNLS, *Plan stratégique de lutte contre le Sida*, page 47

constitué les principales bénéficiaires des ressources du projet, soit 51% des dépenses globales en 2008 contre 48% en 2009.

Les dépenses aux initiatives non ciblées avaient servies principalement à financer à 52% la planification, gestion et coordination des programmes et à 38% les salaires des agents du CNLS pour la période d'étude.

Ces interprétations confirment notre deuxième hypothèse selon laquelle les ressources du projet bénéficient en grande partie aux organes du CNLS.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

Dans notre étude, il a été question d'analyser les dépenses du projet MAP pour la période 2008-2009. Bien qu'ayant connu un retard dans son démarrage, le MAP a réussi à jeter les bases des orientations stratégiques et a contribué dans une large mesure au renforcement de toutes les institutions impliquées dans la réponse au VIH. Tous les objectifs de développement du projet ont été atteints voire dépassés.

La mise en œuvre du MAP a permis d'identifier des recommandations pour le renforcement de la réponse et la mise en œuvre de projets futurs puisque le projet devrait se clôturer en 2010.

D'après l'objectif de développement du projet MAP (depuis juillet 2007), de contribuer aux efforts de contrôle de l'épidémie en vue d'amplifier les interventions de prévention sur les personnes vulnérables, la prise en charge des PVVIH et le soutien à la société civile et aux communautés pour les activités de prévention, nous pouvons dire que les objectifs ont été atteints dans notre période d'étude.

La vérification de nos hypothèses d'étude nous a permis de mettre en évidence certains points, tels que :

- La lutte contre le Sida nécessite une énorme mobilisation des ressources ;
- Le programme national multisectoriel de lutte contre le Sida, à travers le CNLS consomme la majeure partie des ressources du crédit IDA ;
- Par rapport aux dépenses d'intervention, la priorité est accordée à la gestion de programme et renforcement de l'administration (qui englobe la planification, la coordination et gestion des programmes ; le suivi

évaluation; le système d'approvisionnement en médicaments ; la technologie de l'information et la construction de nouveaux établissements de santé) ;

- La part des ressources allouées à la prévention est très faible ;
- Le projet MAP ne prend pas en charge les dépenses relatives aux soins et traitements dans les dispensaires, à domicile ou dans les communautés ;
- Les activités en faveur des initiatives non ciblées (c'est-à-dire l'ensemble des bénéficiaires qui ne se retrouvent pas dans les autres catégories ciblées) sont fortement financées par le projet sur la période d'étude, soit la moitié des ressources ;
- En outre, il est évident que les PVVIH n'absorbent seulement que presque 1/5^e des ressources ;
- On observe une volonté apparente du projet dans la prise en charge des OEV.

En conclusion, les financements que le projet MAP alloue à la lutte contre le Sida sont majoritairement constitués des dépenses de gestion des programmes. Celles-ci prennent en compte la réalisation des activités y requérant sans inclure les dépenses relevant de la pratique des soins de santé. Toutefois la dépendance aux financements du projet dans la réalisation des activités de gestion de programme risque de freiner les activités de lutte contre le Sida puisque le projet tend à sa fin.

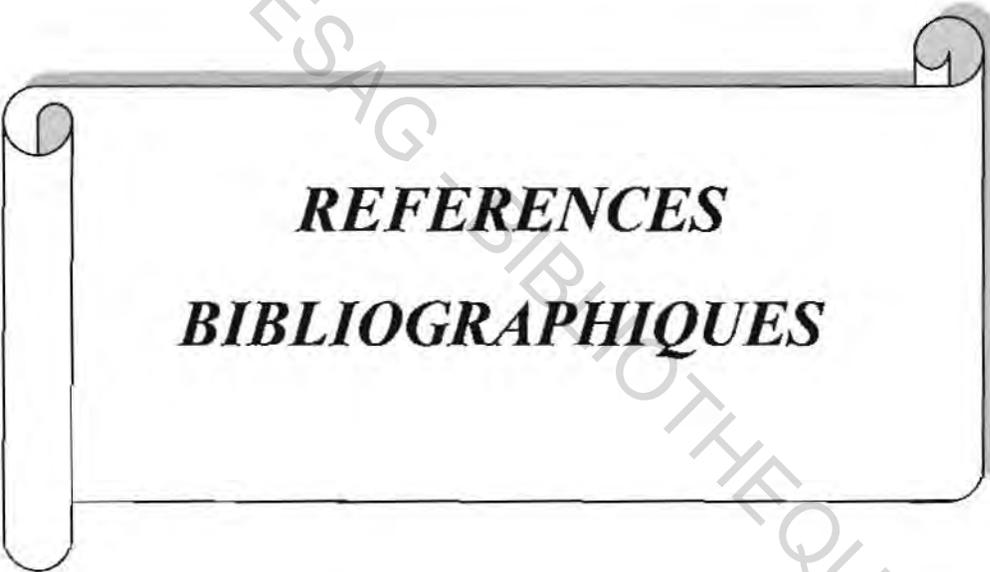
Le principal défi reste la continuité et la pérennisation des activités initiées dans le cadre du MAP. Il convient d'envisager quelques formules incluant l'Etat à prendre le rôle dans le financement des activités de lutte contre le Sida après le retrait du bailleur. A partir des résultats de notre étude nous pouvons formuler les recommandations suivantes:

➤ **A l'égard de l'Etat**

- Envisager d'autres mécanismes générateurs de ressources (qui soient pérennes) pour les différents intervenants dans la lutte contre le Sida afin de combler les besoins après le projet ;
- Faire une réallocation des ressources dans le prochain PSLS au profit des activités qui bénéficient à la majorité des groupes cibles ;
- Augmenter les ressources allouées à la prévention et à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

➤ **A l'égard du CNLS**

- Encourager les organisations communautaires à développer les activités génératrices de revenus, pour une pérennisation après le départ du projet ;
- Création d'une unité chargée d'assurer la continuité des activités du projet MAP ;
- Réaliser régulièrement des rapports REDES dans le souci de la transparence de gestion des fonds, ce qui permet une bonne planification des interventions ;
- Organiser la base de données selon la méthodologie REDES, dans le souci d'une bonne estimation des ressources.



**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

OUVRAGES

1. Banque mondiale, *Programme plurinational de lutte contre le SIDA en Afrique 2000-2006, Bilan des interventions de la Banque Mondiale face à une crise de développement*, 2007, 210 p.
2. ONUSIDA, *Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au Sida (REDES): classification et définitions*, 2009, 92 p.

MEMOIRES

3. Dr N. Ingrid DABELE, *Analyse du financement de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) au Sénégal de 2007-2008*, mémoire, juin 2010, 82 p.
4. François A. KIMOU, *Analyse du financement des activités des programmes de santé : cas du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) du Sénégal de 2006-2008*, mémoire, février 2010, 96 p.

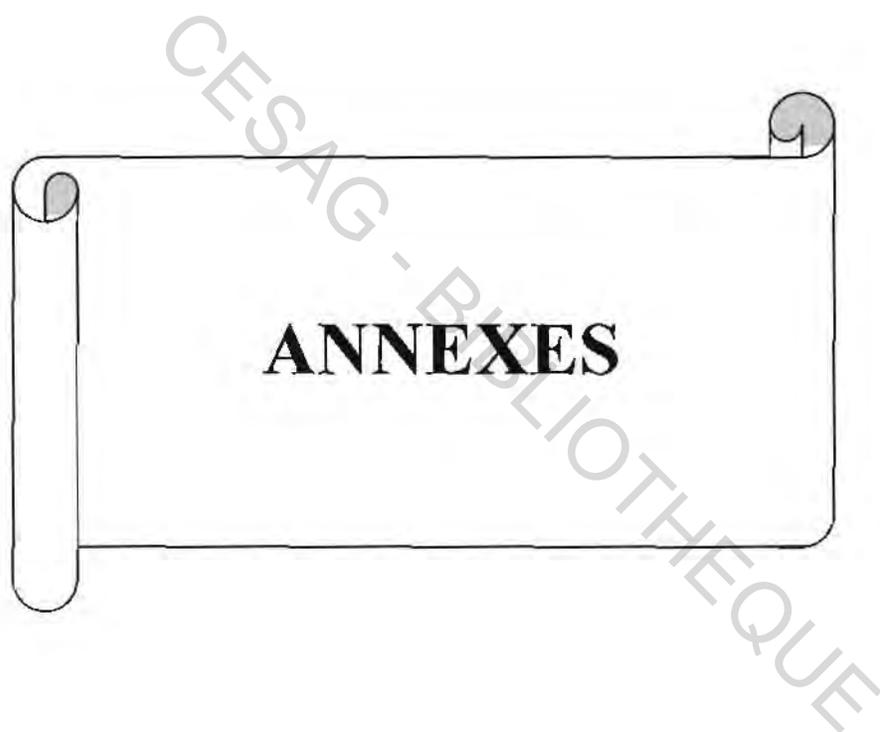
DECRET ET RAPPORT

5. Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie (ANSD), *Analyse des comptes nationaux 2007*, septembre 2008, 43 p.
6. Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie (ANSD), *Situation économique et sociale du Sénégal, édition 2007*, Octobre 2008, 280p.
7. CNLS, *Bulletin épidémiologique n°13, surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez la femme enceinte*, novembre 2008, 32 p.

8. CNLS, *Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (EF-REDES), Sénégal, 2003-2004*, novembre 2005, 48p.
9. CNLS, *Flux des financements et dépenses consacrées à la réponse au SIDA en 2006 et 2007 au TOGO, REDES-TOGO 2006-2007*, novembre 2008, 45p.
10. CNLS, Ministère de la Lutte contre le Sida, *Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le sida (EF/REDES-Côte d'Ivoire 2006, 2007 et 2008*, Avril 2009, 75 p.
11. CNLS, *Plan stratégique de lutte contre le Sida 2007-2011*, édition 2008, p.78.
12. CNLS, projet MAP, *Rapport de fin de projet : Niveau de réalisation des activités techniques et atteinte des objectifs*, Septembre 2010, 80 p.
13. CNLS, *Rapport de situation de la riposte nationale à l'épidémie du VIH/SIDA, Sénégal-2005*, janvier 2006, 55p.
14. CNLS, *Rapport de situation de la riposte nationale à l'épidémie du VIH/SIDA, Sénégal: 2008-2009*, mars 2010, 61p.
15. Coordination intersectorielle de lutte contre le sida (CISLS), *Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST(REDES) Niger, 2007-2008*, juillet 2009, 107 p.
16. Direction de la Prévision et des Etudes Economiques (DPEE), *Situation économique et financière en 2009 et perspectives 2010*, Publication semestrielle de la DPEE, décembre 2009, 59 p.
17. Division de Lutte contre le SIDA et les IST(DLSI), *Politique nationale de prise en charge de l'infection VIH/SIDA au Sénégal*, 2006, 37p.
18. Ministère de l'économie et des finances, *Situation économique et sociale du Sénégal*, édition 2002-2003, 197 p.

19. ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida*, août 2008, 362 p.
20. ONUSIDA, *Rapport annuel du programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida*, Novembre 2010.
21. République du Sénégal, *Décret n°2005-550 portant création d'un conseil national de lutte contre le Sida*, Dakar 22 juin 2005.
22. SE-HCNLS, *Rapport de la collecte des données sur les ressources et les dépenses nationales (REDES) de la lutte contre le VIH et le Sida au Mali 2006*, septembre 2007, 24 p.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



Annexe I: RESUME DU BUDGET DU PSL S 2007 – 2011

COMPOSANTES ET OBJECTIFS SPECIFIQUES	COUT FCFA
COMPOSANTE I : PREVENTION	19 336 227 703
<i>1.1 Prévention de la Transmission Sexuelle</i>	
Communication	578 160 544
Réduction des risques	10 968 299 524
IST	624 700 000
<i>1.2. Prévention de la Transmission Sanguine</i>	
Innocuité transfusionnelle	634 750 000
AES	177 000 000
<i>1.3. Conseil et Dépistage Volontaire</i>	
Renforcer l'accès au service de CDV	2 985 785 800
<i>1.4. PTME</i>	
Accélérer la couverture et l'accès au service PTME	3 367 531 835
COMPOSANTE II: PRISE EN CHARGE	21 927 454 700
<i>2.1. Prise en Charge Médicale des PVVIH</i>	
Renforcer la prise en charge médicale des PVVIH	15 928 161 600
Améliorer la prise en charge psychosociale et communautaire des PVVIH	2 999 646 550
Elargir la prise en charge des OEV	2 999 646 550
COMPOSANTE III: PROMOTION ENVIRONNEMENT SOCIO ECONOMIQUE, POLITIQUE ET ETHIQUE FAVORABLE A LA REPONSE AU VIH/SIDA	250 000 000
Renforcer le leadership national et local dans la lutte contre le VIH	60 000 000
Lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et groupes vulnérables	40 000 000
Renforcer le partenariat national et international	50 000
Renforcer les capacités des principaux secteurs	50 000 000
COMPOSANTE IV: RENFORCEMENT SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE	5 519 669 015
Renforcement système de planification, suivi évaluation	4 963 357 015
Promotion de la recherche opérationnelle	556 312 000
COMPOSANTE V: COORDINATION ET GESTION	4 850 000 000
Renforcer la coordination nationale et le système de gestion	4 725 000 000
Renforcer les capacités en gestion des approvisionnements en médicaments, réactifs et autres produits VIH et IST	125 000 000
TOTAL GENERAL	51 833 351 418

Annexe II: Matrice fonction x population bénéficiaire - 2008

ASC Categories	BP.01.98 People living with HIV not disaggregated by age or gender	BP.03.01 Orphans and vulnerable children (OVC)	BP.04.05 Health care workers	BP.04.99 Specific "accessible" populations n.e.c.	BP.06 Non- targeted interventions	Total général
ASC.01.02 Community mobilization	13,447,500					13,447,500
ASC.03.04 OVC Community support		582,939,428				582,939,428
ASC.04.01 Planning, coordination and program management	61,305,985		930,000	3,410,000	588,746,289	654,392,274
ASC.04.03 Monitoring and evaluation	475,000				40,277,636	40,752,636
ASC.04.07 Drug supply systems	277,478,927					277,478,927
ASC.04.08 Information technology					39,991,030	39,991,030
ASC.04.10.02 Construction of new health centers	85,331,882					85,331,882
ASC.05.01.03.03 Monetary incentives for other staff for program management and administration					431,486,240	431,486,240
ASC.05.03 Training			34,158,303	953,347	17,201,250	52,312,900
ASC.07.01 Advocacy				12,851,288	10,026,800	22,878,088
Total général	438,039,294	582,939,428	35,088,303	17,214,635	1,127,729,245	2,201,010,905

Annexe III : Matrice fonction x population bénéficiaire – 2009

ASC Categories	BP.01.98 People living with HIV not disaggregated by age or gender	BP.03.01 Orphans and vulnerable children (OVC)	BP.03.08 Truck drivers/tra nsport workers and commerci al drivers	BP.04.03 Junior high/high school students	BP.04.05 Health care workers	BP.04.99 Specific "accessible " populations n.e.c.	BP.06 Non- targeted interventions	Total général
ASC.01.02 Community mobilization				5,957,455				5,957,455
ASC.03.01 OVC Education		492,092,056						492,092,056
ASC.03.04 OVC Community support		252,579,848						252,579,848
ASC.04.01 Planning, coordination and program management	421,511,009		2,391,900		1,728,000	6,957,750	822,443,102	1,255,031,761
ASC.04.03 Monitoring and evaluation	34,381,318						37,145,279	71,526,597
ASC.04.07 Drug supply systems	256,473,781							256,473,781
ASC.04.08 Information technology	113,084,577						89,873,779	202,958,356
ASC.04.10.02 Construction of new health centers	29,713,192							29,713,192
ASC.05.01.03.03 Monetary incentives for other staff for program management and administration							595,710,167	595,710,167
ASC.05.03 Training	18,077,742				36,048,977		8,368,119	62,494,838
ASC.07.01 Advocacy							17,354,970	17,354,970
Total général	873,241,619	744,671,904	2,391,900	5,957,455	37,776,977	6,957,750	1,570,895,416	3,241,893,021

Annexe IV : Matrice fonction x objet de la dépense - 2008

PF Categories	ASC.01.02 Community mobilization	ASC.03.04 OVC Community support	ASC.04.01 Planning, coordination and program management	ASC.04.03 Monitoring and evaluation	ASC.04.07 Drug supply systems	ASC.04.08 Information technology	ASC.04.10. 02 Constructio n of new health centers	ASC.05.01.03 .03 Monetary incentives for other staff for program management and administration	ASC.05.03 Training	ASC.07.01 Advocacy	Total général
PF.01.01.01 Wages								131,036,060			131,036,060
PF.01.01.02 Social contributions			8,921,082					79,351,409			88,272,491
PF.01.01.03 Non- wage labor income								28,878,021			28,878,021
PF.01.02.02.02 Maintenance and repair services			3,910,597								3,910,597
PF.01.02.02.04 Consulting services			2,525,000	600,000			300,000	191,220,750			194,645,750
PF.01.02.02.05 Transportation and travel services			40,016,175	113,760							40,129,935
PF.01.02.02.06 Housing services			930,000								930,000
PF.01.02.02.07 Logistics of events, including catering services			50,287,641	419,700					27,198,598		77,905,939
PF.01.99 Current expenditures n.e.c.	13,447,500	582,939,428	499,878,900	39,619,176					25,114,302	22,878,088	1,183,877,394
PF.02.01.02 Construction of new health centers							85,031,882				85,031,882

PF.02.02.01 Vehicles			22,076,582								22,076,582
PF.02.02.02 Information technology (hardware and software)			25,846,297			20,824,454					46,670,751
PF.02.02.03 Laboratory and other medical equipments					278,478,927						278,478,927
PF.02.02.99 Equipment n.e.c.						19,166,576					19,166,576
Total général	13,447,500	582,939,428	654,392,274	40,752,636	278,478,927	39,991,030	85,331,882	430,486,240	52,312,900	22,878,088	2,201,010,905

Annexe V: Matrice fonction x objet de dépense - 2009

PF Categories	ASC.01.02 Community mobilization	ASC.03.01 OVC Education	ASC.03.04 OVC Community support	ASC.04.01 Planning, coordination and program management	ASC.04.03 Monitoring and evaluation	ASC.04.07 Drug supply systems	ASC.04.08 Information technology	ASC.04.10.02 Construction of new health centers	ASC.05.01.03. 03 Monetary incentives for other staff for program management and administration	ASC.05.03 Training	ASC.07.01 Advocacy	Total général
PF.01.01.01 Wages				475,780					441,663,784			442,139,564
PF.01.01.02 Social contributions				9,014,635					119,282,734			128,297,369
PF.01.01.03 Non-wage labor income									19,754,883			19,754,883
PF.01.02.01.07 Uniforms and school materials		492,092,056										492,092,056
PF.01.02.01.99 Other material supplies n.e.c.				5,457,295			15,134,900					20,592,195
PF.01.02.02.02 Maintenance and repair services				15,236,858								15,236,858
PF.01.02.02.04 Consulting services									13,318,366			13,318,366
PF.01.02.02.05 Transportation and travel services				22,674,458	52,416				1,690,400			24,417,274
PF.01.02.02.06 Housing services				4,056,670								4,056,670
PF.01.02.02.07 Logistics of events, including catering services				46,133,852						8,006,350		54,140,202
PF.01.99 Current expenditures n.e.c.	5,957,455		252,579,848	1,081,071,642	71,474,181					54,488,488	17,354,970	1,482,926,584

PF.02.01.02 Construction of new health centers								29,713,192				29,713,192
PF.02.02.01 Vehicles				25,544,654			154,201,061					179,745,715
PF.02.02.02 Information technology (hardware and software)				45,365,917			33,622,395					78,988,312
PF.02.02.03 Laboratory and other medical equipments						256,473,781						256,473,781
Total général	5,957,455	492,092,056	252,579,848	1,255,031,761	71,526,597	256,473,781	202,958,356	29,713,192	595,710,167	62,494,838	17,354,970	3,241,893,021