



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION
INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE (ISMS)



MEMOIRE DE FIN DE FORMATION
Pour l'obtention du
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE
11^{ème} Promotion : 2008 – 2009

THEME :

**ANALYSE DU DISPOSITIF DE FINANCEMENT DES ACTIVITES DE
PREVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MERE A L'ENFANT DU
VIH/SIDA : CAS D'ELIZABETH GLASER PEDIATRIC AIDS
FOUNDATION (EGPAF) – COTE D'IVOIRE**

Présenté par :

M. Ayédéso Roland ASSOGBA

Sous la supervision de :

Dr Patricia FASSINO

Conseiller Technique PTME et Prise en
charge pédiatrique à EGPAF

Sous la direction de :

M. Hervé LAFARGE

Professeur à l'Université Paris Dauphine
Enseignant associé au CESAG

Décembre 2012

Je suis plein de reconnaissance pour celui qui me donne la force,

Jésus-Christ, notre Seigneur ... !

1 Timothée 1, 12

DEDICACES

Ce mémoire est dédié :

A titre posthume à mon Père

Tu es parti trop tôt ! Tu nous as quitté alors que je venais de commencer mon cursus scolaire. Je suis à la fin d'un long processus fait de joie et de douleurs. Comme tu me l'as appris, j'ai essayé, en tout ce que j'ai fait, d'être toujours parmi les meilleurs.

J'espère que d'où tu es, tu seras fier de moi !

A ma mère

Tu m'as toujours enveloppé de ton affection, et tes prières continuent d'être pour moi un soutien. Merci pour tous les sacrifices que tu as consentis pour mes frères, sœurs et moi, depuis le décès de Papa ! Puisse l'Eternel t'accorder de vivre encore longtemps afin de pouvoir bénéficier des fruits de tes sacrifices !

A Monsieur Félix ASSOGBA et Madame, mes parents adoptifs

Vos prières, vos encouragements et votre affection m'ont toujours guidé.

Avec vous, j'oubliais parfois que j'étais orphelin.

Ce que je suis aujourd'hui, c'est à vous que je le dois. Infiniment merci de m'avoir redonné de l'espoir. Fasse Le Tout Puissant que vous puissiez vivre encore longtemps dans le bonheur et la félicité !

REMERCIEMENTS

Je voudrais adresser mes sincères remerciements :

- ☞ Au Professeur Hervé LAFARGE, pour avoir accepté de diriger cette étude et pour toutes ses remarques et suggestions essentielles dans l'élaboration dudit document.
- ☞ Au Docteur Patricia FASSINOU, Conseiller Technique PTME et Prise en charge pédiatrique à EGPAF pour sa supervision et son aide dans la réalisation de cette étude malgré toute la charge de travail qu'elle avait déjà.
- ☞ A Monsieur Zié Alfred OUATTARA et au Docteur Joseph KOUAKOU, pour m'avoir accepté comme stagiaire au sein de la Fondation.
- ☞ Grand merci à M. Georges EKRA, affectueusement appelé Papy, pour sa contribution considérable à mes frais de scolarité.
- ☞ A Monsieur Morris KOUAME, pour m'avoir suggéré ce thème.
- ☞ A Monsieur Alexandre GUEBO pour son immense aide tout au long de ce travail.
- ☞ Au corps enseignant et administratif de l'Institut Supérieur de Management de la Santé du CESAG, pour la qualité de la formation reçue. Plus particulièrement Docteur Amani KOFFI, Directeur de l'Institut pour ses conseils, encouragements et aides.
- ☞ A tous les stagiaires de la 11^{ème} Promotion du DESS Economie de la Santé, pour la convivialité qui a prévalu durant toute notre formation, avec une mention spéciale à mon groupe de travail : le groupe II (Nadège DOVONOU, Marie-

Annick KOKORA, Victoire DADELE, Biteye MADIOP, Souleymane SIDIBE et Ndeye Fama SALL).

- ☞ A l'ensemble du personnel de la Fondation Elizabeth Glaser Côte d'Ivoire, avec à sa tête, Dr Joseph ESSOMBO, pour m'avoir permis, d'une part de beaucoup apprendre lors de mon stage pratique et d'autre part de récolter les données inhérentes à cette étude.
- ☞ A Roméo, Firmin et Benjamin ainsi qu'aux autres frères et sœurs pour vos prières, vos encouragements et votre soutien.
- ☞ A mes amis Maurice, Olivier, Thomas, Anderson, Senami, Manu, Kobenan, Ndoli, Thillaut, Brel, Isabelle, Régis, Landry, ... sans l'aide de qui je n'aurai pu terminer cette formation.

LISTE DES ABREVIATIONS

APO	Accords Politiques de Ouagadougou
ARV	Antirétroviraux
AZT	Azidothymidine
CDC	Centres for Disease Control and prevention
CDIP	Conseil Dépistage à l'Initiative du Prestataire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centres Hospitaliers Universitaires
CIMLS	Comité Interministériel de Lutte contre le Sida
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNO	Centre Nord Ouest
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COP	Country Operating Plan
CPN	Consultation pré-natale
CSR	Centre de Santé Rural
CSU	Centre de Santé Urbain
CSUS	Centre de Santé Urbain Spécialisé
DD	Directions Départementales
DIPE	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DR	Directions Régionales
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EIS	Enquête sur les Indicateurs du Sida
ESPC	Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts
FN	Forces Nouvelles
FSTI	Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale
FSU	Formation Sanitaire Urbaine
HG	Hôpitaux Généraux
HTA	Hyper Tension Artérielle
IDH	Indice de Développement Humain
INFAS	Institut National de Formation des Agents de Santé
INFS	Institut National de Formation Sociale

INHP	Institut National d'Hygiène Publique
INaSa	Instituts Nationaux de Santé
INS	Institut National de la Statistique
INSP	Institut National de Santé Publique
IPCI	Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNSP	Laboratoire National de la Santé Publique
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
MLS	Ministère de Lutte contre le Sida
MPD	Ministère du Plan et du Développement
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
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 pour le SIDA
PAN	Plan d'Action Annuel
PBF	Financement basé sur la performance
PEPFAR	President's Emergency Plan For AIDS Relief
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMO	Partenaire de Mise en Œuvre
PNPEC	Programme National de Prise en Charge des Personnes vivant avec le VIH
PNSE	Plan national de suivi et évaluation
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSN	Plan Stratégique National
PSP	Pharmacie de la Santé Publique
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
Retro-CI	Retro-virus Côte d'Ivoire
RGPH 98	Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1998
RNJ – CI	Réseau National Jeunes en Santé et Développement – Côte d'Ivoire
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
TAR	Thérapie Antirétrovirale
TPS	Tradipraticiens de Santé

UFR-SPB	Unité de Formation et de Recherches en Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
UFR-SM	Unité de Formation et de Recherches en Sciences Médicales
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
UVICOCI	Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte de la Côte d'Ivoire	6
Figure 2: Pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire	11
Figure 3: Distribution géographique de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes en Côte d'Ivoire en 2008	19
Figure 4: Cartographie des sites PTME soutenus par la Fondation au 31 mars 2010.....	40
Figure 5: Processus d'élaboration et d'adoption du COP	49
Figure 6 : Evolution des budgets annuels (Dotation globale et Dotation PTME).....	51
Figure 7: Décomposition du budget de l'année 2009	53
Figure 8: Flux de financement de la PTME en 2009	58
Figure 9: Evolution de nombre de sites soutenus par EGPAF.....	59
Figure 10 : Evolution des résultats de PTME obtenus	60
Figure 11 : Evolution du nombre de femmes et de nouveaux ayant reçu la prophylaxie dans les sites PTME soutenus par EGPAF	61
Figure 12 : Evolution du taux de réalisation de certaines activités de PTME.....	62
Figure 13 : Evolution du ratio coût/efficacité des femmes reçues en CPN.....	63

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition du personnel de santé par catégorie.....	14
Tableau 2 : Tableau de l'évolution de la dépense de santé par rapport à la dépense totale de l'Etat.....	18
Tableau 3 : Dotations financières reçues par la Fondation de 2005 à 2009.....	51

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ABREVIATIONS	iv
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES TABLEAUX	vii
TABLE DES MATIERES	viii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : Cadre Conceptuel.....	4
Chapitre I : CADRE THEORIQUE.....	5
I.1 – CADRE GENERAL DE L’ETUDE	5
I.1.1 – Contexte géographique	5
I.1.2 – Contexte Administratif	5
I.1.3 – Contexte démographique	7
I.1.4 – Contexte sociopolitique	8
I.1.5 – Contexte socioéconomique	8
I.1.6 – Organisation du système de santé ivoirien.....	9
I.2 – LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE VIH/sida.....	18
I.2.1 – L’évolution de la situation épidémiologique du VIH/sida et des IST.....	18
I.2.2 – La Réponse nationale.....	20
I.2.3 – Les Financements de la riposte nationale	22
I.2.4 – Les documents clés réglementant la réponse nationale au VIH/sida	23
I.2.5 – La politique nationale de prévention de la transmission de la mère à son enfant de l’infection à VIH	23
Chapitre II : PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS, HYPOTHESES ET REVUE DOCUMENTAIRE.....	27
II.1 – PROBLEMATIQUE	27
II.2 – OBJECTIFS DE L’ETUDE	29
II.2.1 – But de l’étude	29
II.2.2 – Objectif général	29
II.2.3 – Objectifs spécifiques	30
II.3 – HYPOTHESES DE RECHERCHE	30
II.4 – REVUE DOCUMENTAIRE.....	30
II.4.1 – L’alignement des partenaires au développement.....	31
II.4.2 – La coordination de l’aide apportée par ces partenaires	31
II.4.3 – L’efficacité des financements engagés dans la lutte contre le VIH/sida	33
II.4.4 – Le dispositif d’incitation des prestataires de santé	33
II.4.5 – La pérennité de ce financement de la lutte contre le VIH/sida.....	34
DEUXIEME PARTIE : Cadre Opérationnel.....	37
Chapitre III – METHODOLOGIE	38
III.1 – CADRE OPERATIONNEL.....	38
III.1.1 – Un peu d’histoire.....	38
III.1.2 – EGPAF Côte d’Ivoire.....	39
III.1.3 – La Direction des Programmes	41
III.2 - TYPE D’ETUDE	42
III.3 – DEFINITION DES VARIABLES DE L’ETUDE	42
III.4 – TECHNIQUES DE RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES	44
III.4.1 – Techniques de recueil des données	44
III.4.2 – Traitement des données.....	45
III.4.3 – Limites de l’étude.....	45
Chapitre IV : RESULTATS, DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	46
IV.1 – RESULTATS DE L’ETUDE.....	46

IV.1.1 – La coordination de la mise en œuvre des activités.....	46
IV.1.2 – Le cycle de planification.....	48
IV.1.3 – Le budget	50
IV.1.4 – Mode de sélection des prestataires (Partenaires de mise en œuvre)	53
IV.1.5 – Appréciation du financement par les partenaires de mise en œuvre.....	56
IV.2 – DISCUSSIONS.....	64
IV.2.1 – Sources de financement	64
IV.2.2 – Agent de financement	66
IV.2.3 – Modalités de paiement.....	67
IV.3 – RECOMMANDATIONS	68
CONCLUSION.....	70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	71
ANNEXES.....	74

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

En 2008, quelques 33,4 millions de personnes vivaient avec le VIH, dont 2,7 millions nouvellement infectées tandis que 2 millions en sont morts. La même année, près de 430 000 enfants sont nés avec le VIH, amenant le total d'enfants séropositifs de moins de 15 ans à 2,1 millions. Le nombre de personnes 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 [Onusida, 2009].

Les statistiques recueillies par l'Onusida (2009) montrent clairement que l'Afrique subsaharienne continue d'être, et de très loin, la région du monde la plus touchée, avec 67 % des personnes vivant avec le VIH et 91 % des nouvelles infections chez les enfants. L'impact de l'épidémie demeure énorme dans les foyers, les communautés, les entreprises, les services publics et les économies nationales. 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.

Face à la menace que représente cette pandémie, les gouvernements du monde se sont réunis à divers niveaux pour débattre de l'attitude à adopter. Ainsi, en 2000, dans le cadre du sommet mondial pour le développement, les Etats du monde se sont fixé un ensemble d'objectifs pour améliorer le bien-être des populations de la planète. Trois de ces objectifs de développement pour le millénaire (OMD) portent sur la santé, notamment l'objectif 6 qui est de combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies et les objectifs 4 et 5 qui sont respectivement de réduire la mortalité infantile et d'améliorer la santé de la mère. De façon spécifique pour l'objectif 6, il s'agit de stopper et de commencer à inverser la tendance actuelle de l'épidémie de VIH/sida d'ici à 2015.

En 2001, l'Afrique qui regroupait 75% des 36,1 millions de personnes touchées par le VIH a consacré une réunion de la Commission Economique pour l'Afrique (CEA) au VIH/sida en Avril 2001 à Abuja (Nigéria). A cette occasion, les chefs d'Etat et de gouvernement africains, ont pris des engagements, en particulier, celui d'allouer au moins 15% de leurs budgets nationaux annuels à l'amélioration du secteur de la santé y compris la lutte contre le sida [MLS, 2008].

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 tous les fronts, la Déclaration vient appuyer les ripostes nationales, régionales et mondiales, pour prévenir de nouvelles infections à VIH, élargir l'accès aux soins et 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 à la fois aux niveaux national à travers le développement de stratégies multisectorielles et décentralisées, sous régional en se basant sur l'appui aux initiatives sous régionales et régionales, et mondial en favorisant une coopération plus étroite entre les organismes des Nations Unies et les organisations internationales participant à la lutte contre le VIH/sida [DSRP 2009 et Onusida 2008].

La Côte d'Ivoire à l'instar des pays signataires s'est pleinement investie dans la riposte contre le VIH/sida. Depuis 2001, les autorités ivoiriennes veillent à renforcer la prévention de certains groupes vulnérables à l'infection tels que les femmes enceintes et les enfants. Ces autorités œuvrent à l'universalité de la couverture et de l'accès aux services de prévention de la transmission du VIH de la mère à son enfant (PTME).

Des progrès ont certes été enregistrés dans le domaine du contrôle de la transmission du VIH chez les nourrissons nés de mères séropositives. Cependant, beaucoup reste encore à être fait pour parvenir à réduire de façon considérable les risques de cette transmission de l'infection [Unicef, 2009].

L'un des grands défis pour maintenir le cap de la réduction de la transmission de l'infection du VIH de la mère à son enfant reste à assurer le financement des interventions de PTME. Dans le but d'atteindre les objectifs en matière de réduction de la proportion de nourrissons infectés nés de mères séropositives, les autorités ivoiriennes ont bénéficié d'appuis de partenaires bilatéraux et multilatéraux.

La présente étude propose d'analyser la stratégie de financement des interventions de PTME par la Fondation Elizabeth Glaser (EGPAF) sur la période allant de 2005 à 2009, avec un accent mis sur la dernière année.

Cette étude s'articulera autour de deux parties :

- La première partie portera sur le cadre conceptuel et concernera le cadre théorique et la revue de la littérature;
- La seconde partie abordera le cadre opérationnel à travers la méthodologie, les résultats et les discussions.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE : Cadre conceptuel

Chapitre I : CADRE THEORIQUE

Il s'agira pour nous de présenter le cadre général de l'étude et la politique nationale en matière de lutte contre le VIH/sida, la problématique, les objectifs et les hypothèses de l'étude.

I.1 – CADRE GENERAL DE L'ETUDE

Nous présenterons successivement les contextes géographique, administratif, sociopolitique, socioéconomique ainsi que l'organisation du système de santé en Côte d'Ivoire.

I.1.1 – Contexte géographique

Située en Afrique occidentale dans la zone subéquatoriale entre le 10^{ème} degré de latitude Nord, le 3^{ème} et le 9^{ème} degré de longitude ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km² soit 1% de la superficie totale de l'Afrique. Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée.

Le climat est de type tropical humide et se répartit en climat équatorial humide au Sud et en climat tropical de type soudanais au Nord. Quatre saisons se succèdent, avec une grande et petite saison des pluies allant classiquement et respectivement d'avril à juillet et d'octobre à novembre et avec une grande et une petite saison sèche allant respectivement de décembre à mars et d'août à septembre. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au Sud et 900 mm au Nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C.

La végétation est très diversifiée et dominée par la forêt guinéenne au Sud et la savane soudano-sahélienne au Nord.

La capitale politique est Yamoussoukro située au centre du pays à 248 km d'Abidjan, la capitale économique qui est située au Sud du pays.

I.1.2 – Contexte Administratif

La décentralisation administrative a commencé depuis l'indépendance du pays. Une véritable politique de décentralisation a été mise en place en 1980 et avec l'avènement de la 2^{ème} République en 2000, d'autres catégories d'entités administratives ont été

adoptées. Ainsi, la Côte d'Ivoire est découpée en 19 régions administratives, 70 départements ou préfectures fonctionnelles sur 80, 2 districts (Abidjan et Yamoussoukro), 307 sous-préfectures fonctionnelles sur 389 existantes, 987 communes entités décentralisées dont 197 fonctionnelles et plus de 8574 villages [Ministère de l'Intérieur, 2008].

On observe un mouvement important vers la déconcentration de l'administration nationale mais surtout une décentralisation des pouvoirs en faveur des collectivités locales.



Figure 1 : Carte de la Côte d'Ivoire

I.1.3 – Contexte démographique

Le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) effectué en 1998 notait 15.366.672 habitants, soit une densité de 48 habitants au Km². Les perspectives de l'Institut National de la Statistique (INS) estiment cette population à 21.395.198 habitants en 2009 pour un taux de croissance annuel de 3,3% [INS, 2009].

Ce dynamisme démographique se caractérise par une fécondité forte et précoce, l'extrême jeunesse de la population, une urbanisation intense et accélérée et par une migration étrangère importante. La fécondité connaît un niveau global très élevé avec un taux brut de natalité de 39 pour 1000 et un indice synthétique de fécondité de 4,6 (OMS, 2009). Plus de 43% de la population a moins de 15 ans et cette proportion demeurera jusqu'en 2015, ce qui signifie qu'un individu sur deux sera un enfant de moins de 15 ans. L'urbanisation, bien que récente est très rapide. Estimée à 27% en 1970, la population urbaine est passée à 42% en 1998 pour atteindre 54% en 2000 et probablement à 63% en 2015 [MLS, 2009].

Carrefour d'échanges économiques et culturels de par sa situation géographique et historique, la Côte d'Ivoire connaît une forte immigration. En 1998, la Côte d'Ivoire comptait 4 000 047 d'étrangers, soit 26% de la population totale [RGPH 98]. Cette proportion projetée pour l'année 2015 est de 33,4%.

La population potentiellement active (14-64 ans) estimée à 49,8% (plus de 7 millions) en 1995, passera à 55% en 2015, ce qui fera passer de 1 en 1995 à 0,8 en 2015 le rapport de dépendance, soit une diminution progressive de la population à charge.

Le taux net de fréquentation du cycle primaire est estimé à 55% en 2006 et le taux d'achèvement du cycle primaire estimé à 17% en 2006 tandis que le taux de scolarisation des fillettes est de 51% (2006). Le niveau d'alphabétisation est relativement faible. La population adulte sachant lire et écrire est de 53% en 2005 [MPD, 2006].

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Gour). La liberté de culte est garantie par la constitution. Les principales religions sont le Christianisme (45%), l'Islam (37%) et les religions traditionnelles (18%) [MLS, 2009].

I.1.4 – Contexte sociopolitique

La Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel. Longtemps considérée comme un exemple de paix et de stabilité politique en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire traverse une série de crises sociopolitiques depuis 1999.

La crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, a entraîné une partition du pays en deux zones, le Sud sous contrôle gouvernemental et les zones Centre-Nord-Ouest (CNO) sous contrôle des Forces Nouvelles (FN). Les Accords politiques de Ouagadougou (APO), ont permis la mise en place d'un gouvernement de transition le 7 avril 2007. Selon le texte intégral de ces accords, le gouvernement de transition avait pour mission de promouvoir une véritable réconciliation nationale et parvenir à une normalisation politique et institutionnelle, à travers un dialogue permanent et une confiance mutuelle.

I.1.5 – Contexte socioéconomique

La crise sociopolitique que traverse le pays a eu des effets négatifs sur la croissance du PIB qui a été fortement ébranlée entre 2000 et 2003. Les taux de croissance en volume ont été respectivement de -2,3% et -1,7%. Toujours dominée par le binôme café-cacao, l'économie nationale, a connu une légère amélioration depuis 2004 grâce aux ressources engendrées par l'extraction pétrolière, le développement du secteur des télécommunications et le commerce. Ce redressement de la croissance se traduit par des taux respectifs de +1% en 2004, +1,8% en 2005 et +1,2% en 2006 [MLS, 2009].

Néanmoins, le rapport 2006 du PNUD plaçait la Côte d'Ivoire au rang de 164^{ème} pays sur 177 avec un Indice de Développement Humain (IDH) estimé à 41,5%. La proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté évaluée à 38,4% en 2002, selon une enquête menée par l'INS, est actuellement estimée à 50% selon le Document stratégique de réduction de la pauvreté de 2009.

Malgré les performances des régies financières, la baisse générale de l'activité économique consécutive à la crise sociopolitique a eu une incidence sur les finances publiques. L'Etat a accumulé des arriérés de dettes intérieures et extérieures qui ont considérablement réduit ses capacités financières.

Au-delà de la crise, plusieurs facteurs d'ordre structurel continuent de maintenir une grande partie de la population ivoirienne dans la trappe de la pauvreté. Il s'agit, notamment du manque d'instruction, des difficultés d'accès aux soins de santé, de la

taille élevée des ménages, des logements précaires, du faible accès à l'eau potable et à l'électricité et de la précocité du chômage.

Il est aussi important de noter que depuis quelques années le gouvernement ivoirien a engagé des réformes économiques. A la suite des évaluations effectuées par les institutions de Bretton Wood, l'Etat de Côte d'Ivoire vient d'être éligible en 2009 à l'initiative PPTE ouvrant ainsi, des perspectives économiques pour un développement durable.

I.1.6 – Organisation du système de santé ivoirien

Le système de santé ivoirien s'est constitué et développé progressivement à partir du dispositif sanitaire hérité de la période coloniale. L'organisation du système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire d'après l'arrêté n°28 du 8 février 2002 du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP).

Ce système de santé est dominé par un secteur public plus grand et un secteur privé en plein essor. A côté de ces deux secteurs, la médecine traditionnelle occupe une place relativement importante.

Dans le cadre de la politique de décentralisation administrative, les collectivités territoriales interviennent dans la planification sanitaire et l'offre des soins. Son fonctionnement, en dépit de certains progrès enregistrés (l'organisation et le fonctionnement des districts sanitaires, le développement du partenariat) lors des décennies passées, reste à parfaire pour satisfaire les besoins des populations, notamment celles des zones rurales et celles des zones périurbaines défavorisées.

L'avènement des conseils généraux dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique de décentralisation oriente vers une redistribution des rôles et des missions dans le domaine de la santé.

Quant au secteur privé en développement, il devrait dans les années à venir constituer une composante essentielle du dispositif national d'offre de soins. La médecine traditionnelle, quant à elle, est en voie d'organisation dans le sens d'une intégration et d'une complémentarité avec la médecine moderne.

I.1.6.1 – Le secteur sanitaire public

L'offre publique de soins est organisée selon une pyramide sanitaire à trois niveaux avec deux versants (offre de soin et administration) : le niveau central, le niveau secondaire et le niveau primaire.

I.1.6.1.1 – Le niveau central

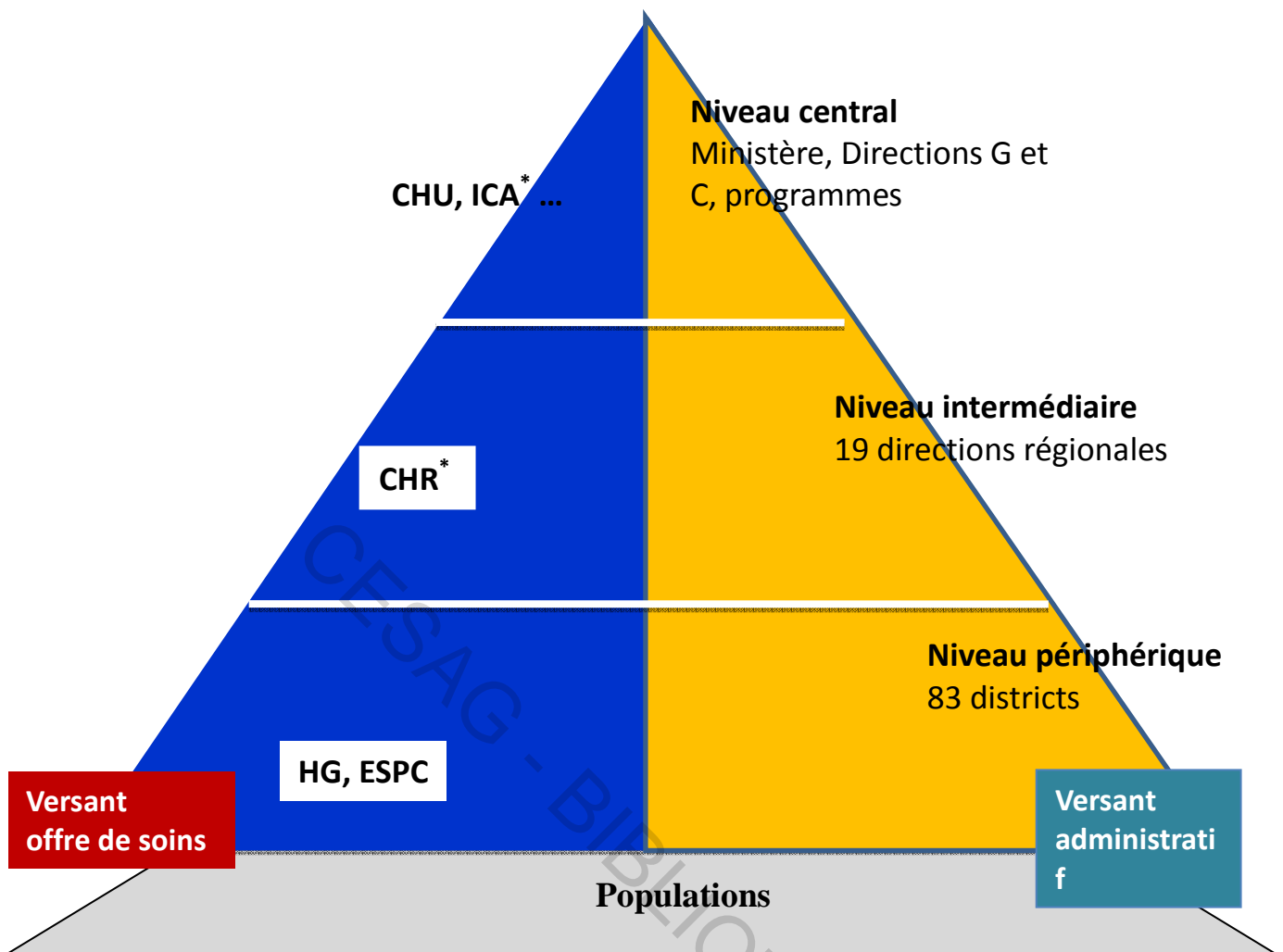
Le niveau central de l'administration sanitaire comprend les services centraux. Les services centraux sont composés du cabinet du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), des services et directions rattachés et des directions générales et centrales. Ils ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé.

I.1.6.1.2 – Le niveau secondaire

Le niveau secondaire est représenté la région sanitaire. C'est une structure de coordination à l'échelon régional. Son aire d'intervention correspond à la région administrative. Elle est sous l'autorité d'un Médecin-chef de région qui anime l'équipe cadre de région composée des superviseurs des différents programmes. La Côte d'Ivoire est subdivisée en 19 régions sanitaires.

I.1.6.1.3 – Le niveau primaire (ou périphérique)

Il est couramment appelé Direction Départementale (DD) ou District Sanitaire (DS). Il s'apparente le plus souvent à une circonscription administrative départementale ou à une partie de celle-ci [GTZ, 2004]. Il est géré par un Médecin-chef de district qui pilote l'équipe cadre composée au minimum d'un superviseur des soins de santé primaires, d'un superviseur chargé de la santé maternelle et infantile, de la planification familiale et d'un superviseur de l'éducation pour la santé. Le district a pour missions de coordonner l'activité sanitaire dépendant de son ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. En 2008, la Côte d'Ivoire totalise 83 districts sanitaires.



CHU : Centre Hospitalier Universitaire *CHR* : Centre Hospitalier Régional *HG* : Hôpital Général
ESPC : Etablissement Sanitaire de Premier Contact *ICA* : Institut de Cardiologie d'Abidjan

Figure 2: Pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire

I.1.6.2 – Les infrastructures sanitaires

La couverture sanitaire, la gamme et la qualité des prestations disponibles dans les établissements de soins et leurs caractéristiques sont des déterminants de l'état de santé des populations bénéficiaires. Il en est de même pour la nature du financement du secteur et la couverture du risque maladie.

Le système sanitaire a adopté la stratégie des soins de santé primaires. Pour assurer les soins à la population dans ce cadre, elle a créé les districts sanitaires en 1994 et défini un Paquet Minimum d'Activités (PMA) pour les différents niveaux et les échelons de la pyramide sanitaire en 1996. Mais l'absence d'un mécanisme de couverture universelle

du risque maladie, l'inégale répartition des ressources humaines et des infrastructures sanitaires limitent l'impact des politiques sanitaires.

1.1.6.2.1 – Les infrastructures sanitaires publiques

Le niveau primaire du système de santé ivoirien est constitué des Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) que sont les centres de santé, les centres de santé spécialisés et les formations sanitaires. A ce niveau, le plateau technique permet de dispenser des soins de santé de base. En 2007, la Côte d'Ivoire comptait pour le secteur public 1591 Etablissements sanitaires de premier contact dont 1 119 Centres de santé ruraux, 317 Centres de santé urbains (y compris ceux à base communautaire), 122 Centres de santé urbains spécialisés, 31 Formations sanitaires urbaines (y compris celles à base communautaire).

Le niveau secondaire est constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence : les hôpitaux généraux (HG), les centres hospitaliers régionaux (CHR), les centres hospitaliers spécialisés (CHS). En 2007, l'on enregistrait 77 établissements sanitaires de première référence dont 58 HG, 17 CHR et 2 CHS.

Le niveau tertiaire quant à lui est composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence : les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Instituts Nationaux de Santé (INaSa). En 2007, on dénombrait 9 établissements sanitaires de deuxième référence dont 4 CHU et 5 INaSa.

Il est important de noter que d'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires (Défense, Economie et Finances, Emploi et Fonction Publique, Affaires sociales, Education, Intérieur).

La gestion des infrastructures et des équipements reste confrontée aux récurrentes problématiques de la maintenance, du renouvellement des équipements et de la réhabilitation.

1.1.6.2.2 – Les infrastructures sanitaires privées à but lucratif et non lucratif

Le secteur sanitaire privé s'est développé progressivement ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines privées de pharmacie et infirmeries privées).

On dénombre pour le secteur privé 653 officines de pharmacie, 813 infirmeries, 175 centres et cabinets médicaux, 75 cliniques, 11 polycliniques, 21 laboratoires et 113 cabinets dentaires.

En dépit du Décret N° 96 – 878 fixant les conditions d'autorisation et d'immatriculation pour l'installation des professionnels de santé dans le secteur privé complété par l'Arrêté N° 21/MSHP/DGS/DEPS/S-DESPr du 16 juillet 2007 qui crée le cadre du partenariat public – privé, le secteur sanitaire privé s'est développé parfois de manière anarchique. On note une installation de plusieurs établissements sans autorisation préalable.

Par ailleurs, on note une faible collaboration entre le secteur privé et le secteur public et une insuffisance de la réglementation de ce secteur [MSHP, 2008].

Le secteur privé professionnel, les associations et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire. Mais l'absence d'une politique de contractualisation et l'insuffisance organisationnelle des ONG constituent une entrave à l'expansion du secteur associatif.

Globalement, la couverture en infrastructures sanitaires demeure faible (1 ESPC pour 13 831 habitants) dans les régions avec un déficit plus marqué pour les maternités en milieu rural. 44% de la population vit à moins de 5 Km d'un établissement sanitaire, 27% entre 5 et 15 Km, et 29 % à plus de 15 Km.

1.1.6.2.3 – La médecine traditionnelle

Le Gouvernement a instauré une collaboration des services publics de santé avec les tradipraticiens à travers le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle.

En 2007, plus de 8500 tradithérapeutes (tradipraticiens de santé (TPS)) ont été recensés et regroupés par spécialité. 689 d'entre eux ont été formés à l'anatomie, à l'hygiène conventionnelle ; 60 d'entre eux ont également un droit de propriété intellectuelle. Cependant, la médecine traditionnelle souffre de plusieurs faiblesses dans sa structuration. On peut citer :

- a) l'insuffisance dans les orientations ;
- b) l'absence de loi fondamentale et de décret d'application spécifique à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles ;

- c) la non-pertinence des recherches plus individualisées qu'axées sur les besoins de l'ensemble de la population ;
- d) l'anarchie dans l'exercice des tradipraticiens ;
- e) et l'absence d'approche pluridisciplinaire conformément à la stratégie du programme national.

I.1.6.3 – Le personnel de santé et sa répartition

Malgré l'importance numérique du personnel de santé en Côte d'Ivoire, l'offre en la matière demeure insatisfaisante. Il existe notamment des disparités dans la répartition de ce personnel avec une concentration au profit des régions du sud du pays, notamment à Abidjan [9].

La situation de crise déclenchée en septembre 2002 a entraîné un exode massif du personnel de santé des zones CNO vers les autres régions de la Côte d'Ivoire. Les inégalités de répartition, de même que les déficits se sont ainsi accrues au détriment des régions CNO.

En 2007, les ressources humaines pour le secteur de la santé sont réparties dans le tableau suivant [DIPE/MSHP, 2008] :

	Catégories de personnel	Effectifs			Proportion (%)
		Public	Privé	Total	
Personnel médical	Médecin	2824	790	3614	24
	Pharmacien	426	718	1144	
	Chirurgien-dentiste	285	125	410	
Personnel paramédical	Infirmier	6973		6973	46
	Sage-femme	2258		2258	
	Aide-soignant	568		568	
Personnel technique	Technicien supérieur de santé	1419		1419	7
Personnel administratif et social	Personnel administratif et social	2561		2561	12
Journalier	Journalier	2572		2572	12
Total		19886	1633	21519	100

Tableau 1 : Répartition du personnel de santé par catégorie

I.1.6.4 – Les médicaments et autres intrants stratégiques

La disponibilité des médicaments, des vaccins, des consommables et petits matériels médico-chirurgicaux constitue le déterminant de la prise en charge préventive et thérapeutique des cas de maladies à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

I.1.6.4.1 – L'approvisionnement

Afin de satisfaire la demande en médicaments à coûts abordables dans le secteur public de soins, la Côte d'Ivoire a développé une politique de médicaments essentiels. Ces médicaments sont disponibles sur toute l'étendue du territoire national grâce au dispositif de distribution de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) de Côte d'Ivoire. La PSP procède à l'approvisionnement de l'essentiel des structures publiques en produits pharmaceutiques. Deux modes d'acquisition sont utilisés par la PSP pour son approvisionnement dans les conditions fixées par le code des marchés publics : les appels d'offres ouverts aux internationaux et les marchés de gré à gré. La PSP bénéficie également d'appui d'organismes tels que l'Union Européenne, le PEPFAR, le Fonds Mondial, JSI, UNFPA, UNICEF, etc. [MSHP, 2009].

Le secteur pharmaceutique privé comprend trois grossistes importateurs qui assurent l'approvisionnement du secteur pharmaceutique privé commercial. Ce sont Laborex-Côte d'Ivoire, Distribution Pharmaceutique de Côte d'Ivoire (DPCI), et Compagnie Pharmaceutique Médicale (COPHARMED).

Pour ce qui est des produits sanguins, la Côte d'Ivoire dispose d'un potentiel technique adéquat en matière de sécurité transfusionnelle. Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et ses antennes régionales, de même que les Banques de sang, assurent la production et la distribution du sang et des produits sanguins labiles sécurisés sur l'étendue du territoire. Cependant, la crise sociopolitique a réduit la capacité de production nationale.

I.1.6.4.2 – Le contrôle de la qualité des produits

Les autorisations de mise sur le marché et les contrôles de qualité sont effectuées au plan administratif en amont par la Direction chargée de la Pharmacie et du Médicament (DPM) et en aval au plan technique par le Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP) et d'autres laboratoires de référence de la sous-région. Depuis la fermeture du

laboratoire référencé par l'OMS, au Niger, tous les contrôles de qualité des produits de la PSP se font uniquement au Laboratoire National de Santé Publique (LNSP).

Cependant, d'après la Politique nationale pharmaceutique, tous les produits de la PSP ne peuvent pas être analysés par le LNSP qui ne dispose pas de tous les moyens techniques adéquats (installations techniques, réactifs...). Les produits sont analysés uniquement à la réception et au cours du stockage, aucun contrôle de qualité n'est effectué.

1.1.6.4.3 – La distribution et la gestion

Les infrastructures en périphérie de la PSP sont inadaptées pour le stockage des médicaments même si la PSP dispose d'une logistique adéquate pour la distribution. La cause essentielle de cette situation est l'absence de normes nationales standards de construction de pharmacie publique avec pour corollaire la mauvaise conservation des produits, les capacités gestionnaires des responsables des pharmacies, ainsi que leurs conditions difficiles de travail. Au niveau du privé, les structures de dispensation des médicaments sont constituées par les officines et les dépôts [MSHP, 2008].

La PSP rencontre quelques difficultés d'ordre structurel et organisationnel. En effet, elle ne dispose pas de l'autonomie nécessaire pour l'utilisation des ressources issues du recouvrement. De façon globale, le financement des produits rencontre d'énormes difficultés; la part du budget consacré à l'achat des médicaments s'amenuise. Le coût élevé des produits dans les officines privées ne permet pas l'accessibilité à la grande majorité de la population.

1.1.6.5 – La recherche en santé

La Côte d'Ivoire dispose d'un potentiel considérable en matière de recherche tant en infrastructures, équipements et logistique qu'en ressources humaines. Plusieurs institutions de recherche nationales et internationales sont opérationnelles : l'Institut National de Santé Publique (INSP), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI), l'Institut Pierre Richet de Bouaké (IPR), le Projet de Recherches Cliniques sur la Trypanosomiase de Daloa (PRCT), le Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire de Bouaké (CEMV), l'Institut Raoul Follereau d'Adzopé (IRF), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le projet

Retro-CI, le Centre Suisse, ... Certaines unités de formation et de recherche telles que l'UFR-SPB, l'UFR-SM sont également des pôles de recherche en santé. En recherche médicale, de nombreux résultats et acquis de recherche opérationnelle ont permis de développer des stratégies idoines pour la lutte contre la trypanosomiase, l'onchocercose, la tuberculose, la lèpre et le VIH/sida.

La recherche pharmaceutique, quant à elle, est orientée essentiellement vers la découverte et la mise au point de formules médicamenteuses actives. Cependant, très peu de recherches opérationnelles sur le système de santé sont réalisées notamment au niveau des districts sanitaires et au niveau des programmes prioritaires de santé [MSHP, 2008].

I.1.6.6 – Le financement de la santé

Le financement de la santé en Côte d'Ivoire est principalement assuré par l'Etat, les partenaires au développement et les ménages.

L'Etat consacre en moyenne 5% au Ministère en charge de la santé. Cette part du budget national affectée au Ministère de la Santé a baissé d'environ 20% au cours de ces dernières années, passant de 98,6 milliards FCFA en 2000 à 79 milliards en 2006. (Voir tableau ci-dessous)

Sur la période de 2000 à 2006, la contribution des partenaires au budget du Ministère de la Santé a été de 7,053 milliards de francs CFA en moyenne par an, ce qui représente 8,7% du budget octroyé au Ministère de la Santé.

La contribution des ménages provient de deux sources : le recouvrement des actes de santé et des médicaments dans les établissements sanitaires publics et les paiements directs par le tiers payant via les assurances privées et les mutuelles d'assurance de santé.

Selon les données disponibles, sur la période 2000-2006, on estimait à 4 milliards de FCFA les recettes du recouvrement des actes de santé, à 10,7 milliards celles des médicaments et à 14 milliards celles du tiers payant. La contribution des ménages au financement de la santé s'élèverait globalement à 28,7 milliards de francs CFA en moyenne par an, soit 35,4% du budget octroyé au Ministère de la Santé.

L'Etat avec sa contribution de 84,48 milliards de francs CFA en moyenne par an demeure le principal bailleur de fonds du système de santé ivoirien.

En termes d'allocation, le budget de l'Etat est inégalement réparti entre le fonctionnement (y compris les salaires) qui représente 77% et 23% pour les investissements. La part réservée aux salaires dans le fonctionnement est de 40% (MSHP, 2008).

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Recettes totales et dons *	1270,6	1376,6	1496,5	1401,2	1514,4	1566	1688,2
Dépenses totales*	1351,1	1306,8	1592,5	1611,7	1665	1713,7	1921,4
Dépenses courantes*	1143,0	1153,9	1322,5	1388,9	1395,77	1458,06	1611,3
Dépenses de santé*	98,558	74,044	82,979	76,662	85,682	71,443	79,109
(Dépenses de santé) ----- (Dépenses totales)	7,76%	5,66%	5,21%	4,75%	5,14%	4,17%	4,11%

* En milliards

Tableau 2 : Tableau de l'évolution de la dépense de santé par rapport à la dépense totale de l'Etat

I.2 – LA POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE VIH/sida

A ce stade, nous évoquerons la situation épidémiologique du VIH et des IST en Côte d'Ivoire. Ensuite, nous exposerons la riposte nationale, son financement ainsi que les documents-clés la réglementant avant d'insister plus particulièrement sur la politique nationale de prévention de la transmission de la mère à son enfant de l'infection à VIH (PTME).

I.2.1 – L'évolution de la situation épidémiologique du VIH/sida et des IST

Depuis 1985, comme la plupart des pays de la sous-région, la Côte d'Ivoire est confrontée à la pandémie du sida. L'épidémie à VIH/sida y demeure un véritable problème de développement avec un impact négatif et multiforme sur les déterminants du développement socioéconomique des secteurs clés du pays, faisant d'elle une urgence nationale. L'une des particularités de l'épidémie en Côte d'Ivoire est la présence des deux virus : VIH1 et VIH2. D'après le rapport Onusida (2009), le taux de séroprévalence nationale de 3,9%. C'est à la fois le pays le plus atteint de la sous-région ouest africaine et l'un des plus touchés en Afrique. Ce taux de séroprévalence est plus élevé chez les femmes (6,4%) que chez les hommes (2,9%) et ceci quel que soit le groupe d'âges. De 1987 à 2005, les femmes se sont 4 fois plus infectées que les hommes ramenant le ratio H/F à 1/2 soit désormais deux femmes infectées pour un homme infecté [MLS, 2005].

Selon le rapport ONUSIDA (2009), la Côte d'Ivoire comptait 480 000 personnes vivant avec le VIH dont 190 000 étaient éligibles au traitement antirétroviral. Parmi ceux-ci, seulement 71 833 ont été mises sous traitement soit 38 %. Malgré tous les efforts fournis, moins de 10% des femmes enceintes accédaient aux services de PTME (OCDE, 2009).

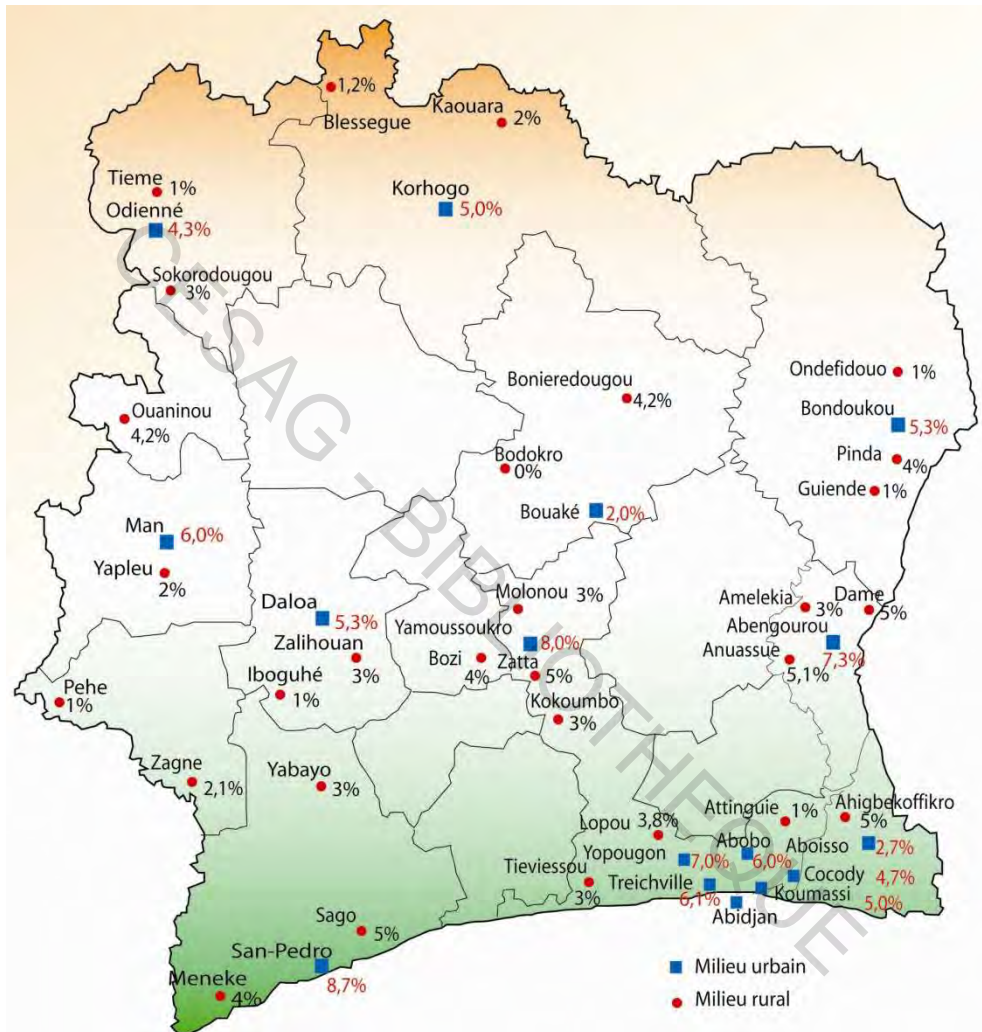


Figure 3: Distribution géographique de la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes en Côte d'Ivoire en 2008

Source : Rapport de l'enquête de séro surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en Côte d'Ivoire en 2008

I.2.2 – La Réponse nationale

Pour intensifier la réponse nationale, la Côte d'Ivoire a créé, en 2001, un ministère spécifiquement chargé de la lutte contre le VIH/sida, et a mis en place des organes de lutte à savoir :

- Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) ;
- Le Comité Interministériel de Lutte contre le Sida (CIMLS) ;
- Les comités sectoriels ;
- Les comités décentralisés (au niveau régional, départemental, communal, et rural).

I.2.2.1 – Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS)

La lutte contre le sida en Côte d'Ivoire est coordonnée par le CNLS qui est présidé par Monsieur le Président de la République. Le CNLS est chargé de faire de la lutte contre le sida une priorité nationale, de mobiliser la nation en vue de son implication dans la lutte contre le VIH/sida, de définir les orientations nationales de la politique globale de lutte contre le sida, de valider le plan stratégique national de lutte contre le sida, de promouvoir le Fonds National de Lutte contre le Sida et d'apprécier les résultats de la réponse nationale. Son secrétariat technique est assuré par le Ministère de la lutte contre le sida qui est chargé du suivi et de l'évaluation des activités de lutte contre le sida, de la rédaction du rapport annuel général sur les activités de lutte contre le sida, de la préparation des réunions du CNLS et de la mise à la disposition du CNLS des informations techniques indispensables aux délibérations.

Le CNLS se réunit une fois l'an au 1^{er} semestre sur convocation de son Président et en cas de besoin. La lutte contre le sida est menée aussi bien par le secteur public, le secteur privé, que par la société civile autour des sept axes du Plan Stratégique National (PSN) qui est le cadre de référence des interventions de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire.

Nous n'oublierons pas également de noter que la lutte pour endiguer le fléau en Côte d'Ivoire repose essentiellement sur une stratégie décentralisée et multisectorielle. La mise en œuvre de cette politique est caractérisée par l'application des trois principes clés. La décentralisation a consisté à organiser la riposte aux niveaux régional, départemental, communal et villageois, à travers la création des Comités régionaux, départementaux, communaux et villageois de lutte contre le Sida. Ces comités sont

appuyés par les Cellules Techniques d'Appui aux Initiatives Locales (CTAIL) qui en assurent le secrétariat. Cette approche facilite la coordination des interventions de lutte contre sida sur toute l'étendue du territoire.

Dans le cadre de l'approche multisectorielle, tous les secteurs d'activité sont incités à s'impliquer et à s'organiser pour impulser la riposte nationale, le VIH/sida étant désormais considéré comme un problème de développement et de sécurité.

I.2.2.2 – Les partenaires internationaux au développement et les Organisations

Non Gouvernementale

Dans la lutte contre VIH/sida, le gouvernement ivoirien bénéficie de l'appui et du soutien des partenaires au développement et des ONG locales.

I.2.2.2.1 – Les partenaires internationaux au développement

Le concours des partenaires au développement, aussi bien les partenaires bilatéraux (PEPFAR, CTB, GTZ, la Coopération Française et la Coopération Japonaise) que les partenaires multilatéraux (Fonds Mondial, OMS, UNICEF, ONUSIDA, UNFPA, PNUD) est très indispensable. Ces organisations apportent à la fois assistance technique et financière aux différents plans stratégiques nationaux, à la coordination des interventions et dans les activités de suivi et évaluation au niveau national. Ces partenaires soutiennent également l'intensification des activités de prévention, l'amélioration de l'accès aux soins à travers la décentralisation des interventions et la mobilisation communautaire. Chaque année, ce sont d'importantes ressources internationales qui sont mobilisées pour la mise en œuvre des programmes de politique nationale de lutte contre le VIH/sida, également le renforcement des capacités nationales en vue d'une meilleure gestion des ressources. Il est important de noter qu'en Côte d'Ivoire, les financements extérieurs pour la lutte contre le VIH/sida reposent en grande partie sur le PEPFAR (CDC) et le Fonds Mondial.

I.2.2.2.2 – Les organisations non gouvernementales (ONG) nationales

La société civile est fortement impliquée pour soutenir et compléter l'action gouvernementale, à travers ses principaux réseaux de lutte contre le sida. A titre d'exemples, on peut citer le Conseil des Organisations de Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (COSCI), le Réseau Ivoirien des Organisations de Personnes vivant avec le

VIH (RIP+), le Réseau Ivoirien des Organisations Féminines (RIOF), l'Alliance des Religieux pour la lutte contre le sida et les autres Pandémies (ARSIP), le Réseau des Professionnels des Médias, des Arts et du Sport engagés dans la lutte contre le Sida et les autres pandémies en Côte-d'Ivoire (REPMASCI), le Réseau Ivoirien des Jeunes contre le Sida (RIJES), la Fédération des Mouvements et Associations de Jeunesse et d'Enfance de Côte d'Ivoire (FEMAJECI), l'Intersyndicale, le Réseau des Parlementaires pour la lutte contre l'infection par le VIH, l'Association des Femmes Juristes de Côte d'Ivoire (AFJCI), le Réseau National des Jeunes Avocats, le Réseau National Jeunes en Santé et Développement (RNJ-CI), l'Alliance Ivoirienne des Maires et Responsables Municipaux sur le VIH/sida, organe spécialisé de l'Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire (UVICOCI).

Ces organisations jouent un rôle crucial dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire et sont les exécutants les plus importants de la riposte nationale. Ce sont les premières représentantes de la société civile et leur nombre ne cesse de s'accroître de façon significative. La plupart de ces ONG qui interviennent dans le cadre de la prise en charge des PVVIH reçoivent le soutien financier et technique de bailleurs de fonds internationaux dont le gouvernement des Etats-Unis (PEPFAR) et le Fonds Mondial.

I.2.3 – Les Financements de la riposte nationale

Les dépenses nationales dans le domaine de la lutte contre les IST/VIH/sida sur la période de 2006 à 2008 sont estimées à 86,1 milliards de FCFA soit 172,3 millions de dollars¹. Par année, ce sont respectivement 21,5 milliards de FCFA en 2006 ; 33,3 milliards de FCFA en 2007 et 31,3 milliards de FCFA en 2008 qui ont été dépensés [MLS, 2009].

La plus importante source de financement en matière de lutte contre les IST/VIH/sida au cours de cette période est l'extérieur, avec 75,1 milliards de FCFA, soit 87,22% des ressources totales, démontrant la forte dépendance du financement de la lutte contre le sida de l'extérieur. Les fonds internationaux sont respectivement suivis par les fonds publics (9,01%) et les fonds privés (3,77%).

Les ressources de la lutte contre le Sida ont été gérées sur la période par trois entités dites agents de financements. Ce sont : le secteur public (11,50%), le secteur privé (5,77%) et les institutions internationales à but non lucratif (82,73%) [MLS, 2009].

¹ 1USD = 500 FCFA

Les institutions internationales à but non lucratif qui sont de loin les gestionnaires des ressources de la lutte contre le sida sont composées de trois groupes à savoir les agences bilatérales, les agences multilatérales et les organisations internationales non gouvernementales à but non lucratif. Dans ces entités internationales, les Organisations internationales non gouvernementales à but non lucratif ont reçu le plus de ressources soit 62,67%. Elles sont respectivement suivies des agences bilatérales (14,63%) et des agences multilatérales (5,43%).

I.2.4 – Les documents clés réglementant la réponse nationale au VIH/sida

En 2006, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un Plan Stratégique National (PSN) pour la période 2006-2010 qui s'articule autour des sept axes stratégiques suivants : la prévention, la prise en charge, la coordination, le financement, le suivi et l'évaluation, le renforcement des capacités et la recherche opérationnelle [USAID, 2009].

Le Plan d'action national 2008–2009 (PAN 2008-2009) et le Plan national de suivi et évaluation (PNSE) ont également été élaborés. Ces trois documents de base ont été complétés par l'Identification des cibles de l'accès universel ; le Plan d'intensification de la prévention ; le Plan de passage à l'échelle de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la Prise en Charge Pédiatrique du VIH/SIDA ; le Plan Stratégique National Prise en charge des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/SIDA 2007-2010. Il faut par ailleurs noter que la revue à mi-parcours du PSN 2006-2010 montre qu'il n'y a pas toujours une cohérence entre les objectifs et stratégies de ces documents avec ceux du PSN 2006–2010, pourtant conçu pour être le cadre prioritaire d'orientation des activités et la référence nationale indispensable

I.2.5 – La politique nationale de prévention de la transmission de la mère à son enfant de l'infection à VIH

Après une brève description de la transmission de la mère à son enfant de l'infection à VIH, nous donnerons un aperçu de la politique nationale en matière de PTME.

I.2.5.1 – La transmission de l'infection à VIH de la mère à son enfant

La transmission mère-enfant du VIH est de loin, le mode de transmission le plus important chez l'enfant. Elle peut se produire pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou par le lait maternel :

- Pendant la grossesse, le risque de contamination est de 5 à 8% et est le fait du passage du virus à travers le placenta.
- Pendant le travail et l'accouchement, ce risque est de 10 à 20%.
- En l'absence de traitement, le risque global de transmission peut varier de 20 à 45% en cas d'allaitement jusqu'à 18 ou 24 mois et de 25 à 35% si l'enfant est allaité jusqu'à 6 mois.

Les facteurs de risque liés à cette transmission de la mère à son enfant sont de deux types : les facteurs maternels et les facteurs infantiles [DE COCK KM, FOLLER MG, MERCIER E et al, 2000].

✓ **Facteurs maternels**

Le risque de transmission du VIH aux nourrissons est accru :

- pour les femmes ayant une charge virale élevée ;
- pour les femmes présentant une grave immunosuppression et celles souffrant d'une maladie avancée ;
- en cas de carences maternelles en micronutriments ;
- par la rupture prolongée des membranes, la chorioamniotite et les IST ;
- par les crevasses et les abcès du sein au cours de l'allaitement ;
- pour les femmes infectées par le VIH-1, ce dernier étant plus facilement transmis à leurs nourrissons que le VIH-2.

✓ **Facteurs infantiles**

Pour ce qui concerne les facteurs infantiles, nous pouvons citer :

- la prématurité ;
- l'allaitement ;
- le muguet et des ulcérations buccales ;
- le monitoring invasif du fœtus au cours de l'accouchement ;
- et l'ordre des naissances (premier jumeau) en cas de grossesses gémellaires.

I.2.5.2 – La prévention de la transmission de la mère à son enfant de l'infection à VIH (PTME) en Côte d'Ivoire

La PTME est une intervention éprouvée qui vise à réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant. Encourager la mère à faire le test de VIH est le premier pas de la

PTME. Face à la forte prévalence de l'infection à VIH chez la femme enceinte et du taux de transmission mère-enfant compris entre 25 et 30%, la Côte d'Ivoire a réagi par un engagement des autorités politiques et sanitaires soutenus de façon considérable par les partenaires au développement. Cet engagement a facilité la création d'une cellule mère-enfant.

La mise en place de la cellule mère-enfant, créée par le PNLS/MST/TUB en 1993 va constituer la première réponse au problème de transmission de l'infection à VIH de la mère à son enfant. Cette cellule de réflexion constituée sur la base du bénévolat et du volontariat comprenait au départ une trentaine de membres venant d'horizons divers (médecins, sociologues, chercheurs, juristes, personnes vivant avec le VIH, ...) et avait pour objectifs la définition de la politique nationale de la PTME et l'élaboration de modules de formation pour la prise en charge de la mère et de l'enfant.

Dès 1998, au vu des résultats des essais thérapeutiques en Thaïlande chez les femmes non allaitantes, puis en Côte d'Ivoire à travers les projets RETROCI et DITRAME chez des femmes allaitantes, la cellule mère-enfant, avec l'aide des partenaires au développement, notamment l'UNICEF (1998/1999) et le Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI) (1999) va se consacrer à la conception et à la mise en place de programmes pilotes de PTME.

A partir des résultats et recherche et des programmes pilotes, les autorités politiques et sanitaires, dans l'élan de leur engagement vont intégrer les activités de PTME dans des structures sanitaires à Abidjan. Ces actions étaient soutenues par les partenaires au développement (FSTI, projet RETROCI, UNICEF), des organisations non gouvernementales et les associations de personnes vivant avec le VIH et visaient à offrir les prestations (dépistage, dispensation d'ARV, suivi prénatal, prophylaxie des infections opportunistes) gratuites de PTME pour les femmes enceintes.

L'autre acte majeur de l'engagement du gouvernement ivoirien se traduira dans la création du Programme National de Prise En Charge des personnes vivant avec le VIH (PNPEC), en décembre 2001. Le PNPEC élaborera le plan national de mise en œuvre et le plan d'extension des activités de PTME, favorisant ainsi leur passage à l'échelle. L'extension de ces activités est soutenue par des bailleurs de fonds (Fonds Mondial, UNICEF, OMS, ESTHER, AXIOS), autres partenaires techniques et ONG internationales (Fondation Elizabeth Glaser, Aconda VS CI, MSF, Measure/JSI,

JHPIEGO, AIBEF, Alliance, CARE Côte d'Ivoire, ESTHER, ...) [Réseau africain pour les soins aux enfants affectés par le sida, 2006].

En Côte d'Ivoire, les services de PTME sont souvent offerts conjointement avec les soins prénataux. Les Directives nationales suggèrent que l'AZT, une drogue antirétrovirale, soit prescrite de 36 semaines jusqu'à l'accouchement. Au moment de l'accouchement une dose de Névirapine devrait être donnée à la mère et dans les 72 heures qui suivent à l'enfant.

En 2007, l'on constatait que, malgré le nombre croissant des structures offrant des services de PTME, seulement 10% (sur environ 1 million de femmes enceintes attendues) avaient eu accès au conseil et dépistage du VIH dans le cadre de la PTME. Parmi les 3 711 femmes dépistées séropositives au VIH, 74% avaient bénéficié de prophylaxie ARV et très peu d'enfants nés de mère infectées par le VIH avaient été dépistés [MSHP et MLS, 2006].

Devant ce sombre décor, nous devons trouver les voies et moyens pour améliorer l'allocation et la coordination des ressources pour une meilleure mise en œuvre des programmes PTME en Côte d'Ivoire.

Chapitre II : PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS, HYPOTHESES ET REVUE DOCUMENTAIRE

Ce chapitre mettra en exergue la problématique, les objectifs de l'étude, les hypothèses et la revue de littérature.

II.1 – PROBLEMATIQUE

À l'aube de la quatrième décennie de l'épidémie de sida, de façon générale le monde a passé un cap critique. L'on constate une baisse du nombre des infections dans de nombreuses régions du monde, y compris celles qui paient le plus lourd tribut à la maladie. Toutefois, dans certains pays, il y a des indications selon lesquelles les nouvelles infections à VIH repartent à la hausse [Onusida, 2010].

Des preuves que les déclinés constatés sont dus, en partie du moins, à la prévention du VIH existent. Toutefois, les conclusions montrent aussi que les programmes de prévention ne sont toujours pas à la hauteur et qu'il faille faire en sorte que les ressources et les programmes soient dirigés là où ils auront le plus d'impact. Ainsi, des progrès plus rapides pourront être faits et davantage de vie sauvées.

En Côte d'Ivoire, la prévalence de l'infection à VIH est estimée à 3,7% en 2009 [Onusida, 2009]. Les femmes sont beaucoup plus touchées que les hommes avec une séroprévalence respective de 6,9% contre 2,4%. Les infections à VIH, chez la femme, sont souvent associées à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement. Une situation qui demeure alarmante pour deux raisons essentielles. La première des raisons relève l'importance de la place qu'occupe la femme dans son environnement socioéconomique, où, en plus de son rôle de mère et d'éducatrice, elle représente un acteur économique de premier ordre. L'autre raison a trait au renouvellement des générations et donc à l'avenir du pays.

Le nombre de femmes enceintes séropositives s'est accru de plus de 6% de 2007 à 2008.

La Côte d'Ivoire déploie depuis plusieurs années une politique qui vise à renforcer la protection maternelle et infantile à travers la gratuité des consultations prénatales (CPN) et des vaccinations. Dans le cadre de l'amélioration de la réponse nationale contre le VIH/sida, le financement des activités de santé (prévention et traitement) occupe une

place capitale. La riposte nationale demande des moyens importants. La coordination et la cartographie de tous les flux financiers qui appuient le système de santé ivoirien dans la lutte contre le VIH/sida sont régulièrement élaborées depuis 2006, à l'image de l'EF/REDES et des comptes nationaux de santé. La Côte d'Ivoire a bénéficié de multiples financements provenant du public, du privé et de l'extérieur. De façon globale, la plus importante source de financement en matière de lutte contre les IST/VIH/sida au cours de la période 2006-2008 provient des partenaires au développement (Partenaires multilatéraux, partenaires bilatéraux, ONG internationales) avec 75,1 milliards de FCFA, soit 87,22% des ressources totales, cela accentue la dépendance vis à vis de l'extérieur et pose avec acuité la question de la pérennité du financement de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire [MLS, 2009].

Ces appuis extérieurs interviennent dans le financement de la lutte contre la pandémie par l'approvisionnement en produits, par des donations d'équipements, par des dotations budgétaires, par les renforcements de capacités, ..., et souvent par la prise en charge des indigents.

Le contexte actuel de la crise financière mondiale fait peser une grave incertitude sur la pérennité financière des programmes de lutte contre la pandémie. Par ailleurs, l'octroi de ces financements est soumis à certaines conditionnalités dont l'alignement sur les politiques nationales. Cet alignement ne recoupe pas seulement que la dimension politique. Il concerne également l'alignement sur le fonctionnement administratif et financier du pays récipiendaire.

Dans le cadre du financement de la lutte contre le Sida, les partenaires au développement qui interviennent en Côte d'Ivoire, arrive, chacun avec sa méthode, son mécanisme de financement qui diffère bien souvent de celui d'un autre. Pour atteindre l'accès d'un plus grand nombre de femmes et d'enfants aux soins, aux traitements, à la prise en charge et à la prévention (notamment à travers la PTME), il est essentiel que les partenaires au développement soient à mesure d'identifier en « temps réel » l'utilisation des ressources financières allouées à la réponse au VIH/sida et d'évaluer les flux financiers de la source jusqu'à la dépense réelle.

Pour la mise en œuvre de ses activités, la Fondation Elizabeth Glaser devra travailler avec les structures publiques (PNPEC, Districts, centres de santé) mais aussi devra faire appel à des organisations communautaires et à des ONG locales. La collaboration entre EGPAF et ces entités devra s'appuyer sur des stratégies incitant à la performance, c'est-

à-dire des stratégies qui permettent d'obtenir des résultats optimaux au moindre coût dans la mise en œuvre des activités.

Il s'agira pour notre étude de contribuer à l'efficacité et la pérennité du financement de la lutte contre le VIH/sida. La présente étude de savoir comment la Fondation gère son partenariat avec les sites qu'elle appuie. Pour ce faire, nous nous aborderons cette question par sa dimension financière en posant la question suivante : Quelles stratégies de financement la Fondation Elizabeth Glaser adopte-t-elle avec ses différents partenaires de mise en œuvre dans le cadre de la PTME ?

Diverses raisons ont motivé notre intérêt pour cette étude, en particulier le fait que la transmission de l'infection à VIH/Sida, de la mère à l'enfant constituent une préoccupation majeure de santé publique (seulement 10% des femmes enceintes accèdent aux services de PTME en Côte d'Ivoire). Or, la réponse globale nationale est essentiellement financée par les partenaires au développement.

La présente étude, fournira aux principaux acteurs de la mise en œuvre de la PTME les informations nécessaires qui aideront à galvaniser la volonté politique et l'engagement du gouvernement ivoirien, ainsi que celui des partenaires au développement à améliorer l'allocation et la coordination des ressources pour une meilleure mise en œuvre d'autres programmes axés sur la PTME afin d'atteindre d'ici 2015 l'objectif (une génération sans VIH et sans sida) de l'appel à l'action d'Abuja.

II.2 – OBJECTIFS DE L'ETUDE

Le but de l'étude, son objectif général de même que ses objectifs spécifiques sont déclinés comme suit :

II.2.1 – But de l'étude

Il s'agira pour notre étude de contribuer à l'efficacité et la pérennité du financement de la lutte contre le VIH/sida.

II.2.2 – Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'analyser le dispositif par lequel Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation (EGPAF) finance la mise en œuvre des activités de PTME.

II.2.3 – Objectifs spécifiques

Il s'agit de :

- 1- Décrire le mécanisme de prise de décision (gouvernance) pour la mise en œuvre de la PTME ;
- 2- Analyser les mécanismes de mobilisation et d'allocation (affectation) des ressources pour la PTME ;
- 3- Evaluer le dispositif du financement des activités de PTME par EGPAF.

II.3 – HYPOTHESES DE RECHERCHE

- La source de financement des activités de PTME par EGPAF est performante ;
- EGPAF est un agent de financement performant ;
- Les modalités de paiement utilisées incitent les prestataires de soins de PTME à la performance.

II.4 – REVUE DOCUMENTAIRE

Dans la rédaction de notre revue de littérature, nous avons été confrontés à la difficulté de trouver des documents traitant exclusivement de la PTME et d'analyses détaillées des difficultés du financement ces interventions en Afrique voire en Côte d'Ivoire. Nombre des études qu'il nous a été donné de consulter portaient essentiellement sur les déclarations d'intentions et les grands flux financiers consacrés à la lutte contre la pandémie dans les pays d'Afrique subsaharienne.

La lutte contre le VIH/sida dans les pays d'Afrique au sud du Sahara et plus particulièrement en Côte d'Ivoire dépend fortement des financements accordés par les pays riches, notamment les Etats-Unis à travers le PEPFAR. L'octroi de cette aide est de plus en plus encadrée par plusieurs facteurs qui pourraient interagir entre eux ; l'alignement des partenaires au développement sur les politiques et stratégies nationales, la coordination de l'aide apportée par ces partenaires, l'efficacité des financements engagés dans la lutte, la pérennité de ce financement et le dispositif d'incitation mis en place pour encourager les institutions de soins (à travers les prestataires de soins) à améliorer les résultats [OCDE, 2005].

II.4.1 – L'alignement des partenaires au développement

Avec la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005) et le plan d'action d'Accra (2008) qui prônent des critères tels que l'harmonisation des actions des donateurs, leur alignement sur les politiques et stratégies des pays qui les accueillent, la culture des résultats, l'appropriation et le leadership des acteurs nationaux dans la mise en œuvre de l'aide, l'on constate que les partenaires au développement se réfèrent de plus en plus aux stratégies nationales quand elles existent, même si l'aide ne concorde pas toujours avec les priorités des pays partenaires. Ducroux (2005) insiste sur le fait que l'alignement ne recoupe pas seulement que la dimension politique de la question de l'alignement sur les priorités stratégiques. Il concerne également l'alignement sur le fonctionnement administratif et financier du pays récipiendaire. Pour de nombreux pays en développement comme la Côte d'Ivoire, dans ce secteur, les progrès sont encore limités. C'est pourquoi, le Groupe de Travail Inter-agences sur la prévention de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants, conseille des partenariats forts, coordonnés et soutenus entre les gouvernements nationaux (maîtres d'œuvre de la planification et de la mise en œuvre de la stratégie nationale), les partenaires internationaux et nationaux, la société civile afin d'aboutir aux objectifs fixés [OMS, 2007].

II.4.2 – La coordination de l'aide apportée par ces partenaires

La coordination est une action menée ou un mouvement dirigé dans un but commun, une tentative visant à se mettre d'accord ou à agir ensemble de manière concertée. Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, la communauté internationale a mis en place des institutions et des mécanismes de financement du développement pour permettre d'élever le niveau de vie et réduire la pauvreté dans les pays en développement. Après plusieurs décennies de coopération au développement, et face aux résultats mitigés atteints par l'aide au développement, des réflexions ont été engagées sur son impact dans les pays bénéficiaires [Ministère de l'Economie et des Finances – Burkina Faso, 2004]. Les pays africains, à travers le programme d'action d'Accra (2008), reconnaissent qu'il leur faut bâtir des partenariats plus efficaces et d'avantage ouverts à tous. Ces partenariats forts devront reposer sur une meilleure coordination de l'aide provenant de l'ensemble des partenaires au développement (anciens comme nouveaux donateurs) dans l'ultime but de tendre vers l'objectif

principal qui est l'amélioration des conditions de vie de leurs populations [OCDE, 2005].

Les Chefs d'Etat et de Gouvernement de la planète ont adopté, en 2000, la Déclaration du Millénaire qui énonce un ensemble d'objectifs quantitatifs et qualitatifs de développement destinés à mesurer les progrès accomplis vers le but suprême : l'éradication de la pauvreté. La lutte contre la pauvreté est devenue l'un des objectifs essentiels de la coopération pour le développement qui doit aider les pays en développement à mettre en place des systèmes efficaces leur permettant de mobiliser, de répartir et de surveiller les mouvements de capitaux de manière productive et durable afin que l'aide mais aussi les capitaux privés financent le développement de manière efficiente et contribuent ainsi à faire reculer la pauvreté tout en favorisant le développement.

Depuis le sommet du Millénaire et même bien avant, un large débat s'est instauré sur la problématique de l'aide publique au développement et les actions à mener par les donateurs et les pays bénéficiaires afin de promouvoir un partenariat permettant d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. La Conférence internationale sur le financement du développement tenue en mars 2002 à Monterrey a permis aux donateurs et aux pays en développement de s'entendre sur un nouveau cadre de l'aide publique au développement visant à renforcer leur engagement dans le cadre de l'aide centré sur une utilisation efficace de l'aide en vue de lutter contre la pauvreté. Ce qui suppose une bonne coordination des actions et des ressources destinées au développement. Le partenariat ainsi tissé se réfère à un partage des responsabilités dans la gestion de l'aide entre les bailleurs de fonds et le gouvernement bénéficiaire. En d'autres termes, l'aide se met au service d'une stratégie, d'une vision, d'un projet, et le gouvernement bénéficiaire est censé être celui qui en assure la cohérence et la coordination [World Bank, 1998].

Pour comprendre la dynamique de la coordination de l'aide dans un pays donné, il est primordial de déterminer dans quelles mesures aussi bien les bailleurs de fonds que les gouvernements bénéficiaires de l'aide influencent la prise de décision. Les auteurs des rapports et réflexions sur la coordination de l'aide au développement sont tous d'accord pour dire que toute la difficulté réside dans la capacité du gouvernement récipiendaire à assurer la cohérence et la coordination de l'aide. La cohérence exige une absence de

contradiction entre le comportement du gouvernement bénéficiaire et l'objectif de réduction de la pauvreté de la majorité de sa population.

La mauvaise coordination de ces gouvernements bénéficiaires aboutit alors à une inefficacité de l'aide.

II.4.3 – L'efficacité des financements engagés dans la lutte contre le VIH/sida

L'aide au développement est analysée comme un contrat d'agence dans lequel les pays du Nord, riches, transfèrent aux gouvernements du Sud, pauvres, des fonds destinés à réduire la pauvreté de la majorité de leurs populations. Les principes sous-jacents à ces efforts vers plus d'efficacité de l'aide s'articulent autour des notions de partenariat, de conditionnalité (notamment la bonne gouvernance), d'implication de la société civile et de généralisation de l'aide.

La question de l'efficacité globale de l'aide est apparue dans les années 80, alors qu'on prenait conscience de la difficulté des pays bénéficiaires de l'aide à connaître un véritable développement. Les réflexions et études d'alors ont remis en cause l'efficacité globale qu'était censée apporter cette aide sur l'amélioration du niveau de vie dans ces pays [Bissiriou G., Kern F., 2004]. Toujours sur cette question de l'efficacité, le rapport « Assessing Aid » (1998) de la Banque Mondiale aboutit à la conclusion selon laquelle l'aide n'est utile que si les politiques sont bonnes et si les institutions du pays bénéficiaire sont efficaces. En effet, certains gouvernements des pays pauvres, soucieux de renforcer leur pouvoir, détournent des fonds destinés à accroître le bien-être des plus démunis au profit de l'élite dirigeante [World Bank, 1998].

L'analyse de l'efficacité de l'aide devra maintenant s'axer sur la capacité à réduire la part détournée par les gouvernements des pays bénéficiaires de l'aide pour des projets dans le but d'accroître le bien-être des pauvres.

La conditionnalité qui encadre l'aide est censée résoudre en partie ce problème.

II.4.4 – Le dispositif d'incitation des prestataires de santé

L'organisation institutionnelle et la motivation des organisations et institutions qui fournissent des services de santé (centres de santé, hôpitaux, ONG, ...) dans les pays au sud du Sahara sont des éléments essentiels dans l'amélioration de la prise en charge des patients d'une part. Elles permettront d'autre part d'accélérer les progrès vers la performance des systèmes de santé. En effet, les récompenses financières versées aux

agents de santé pour leur performance professionnelle peuvent aider à améliorer l'impact des services de santé, surtout si les récompenses visent à améliorer la qualité de ces services [World Bank, 1998].

Jusqu'au début des années 2000, les partenaires au développement qui finançaient les services de santé n'évaluaient pas les prestataires du point de vue des résultats que ces derniers étaient censés fournir. Les prestataires de santé quant à eux cherchaient essentiellement à garantir les financements en maintenant les différents programmes plutôt qu'à améliorer l'efficacité ou la qualité des soins [Sekaganda, E. (et al.), 2010]. De plus en plus, dans un souci de gestion efficiente et efficace des ressources, selon la revue *Le Management*, les donateurs souhaitent que les prestataires utilisent les ressources financières en adoptant les façons les plus productives possibles pour atteindre les buts du programme. Le réseau « Incitations pour la Performance des Prestataires de Santé » abonde dans le même sens pour dire que les dispositifs incitatifs des prestataires de santé fondés sur les performances (financement basé sur la performance, financement basé sur les résultats, pay for performance (P4P), aide liée à la performance, etc.) reçoivent depuis quelques années une attention croissante de la part des gouvernements et des partenaires extérieurs des pays en développement [Management Sciences for Health, 2001]. Depuis, plusieurs pays à faible revenu, principalement en Afrique au sud du Sahara, intègrent différents éléments issus de ces approches dans la réforme de leur système de santé et les différents acteurs concernés par ces réformes espèrent que ces dispositifs permettront d'accélérer les progrès dans le domaine des Objectifs du Millénaire. En résumé, il faut retenir que les dispositifs incitatifs des prestataires de santé, notamment le financement basé sur la performance, et la manière dont ils affectent les relations entre les autorités de santé, les payeurs et les prestataires de soins, ainsi que les communautés et la population, sont des questions de première importance.

II.4.5 – La pérennité de ce financement de la lutte contre le VIH/sida

Le Pr Jean-Paul Moati (2009) nous rappelle, dans un article paru sur le site www.vih.org que nous sommes aujourd'hui, de nouveau à un tournant de la lutte contre le sida parce que l'engagement d'accès universel au traitement, maintes fois répété par tous les pays membres du G8 et de l'ONU, est menacé d'être remis en cause. La raison principale évoquée par ces décideurs est la crise qui a fragilisé le système financier des pays

riches. Cette crise financière pourraient avoir des répercussions au niveau l'aide accordée aux pays pauvres, notamment ceux d'Afrique subsaharienne. Dans ces pays, les programmes sida sont dépendants de l'aide internationale pour près des trois quarts de leur financement. Une étude menée par Eric Lamontagne et Robert Greener, dans les pays d'Amérique latine et caraïbes, a montré que les programmes les plus vulnérables à la crise sont ceux qui dépendent le plus de l'aide mais aussi ceux de certains pays à revenus intermédiaires qui comme le Botswana autofinancent l'essentiel de leurs besoins [Onusida, 2008]. Une enquête réalisée conjointement par l'Onusida et la Banque Mondiale est alarmiste. En effet, cette enquête réalisée dans des pays les plus touchés par le VIH/sida révèle que le contexte de la crise fait peser une grave incertitude sur la pérennité financière des programmes de lutte contre la pandémie. Pour l'année 2010, on annonce une baisse de 10 à 25% des financements et de l'aide au développement [Onisuda/Banque Mondiale, 2009].

Dans ce contexte financier morose, il est impossible que les pays à bas revenus, les plus affectés par le Sida, se rapprochent des objectifs du Millénaire sans la poursuite d'une aide internationale massive. Autrement dit, il reviendrait à inciter ces pays à modérer leurs demandes pour autocensurer les besoins de leur population.

En guise de résumé, nous pouvons dire que la lutte contre le VIH/sida dans les pays d'Afrique au sud du Sahara et plus particulièrement en Côte d'Ivoire dépend fortement des financements accordés par les pays riches, notamment les Etats-Unis à travers le PEPFAR. Force est de constater que le contexte actuel de la crise financière mondiale fait peser une grave incertitude sur la pérennité financière des programmes de lutte contre la pandémie. Par ailleurs, l'octroi de ces financements est soumis à certaines conditionnalités dont l'alignement sur les politiques nationales. Cet alignement ne recoupe pas seulement que la dimension politique. Il concerne également l'alignement sur le fonctionnement administratif et financier du pays récipiendaire.

Ces partenariats forts devront reposer sur une meilleure coordination de l'aide provenant de l'ensemble des partenaires au développement (anciens comme nouveaux donateurs) dans l'ultime but de tendre vers l'objectif principal qui est l'amélioration des conditions de vie des populations des pays subsahariens et requièrent l'organisation

institutionnelle et la motivation des organisations et institutions qui fournissent des services de santé. En effet, les récompenses financières versées aux agents de santé pour leur performance professionnelle peuvent aider à améliorer l'impact des services de santé, surtout si les récompenses visent à améliorer la qualité de ces services.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE : Cadre opérationnel

Chapitre III – METHODOLOGIE

Ici, nous insisterons sur l'Institution qui nous a accueillis lors de notre étude et sur la méthodologie de même que les moyens utilisés pour la collecte et l'analyse des données.

III.1 – CADRE OPERATIONNEL

La présente étude a eu pour cadre Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation (EGPAF), plus précisément le département des programmes.

III.1.1 – Un peu d'histoire

C'est à la suite d'une transfusion sanguine pendant son accouchement qu'Elizabeth Glaser contracte le VIH en 1981. Plus tard, avec son époux Paul, elle apprend qu'elle a transmis, sans le savoir, le VIH à leurs enfants Ariel et Jake. A l'époque, l'on ne savait pas vraiment si le VIH/sida pouvait être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou par le lait maternel.

Ariel, l'un de leurs enfants, décède à l'âge de 7 ans du sida en 1988. A la suite de ce décès, Elizabeth et deux de ses amies : Susan Delaurentis et Susie Zeegen, créent la Fondation pour la lutte contre le sida pédiatrique. L'objectif de cette fondation serait de donner de l'espoir aux enfants et aux familles touchés par le VIH et le sida.

En 1990, Elizabeth et Paul Glaser demandent au Congrès américain d'assurer le financement pour tester des médicaments anti-VIH chez les enfants. En effet pour eux, c'est à travers la recherche que l'on parviendrait à trouver des techniques et des soins pour freiner voire éradiquer la transmission de l'infection à VIH de la mère à son enfant. Militante ardente de la lutte contre le sida, Elizabeth va encourager le basketteur professionnel Earvin « Magic » Johnson à parler ouvertement de sa séropositivité, dans le courant de l'année 1991.

Après ces années de lutte, Elizabeth décède en 1994, des complications liées au sida. C'est seulement neuf ans après son décès (c'est-à-dire en 2003) que le Congrès américain promulguera la loi sur l'équité en matière de recherche pédiatrique (Pediatric Research Equity Act). Cette nouvelle loi va permettre d'augmenter considérablement le nombre de médicaments testés et prévus pour être utilisés chez les enfants. La vision de

cette brave femme pour des recherches sur les médicaments pédiatriques venait ainsi de se concrétiser.

En 1999, la Fondation fait son entrée dans l'arène mondiale du sida. Ses travaux visent surtout à empêcher la transmission du VIH de la mère à son enfant dans six pays.

Avec le Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le VIH/sida (PEPFAR), lancé en 2003, la Fondation va élargir son travail et sa portée sur le plan mondial. Jusqu'en 2007, plus de 25% de l'ensemble des femmes enceintes vivant avec le VIH, à travers le monde, reçoivent des médicaments pour empêcher la transmission du VIH à leur bébé par le biais de programmes soutenus par la Fondation.

Aujourd'hui, les programmes internationaux de la Fondation sont rapidement étendus dans le monde en développement. En effet, elle est présente dans 18 pays, sur plus de 4500 sites à travers le monde et a offert, grâce à ses programmes, des services à près de 8 millions de femmes pour empêcher la transmission du VIH à leurs bébés. Par le biais de ses programmes variés et innovants, la Fondation est en train de briser les barrières en subvenant aux besoins de santé des populations les plus vulnérables et en suscitant de l'espoir pour les enfants et les familles dans le monde.

Les initiatives internationales de la Fondation en faveur des familles dans le domaine du sida sont financées par les ressources de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) et le Centre de contrôle des maladies (CDC) par le biais du Plan d'urgence du Président des Etats-Unis contre le Sida (PEPFAR), ainsi que des contributions privées vitales de donateurs, que ce soient des entreprises, des fondations et des particuliers.

III.1.2 – EGPAF Côte d'Ivoire

La Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le sida pédiatrique (EGPAF) est une organisation non gouvernementale Internationale de droit américain ayant des activités dans 18 pays dans le monde dont la Côte d'Ivoire. C'est depuis 2004, qu'EGPAF, en collaboration avec le consortium ISPED/ACONDA a commencé ses activités d'appui du ministère de la santé en matière de prévention, de soutien et de prise en charge du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Cette assistance technique se fait à différents niveaux de la pyramide sanitaire ivoirienne.

Au 31 mars 2010, la Fondation soutenait 312 sites offrant des activités de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), 146 sites proposant la prise en charge par

III.1.3 – La Direction des Programmes

La Direction des Programmes (DP) coordonne les différentes activités mise en œuvre dans le cadre des activités programmatiques soutenus par la Fondation à savoir: Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME), Prise en charge (ARV), laboratoire, pharmacie, activités communautaires, activités en faveur des orphelins et enfants rendus vulnérables dû fait du VIH, abstinence et fidélité, conseil dépistage, co-infection tuberculose et VIH, information stratégique et renforcement des capacités du système national de santé.

Pour la PTME, cette direction veille à la mise en œuvre des initiatives de la Fondation en faveur des familles aux travers des actions suivantes :

- Améliorer l'accès aux services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) ;
 - Augmenter le nombre de structures de santé mettant en œuvre les activités de PTME
 - Renforcer la qualité des services PTME
 - Proposer systématiquement le test de dépistage à toutes femmes enceintes fréquentant les structures de santé
 - Réaliser à toutes femmes enceintes séropositives un bilan d'éligibilité VIH
 - Assurer l'accès aux médicaments anti rétroviraux et le suivi de toutes les femmes enceintes séropositives ainsi qu'à leurs nouveaux nés
 - Assurer le dépistage précoce des enfants nés de mère séropositive au VIH
 - Renforcer les capacités des prestataires de santé impliqués dans les activités de PTME
 - Renforcer les capacités des structures de santé impliquées dans la mise en œuvre de la PTME
 - Assurer en coordination avec les équipes cadre de district les supervisions et les visites d'assistance technique régulières aux prestataires des sites PTME
 - Apporter un appui technique et financier au Ministère de la Santé au travers du Programme National de prise en charge des PVVIH (PNPEC)

- Améliorer l'accès aux soins et aux traitements des enfants et des familles, y compris la thérapie antirétrovirale (ARV) ;
- Associer les services PTME aux soins et traitements afin de procurer un continuum de soins ;
- Rechercher et identifier de meilleures technologies et interventions en terme de PTME, de soins et de traitement ;
- Documenter des modèles reproductibles en matière de PTME, de soins et de traitement, et
- Former les directeurs de recherche et de programmes à renforcer tous les points précédents.

III.2 - TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant la période de 2005 à 2009.

Pour mener notre étude, nous allons, dans un premier temps, adopter une étude monographique rétrospective suivie d'une analyse. Nous ne nous avancerons pas sur le chemin de la logique comparative étant donné que chaque partenaire technique et financier adopte une méthode qui lui est propre et qu'il n'y a pas de mécanisme standard de financement. Nous décrirons donc le processus décisionnel (processus cyclique) qui part de la programmation au suivi en passant par la planification des activités de PTME par EGPAF, en nous appuyant sur des guides d'entretien administrés aux différentes entités qui composent le dispositif de financement d'EGPAF. Pour éviter tout biais (personnel, institutionnel), nous allons recourir à une analyse documentaire avec pour base des documents officiels (qui ne peuvent être contestés).

Dans un deuxième temps, nous procéderons à une analyse économique axée sur l'efficacité du financement accordé par EGPAF à ces partenaires de mise en œuvre (PMO).

III.3 – DEFINITION DES VARIABLES DE L'ETUDE

Les variables de notre étude sont les sources de financement, les agents de financements, les prestataires de soins PTME, les modalités de paiements, la performance et l'efficacité.

- **Les sources de financements**

Elles désignent la partie du dispositif de financement qui va de l'agent de financement primaire à l'agent de financement ultime des prestataires. L'étude des sources de financement décrit la façon dont les financeurs ultimes se sont procurés les ressources qu'ils allouent aux prestataires. Autrement dit, ce sont les entités par lesquelles passent les acquéreurs, les prestataires de services d'intermédiation financiers ou les agents payeurs, pour financer les services liés aux soins de santé.

- **Les agents de financement**

Les agents de financement sont ceux qui sont chargés de mobiliser des ressources financières auprès des différentes sources de financement et de les transférer pour acheter ou payer des soins de santé ou d'autres services ou biens. On pourrait parler d'agents de financement ultimes puisqu'ils financent directement les prestataires de soins de santé.

- **Les prestataires de soins de santé**

Ce sont les destinataires ultimes du financement. Ils sont le plus souvent regroupés selon leur statut et le type de soins qu'ils fournissent. On prend aussi en compte, dans ce groupe, des prestataires d'activités « connexes » qui n'ont d'utilité que parce que les activités des prestataires de soins existent. Il en est ainsi de la recherche et de l'enseignement médical.

- **Les modalités de paiement**

Les modalités de paiement des prestataires désignent les relations qui s'établissent entre les agents de financement et les prestataires. On distingue trois catégories de modalités de paiement : la subvention (appui direct), le remboursement des coûts (cost reimbursement) et le financement basé sur la performance (PBF) assimilé à la tarification.

- **Le dispositif de financement des soins**

Le dispositif de financement des soins comprend les agents de financement, l'opération de financement et les prestataires. Décrire le dispositif de financement revient à

identifier les agents de financement et les opérations par lesquelles ils allouent des ressources aux prestataires.

- La performance

Dans notre contexte, nous dirons que la stratégie de financement est performante lorsqu'elle assure, au moindre coût, un financement fiable aux prestataires de soins.

La stratégie utilisée par la Fondation comprend la source de financement, l'agent de financement et les prestataires de soins. Evaluer toute la stratégie reviendrait à évaluer chacune de ses composantes selon les critères qui leur sont propres. Pour la source de financement, il s'agira d'analyser sa fiabilité, sa neutralité et l'équité contributive. Quant à l'agent de financement, sa performance se mesure à sa fiabilité et à son efficience. Pour le troisième élément de ce dispositif, il faudra vérifier son efficience allocative.

- L'efficacité

L'efficacité qualifie la capacité d'une personne, d'un groupe ou d'un système à parvenir à ses fins, à ses objectifs ou à ceux qui lui sont fixés. Etre efficace revient à produire à l'échéance prévue les résultats escomptés et réaliser les objectifs fixés. Ces objectifs peuvent être définis en termes de quantité, de qualité, de rapidité, de coût et de rentabilité.

III.4 – TECHNIQUES DE RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES

La réalisation de la présente étude a nécessité plusieurs techniques pour recueillir les informations et données qui ont été traitées à l'aide de l'outil informatique.

III.4.1 – Techniques de recueil des données

Pour le recueil des données, nous nous appuyés sur la recherche documentaire et les entretiens.

III.4.1.1 – Recherche documentaire

Il s'est agi dans la recherche documentaire de passer en revue les documents relatifs à la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire d'une façon générale en insistant sur les interventions de prévention de la transmission de l'infection de la mère à son enfant de

l'infection à VIH (PTME). Nous avons également pris connaissance avec les documents retraçant le programme et les activités PTME d'Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation.

III.4.1.2 – Entretiens

Nous avons réalisé des interviews avec d'une part des personnes ressources qui travaillent à la Fondation, notamment le directeur des programmes, le conseiller technique PTME et prise en charge pédiatrique, le chargé de suivi programmatique des partenariats (Program Grant Liaison Officer - PGLO -), le responsable des partenariats (Grants), le responsable du budget et des finances et d'autre part les responsables de certains centres de santé et organisations non gouvernementales (ONG) qui bénéficient du soutien technique et financier d'EGPAF.

Nous nous sommes également rendus d'une part à la DIPE (Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation) pour confronter les résultats que nous a fournis la Fondation avec ceux de la partie nationale. D'autre part, nous avons échangé avec le PNPEC pour en savoir davantage sur le rôle joué par le Ministère de la santé dans le cadre de la coordination des activités de lutte contre le VIH/sida.

III.4.2 – Traitement des données

Le tableur Excel nous a permis de sortir des tableaux et des graphiques à partir des données que nous avons recueillies.

III.4.3 – Limites de l'étude

Notre étude présente des limites. En effet, dans un premier temps, nous avons eu des difficultés à accéder aux données financières jugées très sensibles. Lorsqu'elles nous ont été remises, les données relatives à la PTME n'étaient pas détaillées. Dans un second temps, par manque de moyens financiers, nous avons été obligés de nous cantonner au sous bureau EGPAF d'Abidjan. Par ailleurs, nous voulons rappeler que nous écrivions ce mémoire alors que notre pays la Côte d'Ivoire traversait une autre grave crise qui découlait de la contestation des résultats des élections présidentielles. Cette crise a fortement perturbé notre mode de travail en ce sens qu'elle ne nous a pas permis de nous rendre dans le maximum de centres de santé soutenus par la Fondation dans la zone d'Abidjan pour l'interview de leurs responsables.

Chapitre IV : RESULTATS, DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Ce chapitre présentera les résultats, la discussion et les recommandations de notre étude.

IV.1 – RESULTATS DE L'ETUDE

Pour la présentation des résultats, nous allons successivement évoquer la coordination de la mise en œuvre des activités, le cycle de planification, le budget, le mode de sélection des partenaires de mise en œuvre (PMO) et l'appréciation que ces PMO ont vis-à-vis des financements qu'ils reçoivent.

IV.1.1 – La coordination de la mise en œuvre des activités

Au début de la riposte contre le VIH/sida, les partenaires techniques comme EGPAF s'installaient là où elles le voulaient dans le pays, autrement dit, chacun s'organisait en fonction des objectifs qu'il voulait atteindre. Cependant, depuis quasiment dix (10) ans, le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), à travers le Programme National de Prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PNPEC), assigne des zones à chacun de ses partenaires pour une meilleure visibilité des actions sur le terrain. Ainsi, dans la majorité des cas, on trouvera un partenaire par district sanitaire. Le PNPEC qui coordonne l'ensemble des activités VIH/sida encourage même les partenaires à céder les quelques (rares) sites qu'ils auraient dans un district à une autre partenaire qui y serait le plus présent en termes de nombre de sites soutenus.

Les financements reçus par la Fondation sont exclusivement destinés à la lutte contre le VIH/sida. Selon les termes du partenariat qui lie l'Etat de Côte d'Ivoire à EGPAF, Il était impossible pour la Fondation de mener des activités autres que celles contenues dans le plan stratégique du Ministère de la santé, étant donné que certaines dispositions de cet accord insistaient sur la contribution de la Fondation au renforcement du système de santé ivoirien.

La mise en œuvre de cette lutte par la Fondation requiert plusieurs acteurs (PEPFAR, EGPAF, PNPEC, Districts et prestataires). Les interactions entre ces acteurs sont dynamiques et soutenues par un dialogue permanent. En effet, depuis la conception du COP jusqu'à son exécution, la Fondation échangent ses points de vue avec le Ministère de la santé à travers le PNPEC et les districts ainsi qu'avec les prestataires.

En vue d'atteindre ses objectifs, à savoir toucher le plus grand nombre de bénéficiaires, la Fondation a décidé d'adopter 'l'approche district'. Cette approche a été conçue et mise en œuvre pour améliorer l'efficacité et assurer la pérennisation du passage à l'échelle des services de prévention et prise en charge du VIH/sida du secteur santé. Cette stratégie permet le renforcement des capacités et l'appropriation des activités VIH/sida par les districts sanitaires. Mieux, l'approche district vise à donner au district le leadership de tout le cycle de planification et de mise en œuvre, allant de l'analyse situationnelle à l'évaluation.

En optant pour l'approche district, la Fondation d'un commun accord avec le district, identifie les sites à ouvrir et/ou à soutenir ainsi que la planification de la mise en œuvre des activités. Dans ce cadre, les districts identifient leurs besoins en renforcement des capacités (humaines et matérielles). EGPAF, juge avec le PNPEC de l'opportunité de la demande exprimée et y fait face selon ses possibilités financières. A titre d'exemple, la Fondation a, dans de nombreux districts qu'elle soutient, accédé au désir de former les formateurs régionaux, exprimé par les districts. Ceci sous la houlette du PNPEC. Cette stratégie visait à favoriser la formation en cascade des prestataires de santé en réduisant les coûts afférant à la formation. EGPAF a aussi équipé les districts en matériels informatiques (ordinateurs, téléphone, Internet) et roulants (motos) pour faciliter la collectes des données et l'acheminement des prélèvements des sites vers le district ou vers les centres de références. Il faut noter que pour les motos, pendant la durée du partenariat, les charges d'entretien (hormis le carburant) sont assurées par la Fondation puisqu'elle est copropriétaire avec le bailleur. Au-delà des rapports annuels d'activités qu'il reçoit d'EGPAF, le PNPEC effectue des supervisions et des évaluations des activités menées dans le cadre du partenariat.

Le choix des prestataires (ONG, structures de santé) se fait selon les objectifs de la Fondation et leur situation géographique par rapport au district. Les prestataires sont sollicités pour faire face à des problèmes précis. La Fondation s'efforce de mettre à leur disposition les moyens nécessaires selon l'enveloppe dont elle dispose. Cette collaboration s'appuie sur un contrat dans lequel les prestataires s'engagent, en contrepartie de l'appui technique et/ou financier reçu de la Fondation, à offrir des soins de qualité, à être réactifs aux attentes des patients, aux innovations médicales et organisationnelles. En retour, ils escomptent avoir des bénéfices en termes

d'amélioration de leur capacité technique (équipements et le renforcement des capacités de leurs agents de santé), la rémunération suite aux services offerts aux femmes et à leurs enfants, amélioration de leur système de gestion.

IV.1.2 – Le cycle de planification

La planification est essentiellement un instrument de gestion qui permet aux responsables de prendre des décisions sur une base plus rationnelle pour l'administration chargée de répartir des ressources limitées. C'est un outil d'aide à la décision qui vise, par concertation des acteurs concernés, à prévoir des ressources et des services requis pour atteindre des objectifs déterminés, selon un ordre de priorité établi, permettant ainsi le choix d'une solution préférable parmi plusieurs alternatives.

A Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation (EGPAF), c'est la direction des programmes qui a à charge la planification des activités à travers la conception du plan d'action annuel ou Country Operating Plan (COP). Le processus de planification est participatif avec le directeur des programmes, les conseillers techniques et les responsables des sous-bureaux.

La conception de ce plan d'action est un long processus qui commence par la soumission par le bureau pays du COP au bailleur (ici, le Siège de la Fondation au Etats-Unis) pour approbation. Ce document comprend les grandes lignes des actions à mener au cours de l'année. Notamment, le nombre de sites à ouvrir et/ou à soutenir au cours de l'année programmatique. Ce nombre est déterminé de commun accord, après discussion, entre EGPAF et le CDC, son bailleur. De façon générale, ces objectifs s'alignent sur ceux de la partie nationale consignés dans le plan stratégique national de lutte contre le sida.

Le COP est suivi par une proposition détaillée des stratégies à mettre en œuvre pour atteindre les résultats visés. Le plan d'action budgétisé caractérise la fin du processus. Il décrit les activités aussi bien par zones que par services.

Les différents outils de planification dont dispose EGPAF sont donc :

- le plan d'action annuel ou COP ;
- le plan d'action détaillé ;
- le plan d'action budgétisé ;
- le plan d'action des sous-bureaux ;
- le plan d'action des départements transversaux (Pharmacie, Laboratoire, etc.)

De façon pratique, c'est le directeur des programmes qui est l'ordonnateur. Mais les activités sont exécutées suivant le calendrier prédéfini et ce par zone et par service, conformément aux termes de référence (TDR).

Lors de sa rédaction, le plan d'action annuel tient compte le plan stratégique national. Il s'aligne sur les politiques et les stratégies nationales en matière de PTME et de prise en charge des PVVIH. En effet, nous pouvons noter à titre d'exemple que les documents de formations des agents de santé sont nationaux, les formations sont faites par des formateurs nationaux. Mieux, EGPAF n'emploie pas d'agents de santé pour prodiguer de soins aux patients. Il s'appuie sur ceux dont dispose le système de santé ivoirien. Le COP est même soumis au Programme National de Prise en Charge des personnes vivant avec les VIH (PNPEC), une structure gouvernementale, pour d'éventuelles remarques. L'ensemble du processus d'élaboration et d'adoption du COP est décrit dans la *figure 5* ci-dessous.

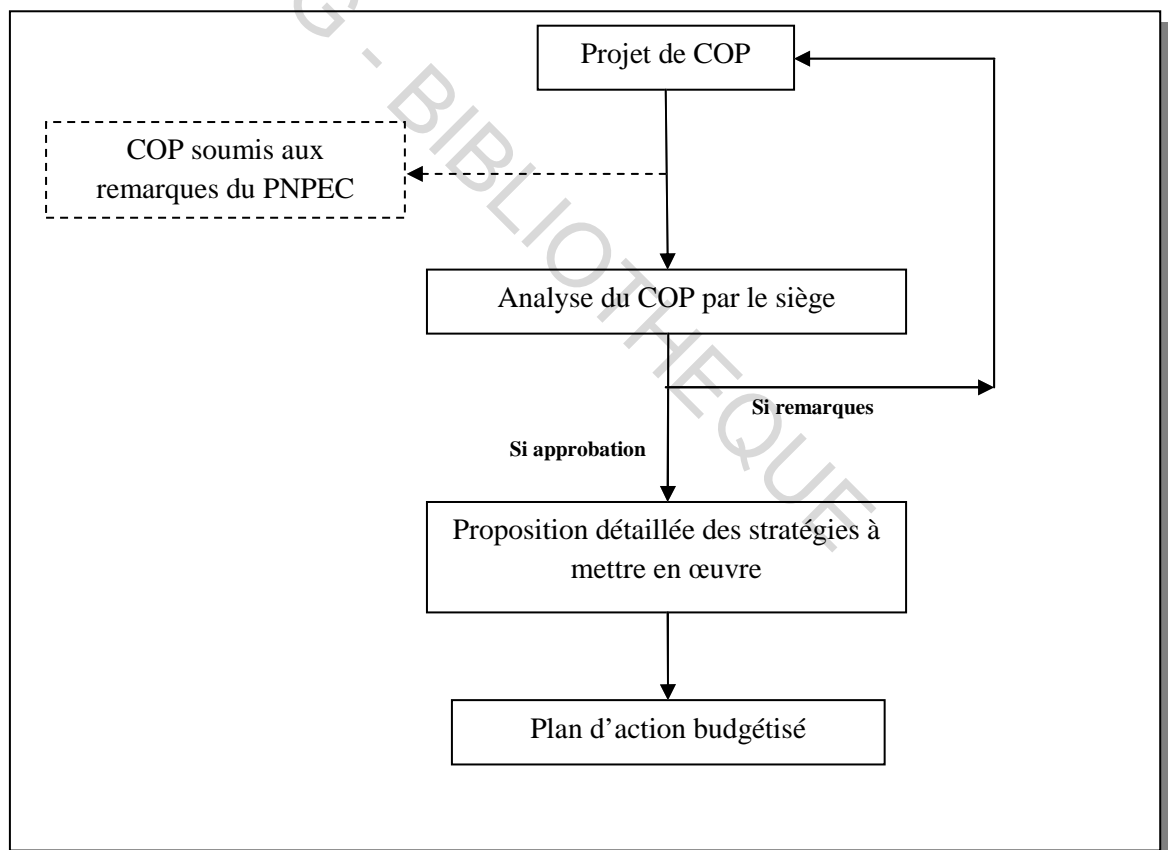


Figure 5: Processus d'élaboration et d'adoption du COP

Source : Nous-mêmes

Dans la pratique, généralement, l'année programmatique débute le 1^{er} mars de l'année en cours pour finir à la fin du mois de février de l'année suivante. Pour le suivi de l'exécution du plan d'action annuel, des réunions périodiques se tiennent à divers niveaux hiérarchiques. A cet effet, les sous-bureaux se réunissent de façon hebdomadaire pour évaluer le travail effectué et relever les difficultés dans la mise en œuvre des activités en cours. Les réunions mensuelles quant à elles regroupent tous les responsables des sous-bureaux et celui du bureau pays à travers une conférence téléphonique. Il s'agira pour eux de faire le point des activités programmées au cours du mois et aussi relever les problèmes auxquels ils sont confrontés. Chaque trimestre, une réunion permet de faire l'analyse des résultats, de l'état d'avancement des activités et l'analyse des données structurelles. Les réunions bilans se tiennent deux fois l'année (chaque six mois) pour faire l'évaluation du plan d'action annuel. Ces réunions bilans se déroulent sous forme de retraite, sont planifiées et budgétisées. D'où l'impérieuse nécessité de produire des rapports qui comprennent des recommandations pour le bon déroulement des activités. A côté de toutes ces réunions, des équipes vont sur le terrain (site) une fois par mois pour voir ce qui est fait et prodiguer des conseils, le cas échéant.

IV.1.3 – Le budget

Une fois le plan d'action annuel conçu par le programme, il fait l'objet de négociation avec le bailleur. Il s'agira, pour les deux parties, de déterminer des indicateurs (cf. Annexe 4) qui serviront de base à l'évaluation en fin de parcours et aussi pour le bailleur de décider, de façon souveraine, du montant qu'il veut allouer à chacune des activités. Une fois les objectifs fixés et les montants alloués par le bailleur, la direction du programme écrit le plan d'action détaillé. C'est sur la base de ce plan d'action détaillé que le budget est élaboré. L'élaboration de ce budget fait appel à des arbitrages afin de se conformer à l'enveloppe budgétaire (dotation globale) fixée par le bailleur. Chaque activité bénéficie d'un code (une ligne budgétaire) et de façon périodique, l'on peut, par activité, savoir quelles sont les sommes dépensées et si possible faire des réajustements. L'année budgétaire démarre le 1^{er} janvier de l'année et est clos le 31 décembre.

IV.1.3.1 – Evolution du budget de la PTME de 2005 à 2009

Au cours de la période allant de 2004 à 2009, le bureau Côte d'Ivoire d'EGPAF a régulièrement reçu de son siège (son bailleur principal) sa dotation pour la mise en œuvre de son COP. Les fonds reçu annuellement n'étaient pas fixes. Ils ont connu diverses fortunes au fil des années comme l'attestent le *Tableau 3* et la *Figure 6* ci-dessous.

Années	2005	2006	2007	2008	2009
Financements en USD	17 623 194	9 781 788	13 838 416	13 304 403	14 229 815

Tableau 3 : Dotations financières reçues par la Fondation de 2005 à 2009

Source : Département du Budget et des Finances, EGPAF Côte d'Ivoire

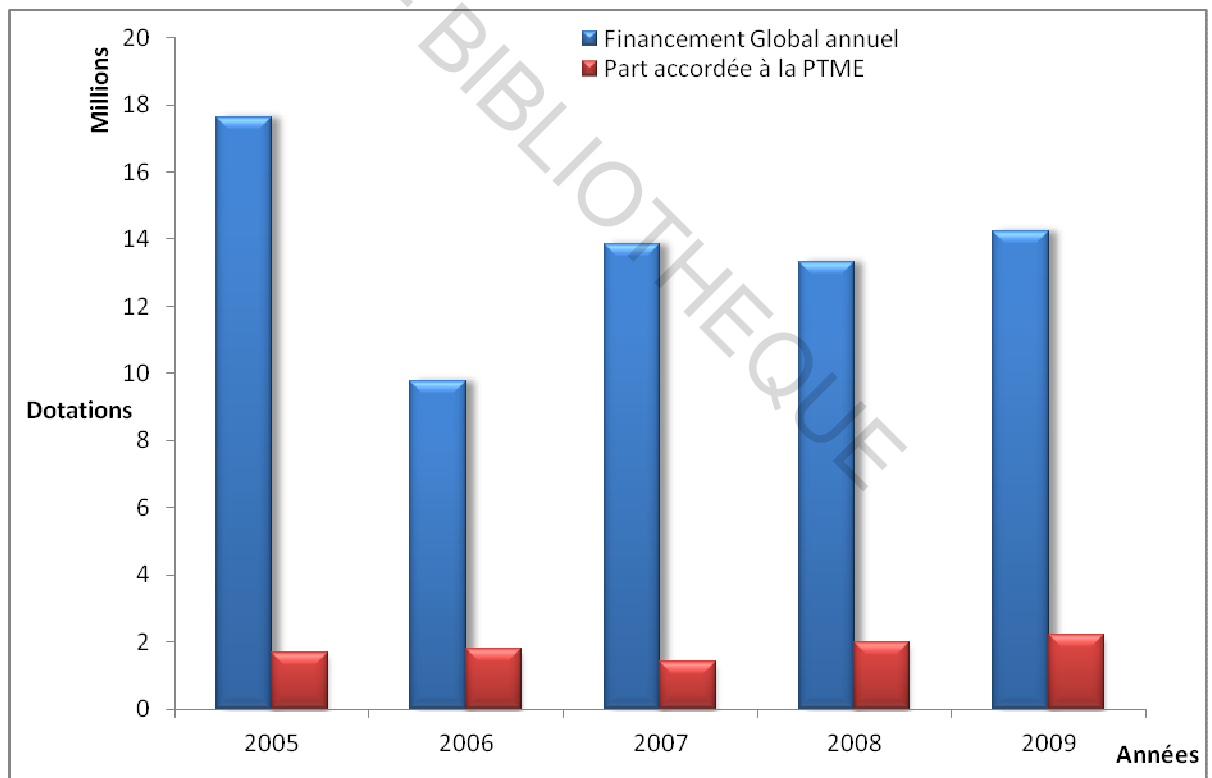


Figure 6 : Evolution des budgets annuels (Dotation globale et Dotation PTME)

Source : Département du Budget et des Finances, EGPAF Côte d'Ivoire

Au cours de la période 2005 – 2009, on a assisté à une variation des fonds reçu par le bureau EGPAF d'Abidjan. La part accordée à la PTME n'est pas constante. La Dotation du programme PTME est passée de 9 à 18% du financement global reçu par la Fondation, de 2005 à 2006. Ces proportions sont de 15 et 16% respectivement pour 2008 et 2009.

Après le lancement des activités de PTME en 2005, EGPAF va, en réponse à la priorité qu'accorde le gouvernement à cette activité, se lancer, en 2006, dans la formation en masse des agents de santé, des agents de santé communautaires aux techniques de la PTME et également dans l'équipement des sites qu'elle soutient. L'accroissement de la proportion de la PTME dans le budget de la Fondation, de 2007 à 2008, s'explique par l'ajout du volet prise en charge pédiatrique avec tout ce que cela implique comme activités pour sa mise en œuvre. Il ne faut également pas oublier qu'au fil des années, le nombre de sites appuyés par la Fondation ne cesse de croître. Ce chiffre a plus que doublé de 2006 à 2008, passant de 74 à 169.

On pourrait donc conclure en disant que la variation des dotations budgétaires est fortement liée à l'action combinée des objectifs à atteindre au cours de l'année tels que déclinés dans le COP et de la crise financière qui a secoué les économies développées dans le courant de l'année 2008.

L'une des particularités des budgets de la Fondation est qu'ils sont tous, toujours exécutés, même s'ils doivent empiéter sur l'exercice suivant. En effet, la Fondation fait auprès de son bailleur une demande de report de budget sur l'année suivante (carry over). Elle établit un plan d'action en lien avec cette somme d'argent (qui reste). Ce plan d'action additionnel permettra soit de mener des activités qui n'ont pu être menées l'exercice d'avant soit de financer de nouvelles activités en lien avec le présent exercice (exemple, l'achat de matériels pour les centres de santé). Ces dépenses sont justifiées.

IV.1.3.2 – Décomposition du budget de 2009

Nous avons décidé de prendre pour exemple le budget de l'année 2009 afin de mieux appréhender la part qui revient à la PTME.

Comme celui de toutes les autres années, le budget 2009 de la Fondation est réparti entre fonctionnement et mise en œuvre des différents programmes. La *Figure 7* nous donne un aperçu de cette répartition du budget pour l'exercice 2009.

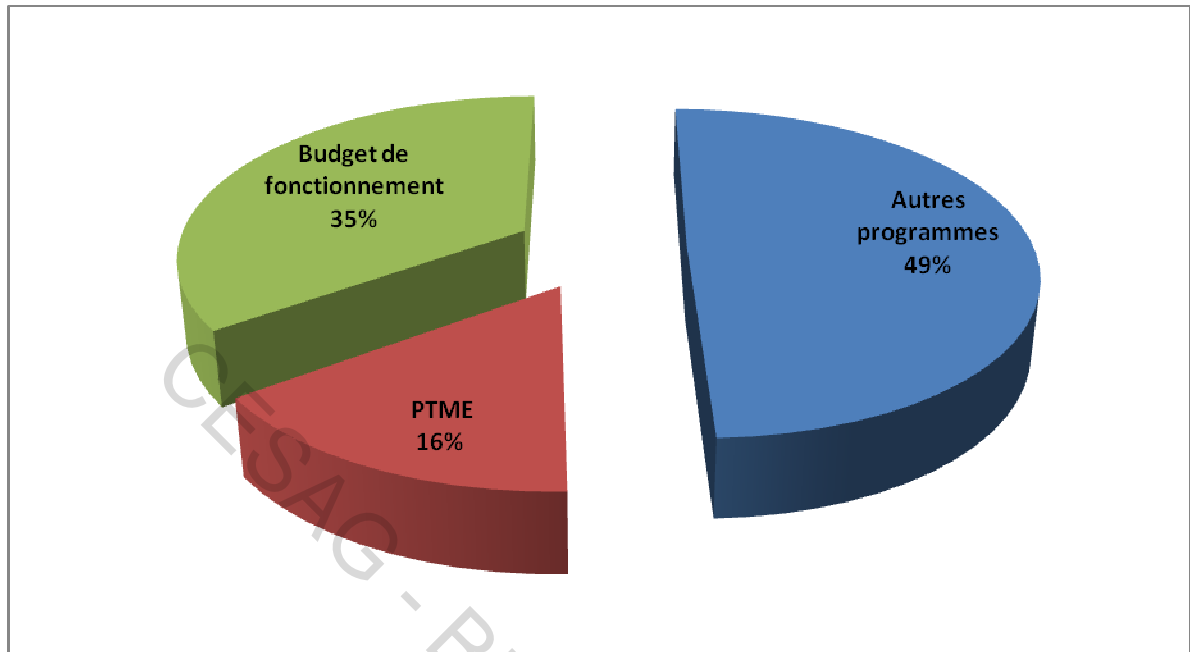


Figure 7: Décomposition du budget de l'année 2009

Source : Département du Budget et des Finances, EGPAF Côte d'Ivoire

En 2009, plus du tiers (35%) du budget de la Fondation est destiné à assurer son fonctionnement (salaire du personnel non programmatique, charges fixes, etc.). L'ensemble des programmes bénéficie de 65% de la dotation globale de la Fondation, à raison de 16% pour la PTME et 49% pour les autres programmes s'accaparent. Pour l'année 2009, la PTME a obtenu 24% du budget destiné à l'ensemble des programmes.

IV.1.4 – Mode de sélection des prestataires (Partenaires de mise en œuvre)

Pour atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés, la Fondation s'attache les services prestataires souvent appelés partenaires de mise en œuvre (PMO).

Dans notre contexte, les prestataires ou PMO sont toutes les entités (publique, privées, organisations à base communautaire et organisations non gouvernementales locales) qui fournissent une ou plusieurs interventions ou activités dans la cadre de la PTME. Ce sont les destinataires ultimes du financement. Ce groupe comprend également les

CESAG Dakar Sénégal/Mémoire de DESS en Economie de la Santé/M. ASSOGBA Ayédéso Roland **53**

prestataires d'activités qui n'ont d'utilité que parce que les activités des prestataires de soins existent. Il en est ainsi de la recherche et de l'enseignement médical. Ces activités sanitaires sont dites « connexes ».

Le choix de ces PMO fait l'objet d'une procédure. Les interviews que nous avons réalisées auprès des responsables d'EGPAF visaient deux objectifs : il s'agissait dans un premier temps de voir si ces responsables connaissaient tous la procédure de sélection, et dans un second temps de savoir les conditions à remplir par ces PMO pour être retenu.

IV1.1.4.1 – Connaissance de la procédure de sélection

Après les différents entretiens que nous avons eu avec les responsables (Directeur des programmes, chargé de suivi programmatique des partenariats, chargé des partenariats, Conseiller technique PTME et Prise en charge pédiatrique) de la Fondation, le constat qui se dégage est leur parfaite maîtrise de la procédure de sélection des PMO. En effet, c'est avec des détails et des documents à l'appui qu'ils nous ont expliqué le mécanisme et les critères qui président à la sélection des PMO. Ils nous ont également parlé des difficultés rencontrées par ces PMO, la nature des financements octroyés, les méthodes d'incitation des prestataires, et les méthodes d'évaluation de ces PMO.

IV.1.4.2 – Critères de sélection des PMO

Le choix des PMO (sites sous PBF, organisations non gouvernementales) diffère que l'on soit dans le cas d'une structure publique ou d'une structure privée (Centre de santé communautaire, confessionnel, ou ONG). En effet, la Fondation, dans ses attributions, doit appuyer la partie nationale dans la mise en œuvre de sa politique de PTME. Dans ce sens, des appuis (formations du personnel soignant, fournitures de médicaments, d'équipements biomédicaux, ...) réguliers sont apportés aux directions départementales de la santé (districts sanitaires) des zones qu'elle couvre. Ainsi, la Fondation d'un commun accord avec le district, identifie les sites à ouvrir et/ou à soutenir ainsi que la planification de la mise en œuvre des activités.

De nos interviews, il ressort que le choix des PMO (sites sous PBF, organisations non gouvernementales) se fait selon les objectifs de la Fondation et leur situation géographique par rapport au district. La procédure de désignation reste l'appel à manifestation d'intérêt, même s'il arrive parfois que sur recommandation du bailleur (le

CDC notamment) certains PMO soient retenus d'office, à l'exemple de l'ONG Femmes Actives de Côte d'Ivoire au vu du travail qu'elle a précédemment abattu sur le terrain.

Le comité chargé d'analyser les dossiers soumis à l'appel d'offres est composé :

- d'un représentant du bailleur (CDC),
- deux personnes extérieures (généralement membres de la confédération des organisations de lutte contre le VIH),
- un représentant d'EGPAF.

IV.1.4.3 – Nature du financement

Le mode de financement (paiement) des prestations diffère suivant le caractère public ou privé du prestataire de soins PTME même si invariablement toutes ces structures bénéficient de l'assistance technique des agents d'EGPAF et du renforcement de capacités de leurs agents à travers des formations organisées et financées par la Fondation sur la PTME et sur quelques outils de gestion.

De façon générale, les structures publiques ne reçoivent pas de financement direct. Elles bénéficient d'un appui. En effet, le district exprime ses besoins (matériels médicaux, appui technique, meubles de bureau, équipement de laboratoire, matériel informatique, médicaments (ARV), ...) à travers des termes de référence (TDR) qu'il soumet à la Fondation. Celle-ci examine l'opportunité de la demande exprimée et prend en charge les dépenses au regard de son enveloppe budgétaire.

Quant aux structures de santé sous PBF et les ONG, elles bénéficient d'un financement direct. Elles reçoivent des subventions au prorata des services délivrés. En effet, des indicateurs ont été définis par la Fondation, au regard desquels ces différentes structures et organisations sont évaluées. Le renouvellement du contrat, pour l'année suivante, entre la Fondation et ces structures n'est pas automatique. Il dépend fortement des résultats que celles-ci auront obtenus après les différentes évaluations.

Selon les responsables interrogés, les différents modes de paiements incitent les différents prestataires de soins PTME à la performance, au regard des résultats qu'ils fournissent et qui sont dans l'ensemble satisfaisants, parce qu'il constate une augmentation quantitative et qualitative des services offerts aux mères infectées et à leurs enfants.

Des partenariats sont aussi tissés en fonction de la vision de la Fondation. A ce sujet, il faut noter les structures de formation de base (INFS, INFAS, UFR Médecine, UFR Pharmacie) bénéficient de l'appui de la Fondation afin d'intégrer dans les curricula de formation la prise en charge des PVVIH.

IV.1.5 – Appréciation du financement par les partenaires de mise en œuvre

Les entretiens que nous avons eus avec les structures sanitaires (publiques et privées) et les organisations non gouvernementales soutenues par la Fondation avaient pour objectif principal de connaître leur appréciation du partenariat qui les liait à EGPAF. Dans un premier temps, nous avons recueilli leurs points de vue sur le mode de sélection et les types de financements dont ils bénéficient afin de vérifier s'il concordait avec ce que les responsables interrogés d'EGPAF nous avaient confié. Par la suite, nous nous sommes intéressés à leur degré d'indépendance vis-à-vis de la Fondation.

IV.1.5.1 – Mode de sélection et types de financements reçus

Des interviews ont été menées auprès des responsables (directeurs, gestionnaires, points focaux PTME) de certaines structures sanitaires bénéficiant des financements de la Fondation.

IV.1.5.1.1 Mode de sélection

Des résultats de nos interviews, il ressort que les responsables des structures sanitaires publiques ont reconnu que leurs établissements bénéficient de l'appui de la Fondation grâce à la convention qui lie EGPAF à l'Etat de Côte d'Ivoire.

Les autres (centres de santé communautaire, confessionnel, ou ONG) reconnaissent qu'ils ont été retenus à la suite de la sélection de leur dossier lors d'une procédure d'appel à manifestation d'intérêts lancée par la Fondation.

IV.1.5.1.2 Mode de paiement

Il est ressorti des interviews que le mode de financement (paiement) différait suivant le caractère public, privé ou communautaire du prestataire qui offrait des soins PTME, même si tous, ils bénéficient de l'assistance technique des agents d'EGPAF et du renforcement de capacités de leurs agents à travers des formations organisées et financées par la Fondation sur la PTME et sur quelques outils de gestion.

Généralement, les structures publiques bénéficient de subventions en nature. Il s'agit des dons de matériels médicaux, de l'appui technique, meubles de bureau, équipement de laboratoire, matériel informatique, médicaments (ARV), ...

Les autres structures qu'elles soient privées ou communautaires et les ONG sont sous PBF ou souvent sous le régime du cost reimbursement (remboursement des coûts). Elles reçoivent des subventions au prorata des services délivrés. Des indicateurs ont été définis par la Fondation, au regard desquels ces différentes structures et organisations sont évaluées. Le renouvellement du contrat dépend fortement des résultats que ces structures auront obtenus après les différentes évaluations.

Certaines de ces structures sanitaires privées et organisations non gouvernementales reconnaissent avoir également reçu d'EGPAF du matériel informatique, du matériel de bureau, ...

IV.1.5.2 – Dépendance vis-à-vis de la Fondation

Lors de nos interviews, nous avons pu noter que la durée de la collaboration entre EGPAF et ses partenaires de mise en œuvre variait de un à quatre ans. Pour la plupart, la Fondation demeure leur partenaire majoritaire à plus de 70% si ce n'est l'unique en soins PTME. Ce qui les expose à une forte dépendance vis-à-vis de la Fondation. Ces organisations se trouveront en difficulté dès lors que le financement s'interrompt ou s'il y a des retards dans les décaissements de fonds car il y a peu de chance que dans le contexte actuelle des structures appuyées par EGPAF, qu'une unique source de financement soit suffisamment fiable sur le long terme.

IV.1.5.3 – Quelques difficultés

Certains responsables, notamment ceux des structures et organisations sous le régime du Cost reimbursement, ont toutefois reconnu rencontrer quelques difficultés dans la collaboration avec EGPAF au niveau du mode de paiement. En effet, les retards de décaissement ont des incidences aussi bien financières (variation du taux de change) que sur les activités (démotivation de leur personnel). Ces retards ont un impact négatif sur la capacité des structures à planifier des activités de manière effective. Ils peuvent aller jusqu'à entraîner l'arrêt de l'exécution des activités sur le terrain et la mise en situation inquiétante des patients.

Pour d'autres encore de ces responsables, les indicateurs ne sont pas clairement/bien compris et perçus par tous, ce qui a une incidence sur la qualité des données et de surcroît, il n'y a pas de feedback automatique des rapports d'activités.

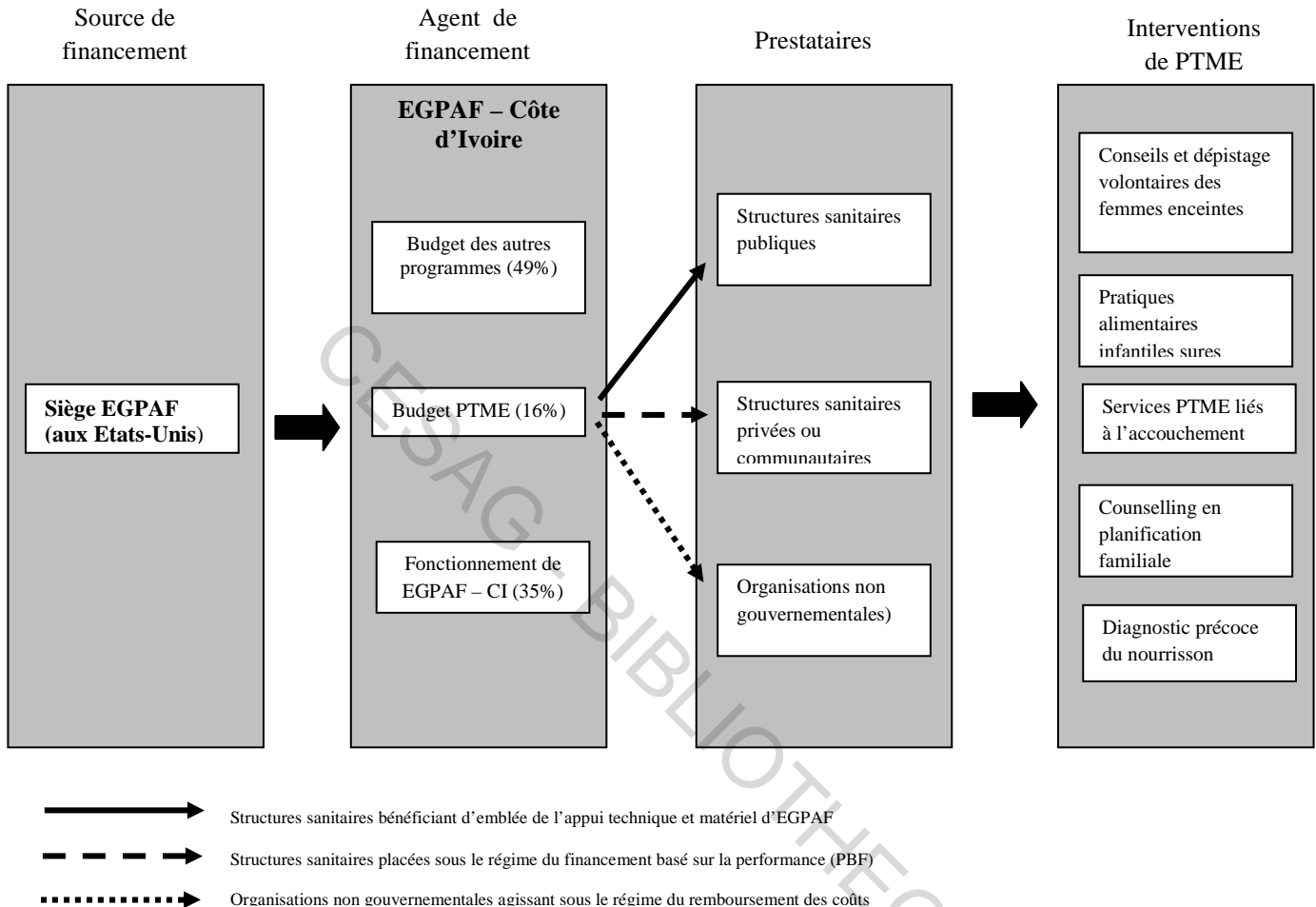


Figure 8: Flux de financement de la PTME en 2009

Source : Nous-mêmes

IV.1.5.4 – Résultats PTME réalisés par EGPAF

Depuis son installation en Côte d'Ivoire en 2004, la Fondation, dans le cadre de la PTME a entrepris d'ouvrir des sites PTME et d'offrir un paquet d'activité offert.

Les résultats sont consignés dans les graphiques ci-dessous.

IV.1.5.4.1 – Evolution de l'ouverture des sites PTME

Le nombre de sites PTME soutenus par EGPAF n'a cessé de croître progressivement depuis 2005. En effet, de 38 sites en 2005, le nombre de site bénéficiant du soutien de la Fondation est passé à 115 en 2007 et 169 en 2008. À la fin de l'année 2009, ce sont 260 sites PTME qui sont appuyés par la Fondation.

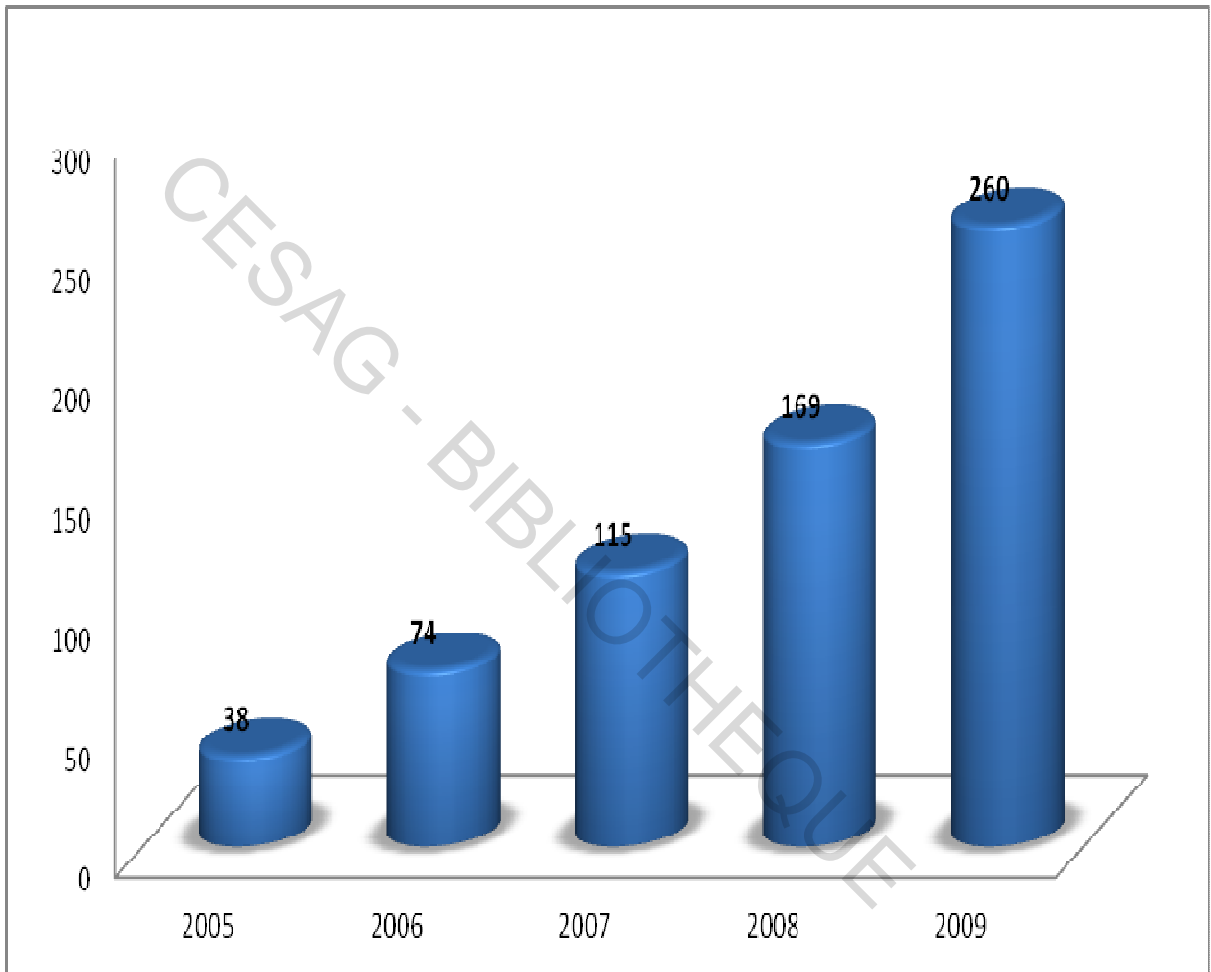


Figure 9: Evolution de nombre de sites soutenus par EGPAF

Source : Nous-mêmes à partir des données fournies par EGPAF

IV.1.5.4.2 – Résultats de la PTME depuis 2005

Le nombre de femmes enceintes reçues en consultation prénatale (CPN) a quasiment triplé de 2005 à 2006, passant de 32439 à 97067. Ce nombre ne cessera de croître. Ainsi, il sera de 114584 en 2007, 129575 en 2008 et atteindra 186349 en 2009.

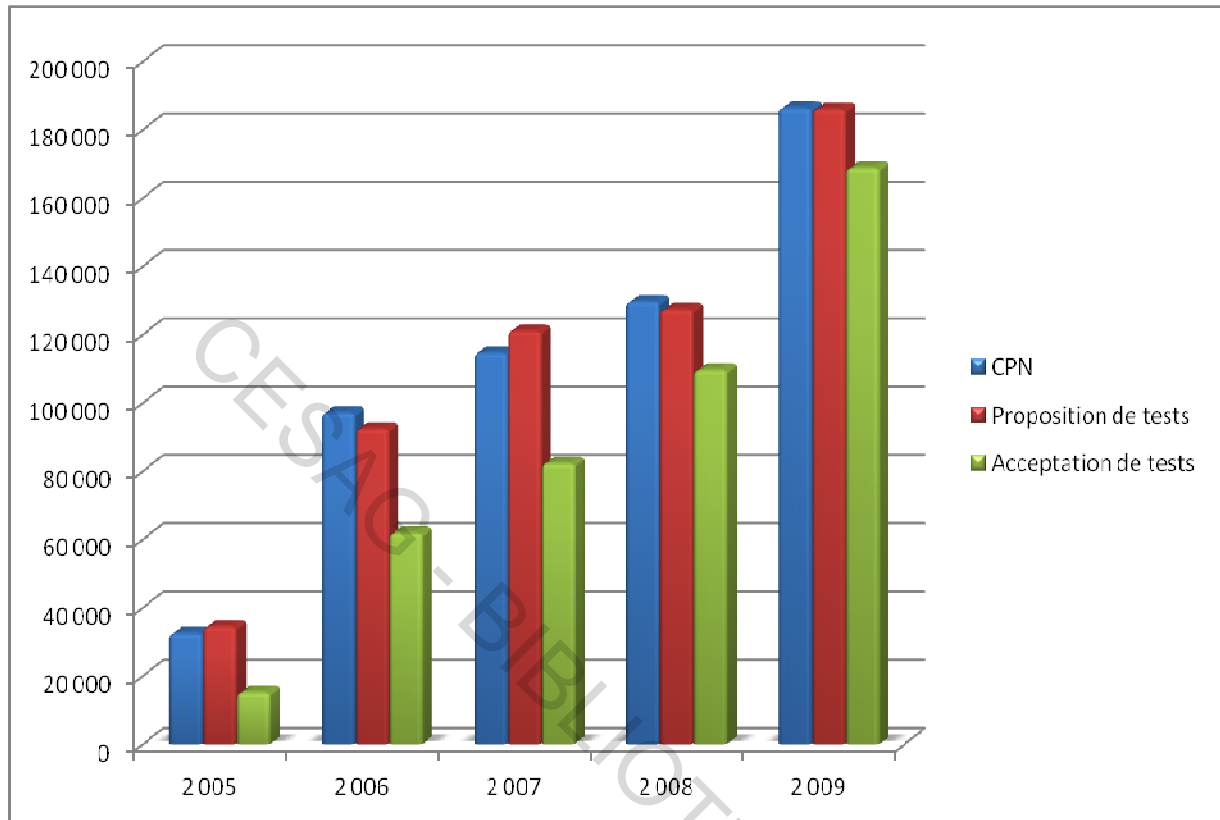


Figure 10 : Evolution des résultats de PTME obtenus

Source : Nous-mêmes à partir des données fournies par EGPAF

De façon générale, depuis 2005, plus de 90% des femmes enceintes consultées se voient proposer le test de dépistage au VIH. En 2005, des femmes à qui on a préposé le test de dépistage en CPN, seulement 44% ont accepté de le faire.

Cette proportion est passée à 67% en 2006, 86% en 2008 pour atteindre 91% en 2009.

Ces résultats sont le fait d'une synergie d'action entre les agents de santé qui ont introduit le Conseil Dépistage à l'Initiative du Prestataire (CDIP) dans leur pratique et les agents communautaires qui ont accru les sensibilisations de masse. Il ne faut surtout pas oublier l'impact qu'a eu l'intégration progressive de la PTME dans les services de santé maternelle, néonatale, juvénile et les services de santé sexuelle et reproductive.

IV.1.5.4.3 – Résultats de la PTME depuis 2005

Des femmes enceintes dépistées positives au VIH, en général, plus de 75% sont mises sous ARV (prophylaxie et traitement).

Quant aux enfants nés de mères séropositives au VIH, leur nombre est passé de 760 à 4291 de 2005 à 2009 avec un énorme bond constaté en 2006.

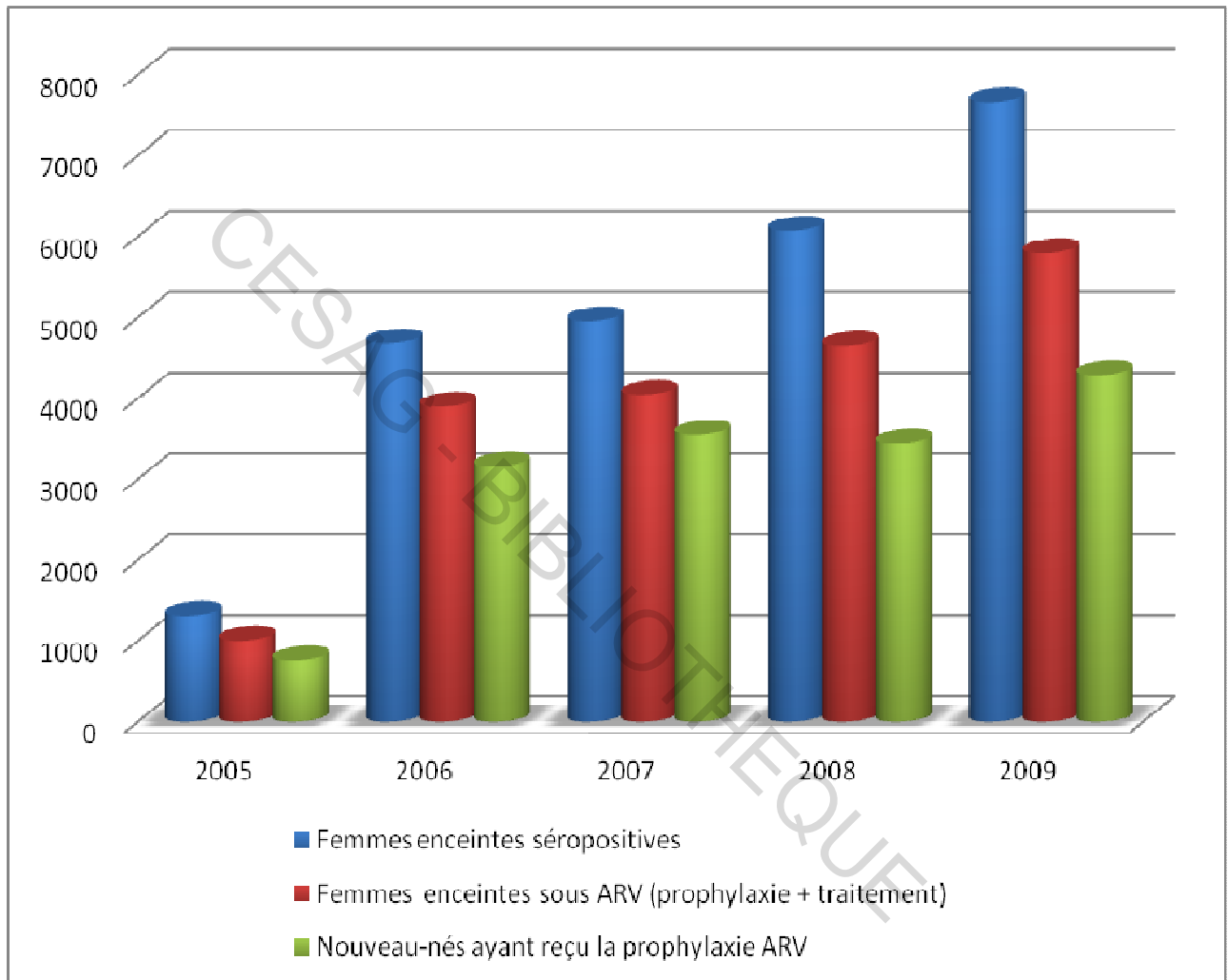


Figure 11 : Evolution du nombre de femmes et de nouveaux ayant reçu la prophylaxie dans les sites PTME soutenus par EGPAF

Source : Nous-mêmes à partir des données fournies par EGPAF

IV.1.5.4.4 – Niveau de Réalisation des activités de PTME depuis 2006

Pour le premier indicateur (nombre de sites PTME à ouvrir au cours de l'année), le taux de réalisation était de 78% en 2006, 87% en 2007, 128% en 2008 et 111% en 2009. En ce qui concerne le deuxième indicateur (nombre de femmes enceintes à conseiller, tester avec rendu de résultat), les taux de réalisation sont passés de 61% en 2007 à 104% en 2009. Ce résultat pourrait s'expliquer par la mauvaise estimation du nombre de femmes enceintes.

Le dernier indicateur concerne le nombre de femmes enceintes dépistées positives à mettre sous prophylaxie. De 86% en 2006, le taux de réalisation qui était de 43% et 55% respectivement en 2007 et 2008 est monté à 90% en 2009.

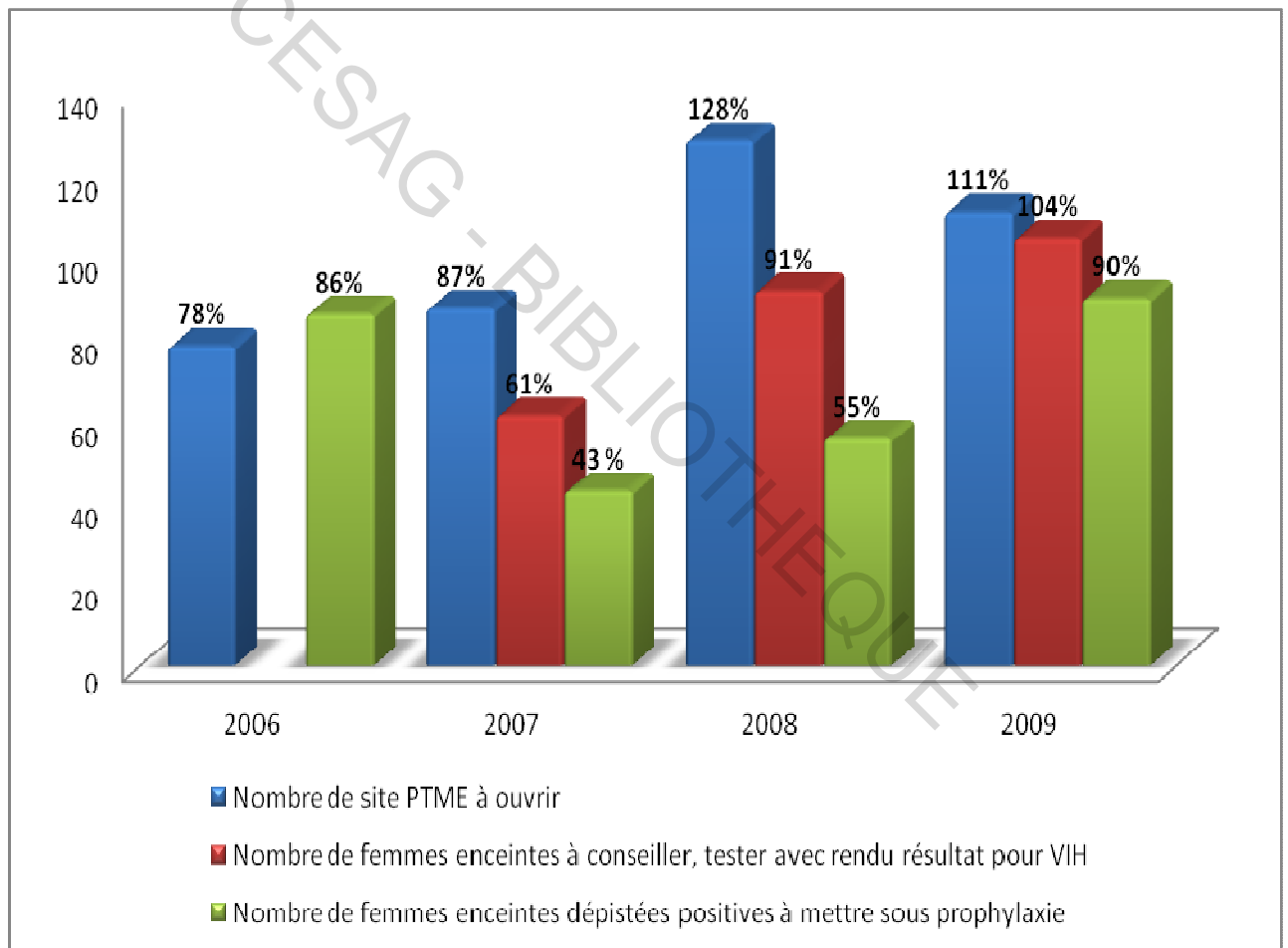


Figure 12 : Evolution du taux de réalisation de certaines activités de PTME

Source : Nous-mêmes à partir des données fournies par EGPAF

IV.1.5.4.5 – Analyse coût/efficacité des activités de PTME

Le ratio coût/efficacité a été obtenu en faisant le rapport du budget annuel alloué à la PTME par le nombre de femmes reçues en CPN au cours de l'exercice.

Cette analyse montre que le ratio coût/efficacité de la prise en charge des femmes enceintes en CPN ne cesse de décroître de 2005 à 2009 en passant de 51 à 12 USD. En effet, les prestataires ont acquis de nouvelles techniques et stratégies de sensibilisation et de conseil pour toucher davantage de femmes enceintes venant à la CPN. Les messages se sont faits plus précis en s'axant sur les bienfaits que ces femmes enceintes et leur enfant à naître tireraient à respecter tous leurs rendez-vous lors de la grossesse et après la naissance du bébé.

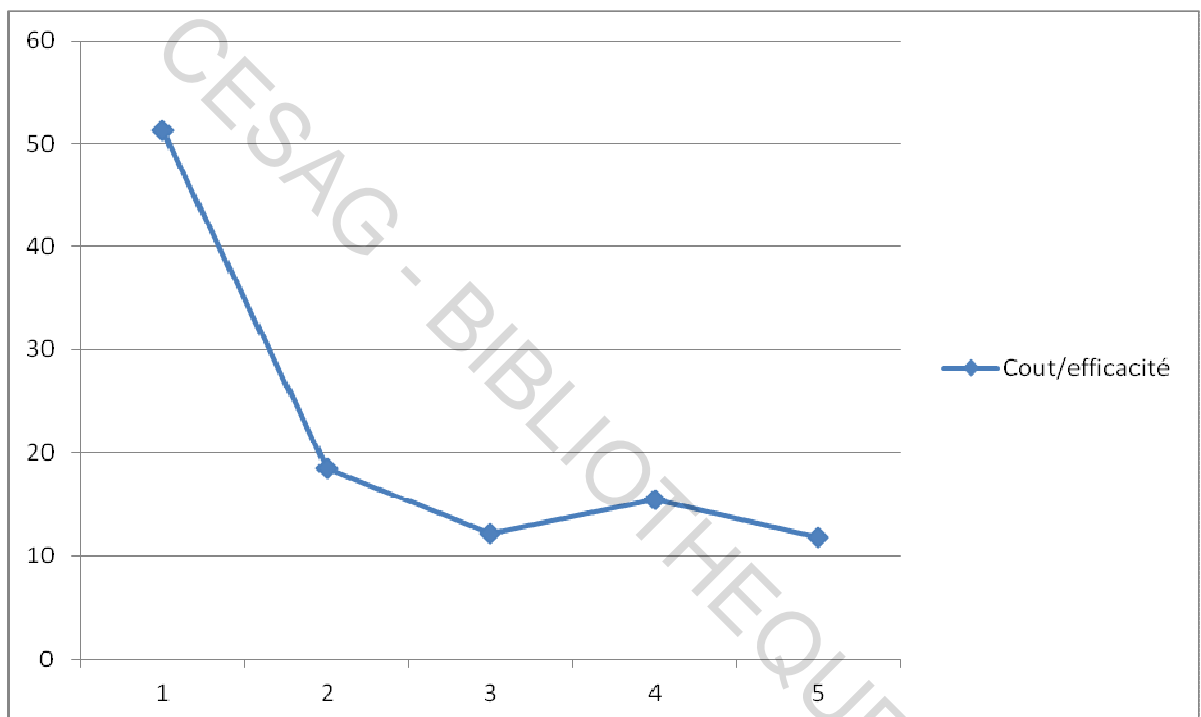


Figure 13 : Evolution du ratio coût/efficacité des femmes reçues en CPN

Source : Nous-mêmes à partir des données fournies par EGPAF

Tous ces différents résultats (figures 9 à 13) ont été obtenus par la combinaison d'une stratégie décentralisée notamment l'approche district et l'implication effective des acteurs communautaires dans la lutte contre le VIH/sida. En effet, l'on a progressivement constaté que la prévention du VIH, les soins et traitement y compris la PTME ont été intégrés dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile ainsi que dans les autres services de santé sexuelle et reproductive au niveau district. Là où ces services n'existent pas, des mécanismes de références sont mis en place et

CESAG Dakar Sénégal/Mémoire de DESS en Economie de la Santé/M. ASSOGBA Ayédesso Roland 63

permettent un accès à un minimum de service de prévention, de traitement et de soutien au VIH pour les femmes, les enfants et les familles. Aussi, des liens opérationnels ont été établis entre les districts et les acteurs communautaires, à l'image des groupes d'auto-support, afin de permettre une meilleure information et sensibilisation des communautés et pour améliorer la prévention du VIH, l'observance des traitements et l'utilisation des services.

IV.2 – DISCUSSIONS

Nous allons, à travers notre discussion, évaluer les performances du dispositif de financement des activités de PTME par EGPAF. Pour ce faire, nous nous appesantirons sur trois axes : sources de financement, agent de financement et modalité de paiement. Chacun de ces axes sera évalué suivant des indicateurs qui lui sont propres.

IV.2.1 – Sources de financement

Les indicateurs qui permettent d'évaluer la performance d'une source de financement sont : la fiabilité (pérennité), la neutralité/utilité et l'équité contributive.

IV.2.1.1 – Fiabilité (pérennité)

Le partenariat qui lie l'Etat de Côte d'Ivoire à EGPAF est une forme de coopération bilatérale sous la forme de financement de projets. Dans le cadre de cette coopération, les ressources proviennent du budget des États-Unis d'Amérique et des dons. Si la pérennité des organismes de coopération ou des ONG internationales ne constitue pas une menace pour l'aide extérieure, la pérennité des projets pour lesquels s'opérationnalise le plus souvent le partenariat n'est pas assurée. Le projet Heartland pour lequel la Fondation a reçu le financement a débuté en 2004 et prendra fin en 2010. Les financements successifs reçus par la Fondation sont consignés dans *le tableau 3* de la page 51.

Nous avons calculé la variation de ce financement au fil des années en nous appuyant sur la formule suivante : $[(\text{Budget Année 2} - \text{Budget Année 1}) \times 100] / \text{Budget Année 1}$
La variabilité du financement octroyé à EGPAF évolue d'une année à l'autre. Ainsi, de – 44% entre le budget de 2005 et celui de 2006, il est passé à 41% entre 2006 et 2007. Entre 2007 et 2008 d'une part et, 2008 et 2009 d'autre part, cette variabilité a fortement baissé et affiche respectivement – 4% et 7%. Autrement dit, les financements reçus par

EGPAF n'ont pas été constants au cours de la période allant de 2005 à 2009. La pérennité de la source de financement du projet n'est pas assurée.

IV.2.1.2 – Neutralité/utilité

Le VIH/sida a été inscrit comme priorité nationale. Tous les moyens pouvant concourir à résorber ce fléau sont les bienvenus. Même si les apports du projet constituent une opportunité aléatoire, force est de constater que la partie nationale, à travers le PNPEC, la DIPE, les districts et les ONG locales, en a tiré profit en s'appropriant les activités notamment par le renforcement des capacités humaines, matérielles et managériales mais également par la coordination de l'ensemble des acteurs conformément au plan stratégique mis en place par l'Etat. Ce financement était conditionné par l'exclusivité des fonds à allouer à la lutte contre le VIH en insistant sur le couple mère-enfant et à la bonne gouvernance des différents acteurs intervenant dans la mise en œuvre des activités. Bien que le financement soit utile, on constate que les sources de financement ne sont pas neutres.

IV.2.1.3 – Equité contributive

Dans le cadre des obtus par la Fondation, nous ne pouvons évaluer l'équité contributive, qui, ici, est non pertinente parce que les flux financiers mobilisés ne mettent pas à contribution les ménages ivoiriens.

L'évaluation du premier axe du dispositif de financement, nous révèle que la source de financement d'EGPAF n'est pas performante. La première hypothèse n'est donc pas validée. Bruno Dujardin (1987), dans *l'aide internationale : l'offre correspond-elle aux besoins ?*, vient nous rappeler que l'aide internationale qu'elle soit multilatérale, bilatérale ou supportée par les ONG se réalise le plus souvent sous forme de projets. Il insiste aussi pour dire que l'une des caractéristiques de l'aide sanitaire internationale et bilatérale est que les projets qu'elle finance ne sont pas pérennes puisqu'ils se déroulent en général sur une période de 3 à 5 ans. Et de surcroît, elle opère une approche sélective de la cible qu'elle est sensée couvrir. Les efforts sont concentrés sur les mères et les enfants à bas âge.

Le partenariat entre l'Etat ivoirien et EGPAF a certes outillé les structures du ministère de la santé (PNPEC, DIPE et les districts) pour prendre la relève dans le cadre de

l'appropriation des activités à travers les stratégies utilisées : i) l'institutionnalisation de la PTME dans les programmes de formation en santé; ii) le renforcement des capacités nationales par la formation des professionnels de santé, l'équipement/approvisionnement des produits PTME et médicaments essentiels; iii) le développement d'outils de gestion de programme PTME; iv) le renforcement des capacités du système d'information et de gestion des données du projet en appui au système national d'information sanitaire.

Cependant, ceux-ci ne pourront nécessairement pas supporter les coûts récurrents induits par les nouveaux équipements (consommables et personnels), les engins (motos) et la communication (notamment la connexion internet) ainsi que le coût des provisions pour l'amortissement.

En septembre 2011, le projet arrive à son terme et EGPAF devra céder ses activités à une autre organisation du même type, mais de droit ivoirien. Ce passage de témoin ne se fera pas sans conséquence. Cette nouvelle organisation s'inscrira-t-elle dans la même mission qu'EGPAF ? Aura-t-elle des moyens conséquents pour conduire à bien sa mission, dans un contexte de crise financière qui continue de secouer de façon inquiétante les principaux pays pourvoyeurs de l'aide au développement? Saura-t-elle consolider les résultats acquis ou encore augmenter le nombre des bénéficiaires ? Nous espérons qu'une autre étude pourra nous aider à trouver des réponses à ces questions sus-énumérées.

IV.2.2 – Agent de financement

Pour évaluer la performance de l'agent de financement qu'est EGPAF, nous nous appuyerons sur deux indicateurs : la pérennité et l'efficacité. Cependant, dans le cadre du partenariat Etat de Côte d'Ivoire/EGPAF, La pérennité de la Fondation est étroitement liée à celle du projet. Celle-ci a été analysée dans le point précédent. Il restera alors l'efficacité.

De 2005 à 2009, les frais de fonctionnement (salaires du personnel non programmatique, et autres charges fixes) ont été maintenus à 35% de la dotation budgétaire de la Fondation (*Figure 9, découpage du budget 2009*). De surcroît, la collecte et la gestion par la Fondation de tous les fonds mis à disposition dans le cadre de sa mission, sont particulièrement peu coûteuses même si la variation du taux de change a quelques incidences sur les sommes mobilisées.

Avec les résultats sans cesse croissants obtenus au fil des années, nous pouvons dire que l'agent de financement qu'est EGPAF est efficient.

Après évaluation, nous notons qu'EGPAF n'est pas un agent de financement performant puisqu'il ne satisfait qu'à une condition sur deux. L'hypothèse n°2 n'est pas validée.

IV.2.3 – Modalités de paiement

L'indicateur qui nous permettra d'évaluer les modalités de paiement utilisées par la Fondation est l'efficacité productive. Une définition de l'efficacité allocative se retrouve dans l'article de Rodriguez-Alvarez, Tovar et Trujillo (2007). Ils estiment que l'efficacité allocative met en relation les utilisations d'intrants par l'entreprise aux prix en vigueur sur le marché. L'efficacité allocative est nécessaire si l'entreprise maximise ses profits ou minimise ses coûts à un niveau donné de production. Ces deux hypothèses de comportement permettent de définir une combinaison optimale d'intrants et la mesure de l'efficacité allocative est obtenue en comparant le coût minimum de production d'une quantité d'extrait au coût effectivement encouru par l'entreprise.

L'analyse coût/efficacité de la prise en charge des femmes (*figure 13*) et des enfants sur la période de notre étude nous montre qu'au fil des ans cet indicateur d'efficacité productive est fortement en baisse. A titre d'exemple, le coût/efficacité pour les CPN des femmes enceintes est passé de 51 à 12 USD de 2005 à 2009.

Au vu des résultats enregistrés sur la période 2005 – 2009, l'on peut avancer que les différents systèmes de paiement (PBF, remboursement des coûts, subvention) utilisés par la Fondation dans son partenariat avec les structures sanitaires et les ONG sont incitatifs, performants.

Les contrats entre EGPAF et les prestataires contiennent des indicateurs cibles que les formations sanitaires doivent atteindre dans une période bien déterminée. Les indicateurs à rémunérer ont été sélectionnés par EGPAF sur la base des normes nationales de santé qui fixent le paquet minimum d'activités (PMA) et le Paquet complémentaire d'activités (PCA) pour les structures sanitaires et les ONG.

Ces modalités de paiement basées sur la performance relient le niveau du financement au résultat qu'obtient le prestataire. De manière générale, l'introduction du PBF et du

cost reimbursement a eu des résultats prometteurs au niveau de l'organisation du système de santé, de la production, l'accessibilité et la qualité des services et au niveau des indicateurs. L'accessibilité géographique aux services de PTME a été améliorée avec l'ouverture continue de sites dédiés à cette activité. Ainsi, depuis 2005, le nombre de sites PTME ouverts et appuyés par la Fondation est passé de 38 en 2005 à 260 en 2009. La troisième hypothèse concernant les modalités de paiement est validée. A Cyangugu (Rwanda), l'accessibilité géographique aux services de PTME a été améliorée par l'inclusion de formations privées, environ 19 dispensaires privés. L'introduction des contrats (PBF, remboursement des coûts) a très vite modifié le comportement de beaucoup de prestataires et l'a transformé d'un comportement passif en un comportement proactif. De même, l'intégration du PBF a permis d'améliorer la survie des enfants aux Philippines grâce à l'USAID, notamment les vaccinations complètes de 85% de tous les enfants avant leur première année [MSH, 2011 et USAID, 2009].

IV.3 – RECOMMANDATIONS

Pour améliorer les performances de chacun des acteurs intervenant dans le financement, nous faisons les recommandations suivantes :

A l'endroit d'EGPAF – Côte d'Ivoire

- Définir clairement et mieux expliquer les indicateurs choisis pour les sites sous PBF ;
- Réduire le temps mis pour payer les factures des prestataires sous les régimes PBF et remboursement des coûts afin que ceux-ci puissent assurer la permanence du service en payant leurs employés ;
- Concevoir des dispositifs de financements pérennes des activités dans le cadre de la transition (cession des activités à une organisation de droit ivoirien)

A l'endroit des prestataires de soins

- Diversifier les partenaires financiers dans le cadre des activités afin d'en assurer la pérennité,
- S'approprier de la stratégie axée sur le financement basé sur la performance (PBF) afin d'accroître la qualité des services offerts aux patients, et par là leurs gains ;

- Inciter le personnel à travers des primes périodiques afin que les activités puissent continuer de produire de bons résultats

A l'endroit de l'Etat de Côte d'Ivoire

- Veiller à ce que les directives et protocoles nationaux en matière de PTME soient appliqués dans l'ensemble des centres de santé sur l'étendue du territoire ;
- Faciliter l'accès aux soins de santé des femmes enceintes et des femmes allaitantes ainsi que celui des enfants de moins de cinq ans.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

La PTME est inscrite au cœur de la stratégie de riposte contre le VIH/sida chez EGPAF – Côte d'Ivoire.

Dans le contexte de gestion optimale des ressources, vu leur rareté du fait de la crise financière qui menace les pays riches, pourvoyeurs de l'aide au développement, il nous est paru judicieux de nous renseigner sur les méthodes utilisées par EGPAF, une ONG internationale qui intervient en Côte d'Ivoire.

De notre étude, il ressort que :

- EGPAF s'appuie sur une unique source (PEPFAR à travers EGPAF – USA) pour financer ses activités. Cette source n'est pas pérenne;
- Le projet financé par EGPAF est prévu pour s'exécuter sur le moyen terme (05 ans);
- EGPAF – Côte d'Ivoire exécute les activités de PTME conformément au plan national de riposte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire ;
- Les stratégies de financement utilisées par EGPAF dans le cadre de ce projet ont incité les prestataires à améliorer leur technique de travail afin d'offrir aux femmes et aux enfants des services de qualité.

En somme, le financement de la PTME par EGPAF est exclusivement assuré par le PEPFAR à travers EGPAF – USA pour la période 2005 – 2010. Au terme de cette période, EGPAF devrait céder ses activités à une autre organisation du même type, mais de droit ivoirien.

Vu la concurrence qui naîtra entre la nouvelle organisation et les autres organisations du même genre, déjà sur le terrain, et le caractère incertain des financements extérieurs, l'on pourrait s'interroger sur la pérennité de la riposte au VIH/sida, plus précisément de la PTME, qui exige un financement fiable et suffisant.

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

- 1 – BISSIRIOU G., KERN F. (2004), L'aide au développement : de l'efficacité à la crédibilité de l'aide.
- 2 – COMMISSION ON AIDS IN ASIA (2008), Redefining in Asia.
- 3 – CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA AU SENEGAL (2008), Rapport de la situation de la riposte à l'épidémie de VIH/sida au Sénégal : 2006 – 2007
- 4 – DE COCK KM, FOLLER MG, MERCIER E et al. (2002), Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. JAMA 1 Mar 2000. 283(9): 1175-82.
- 5 – DUCROUX G. (2005), Harmonisation de l'aide au Yémen, Mémoire de stage, Université de Paris 1 – Panthéon.
- 6 – EUROPACT (2002), Le suivi d'un projet de développement : démarche, dispositif, indicateurs.
- 7 – INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (2010), Estimation de la population ivoirienne.
- 8 – MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (2001), Le Management, Conseils pratiques pour améliorer les services de santé, Volume 10, Numéro 2, revue.
- 9 – MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES (2004), Atelier international sur les instruments de gestion de l'aide : Des réponses aux questions d'harmonisation et d'alignement, Ouagadougou, Burkina Faso, du 13 au 15 septembre 2004.
- 10 – MINISTERE DE L'INTERIEUR, DIRECTION GENERALE DE LA DECENTRALISATION ET DU DEVELOPPEMENT LOCAL DE COTE D'IVOIRE (2008), Données générales
- 11 – MINISTERE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA COTE D'IVOIRE (2005), Enquête sur les indicateurs du sida.
- 12 – MINISTERE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA COTE D'IVOIRE (2008), Evaluation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 1 Intérimaire.
- 13 – MINISTERE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA COTE D'IVOIRE (2008), Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida : Rapport national de la Côte d'Ivoire.
- 14 – MINISTERE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA COTE D'IVOIRE (2009), Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le sida (EF/REDES) en 2006, 2007 et 2008.
- 15 – MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE/DIPE ET MINISTERE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA DE COTE D'IVOIRE (2006), Politique Nationale de PTME en Côte d'Ivoire.
- 16 – MINISTERE DU PLAN ET DU DEVELOPPEMENT COTE D'IVOIRE (2006), Enquête à indicateur multiple par grappe (MICS)
- 17 – MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE/DIPE COTE D'IVOIRE (2007), Base de données de l'annuaire statistique 2001 – 2006

- 18 – MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE (2008), Plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur de la sante en Côte d'Ivoire 2009-2013.
- 19 – MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE COTE D'IVOIRE (2009), Politique nationale pharmaceutique.
- 20 – MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE COTE D'IVOIRE (2008), PNDS 2009 – 2013
- 21 – MINISTERE DU PLAN ET DU DEVELOPPEMENT COTE D'IVOIRE (2009), Document stratégique de réduction de la pauvreté.
- 22 – N. Victoire Ingrid DADELE (2010), Analyse du financement de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) au Sénégal de 2007 à 2008, Mémoire de fin de fin de formation Economie de la santé, CESAG, Dakar, Sénégal.
- 23 – OCDE (2008), Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, 26 pages.
- 24 – OMS (2007), Guide pour la mise a l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH : Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du sida.
- 25 – ONUSIDA (2008), Rapport sur l'épidémie mondiale.
- 26 – ONUSIDA (LAMONTAGNE E. et GREENER R.) (2008), Manuel méthodologie pour l'évaluation des négociations des prix des antirétroviraux dans les pays d'Amérique latine et caraïbes.
- 27 – ONUSIDA/BANQUE MONDIALE (2009), La crise économique mondiale et les programmes de prévention et de traitement du VIH : Vulnérabilité, impact.
- 28 – RESEAU AFRICAIN POUR LES SOINS AUX ENFANTS AFFECTES PAR LE SIDA (2006), Manuel sur le Sida pédiatrique en Afrique.
- 29 – E. SEKAGANDA, J.B. HABAGUHIRWA, C. HABINEZA, A. COOLEN ed., E. LODENSTEIN ed., J. TOONEN ed. : KIT (2010), Santé et Performance au Rwanda.
- 30 – UNICEF (2009), Enfants et SIDA : Quatrième bilan de la situation.
- 31 – USAID (2009), Analyse situationnelle des politiques liées au VIH/sida en Côte d'Ivoire.
- 32 – USAID/SFPS (1999), La coordination de l'aide au développement dans le secteur de la population et de la santé en Afrique de l'Ouest et du centre : Une analyse situationnelle.
- 33 – WORLD BANK (1998), Assessing aid: What Works, What Doesn't, and Why.
- 34 – www.cerdi.org/uploads/sfCmsContent/file/307/annonce.pdf. Consulté le 10 décembre 2010
- 35 – www.vih.org/20100331/financement-international-lutte-contre-sida-l-acces-universel-menace-13428. Consulté le 10 décembre 2010



ANNEXES

Annexe 1 :

GUIDE D'ENTRETIEN
Service financier

I - Identification

N° : _____

Personne interrogée : _____

Fonction : _____

II - Financement des activités de PTME

1. Comment se fait la mobilisation des fonds par EGPAF?

2. D'où les fonds d'EGPAF proviennent-ils ?

3. Les sources de financement sont-elles toujours les mêmes ?

Oui Non

4. Le montant global varie-t-il avec le temps ?

Oui Non

Si oui, expliquez : _____

5. Les fonds sont-ils utilisés exclusivement pour financer les soins de PTME ?

Oui Non

6. Quelle proportion du financement consacrez-vous au fonctionnement de l'institution ?

7. Comment s'opère l'allocation des ressources auprès des structures de soins?

Subvention Tarification Capitation

8. Cette méthode incite-t-elle à la performance des prestataires ?

Oui Non

Expliquez : _____

9. La collecte et l'allocation des ressources par EGPAF ont-elles un coût ?

Oui Non

Si oui, son estimation (proportion) par rapport à l'ensemble des opérations :

Annexe 2 :

GUIDE D'ENTRETIEN
PGLO², Equipe C&G³, Directeur de programme

Dans le cadre de l'obtention du DESS Economie de la Santé, nous entreprenons cette étude. Nous vous saurions gré de bien vouloir prendre 10 - 15 minutes de votre temps pour répondre au questionnaire ci-dessous.

Votre réponse constitue un élément important de notre processus de collecte de données. Le caractère confidentiel de toutes les réponses reçues sera respecté.

I - Identification

N° : _____

Personne interrogée : _____

Fonction : _____

II - Financement des activités de PTME

- 1- Quelle est la procédure de désignation des structures de soins PTME à qui vous octroyez votre appui (financement)?

- 2- Quelles sont les critères de choix ?

- Fréquentation de la structure sanitaire
- Pauvreté de la population dans l'aire géographique de la structure
- Prévalence du Sida dans le district/région de la structure
- Existence de centre de santé menant déjà l'activité dans la zone
- Autres : (à préciser) _____

- 3- Quelles difficultés rencontrez-vous auprès des structures demandeuses de financements ?

- 4- En quoi consiste ce financement ?

- Subvention globale
- Subvention en nature
- Subvention au prorata des services délivrés

- 5- Ce mode de paiement incite-t-il à la performance des prestataires de soins de PTME ?

Oui Non

² PGLO : Program and Grant Liaison Officer

³ C&G : Contract and Grant

Expliquez : _____

6- Quelles sont les ressources que vous financez le plus ?

- Equipement (Ex : Laboratoires, ...)
- Matériel (Ex : Bureautique, table, chaise, ...)
- Travail (Ressources humaines)
- Autres : (à préciser) _____

7- Les fonds octroyés sont-ils automatiquement reconduits d'une année à une autre ?

- Oui Non

Si oui, par quelle procédure/mécanisme ? _____

8- Le système de financement de la PTME fait-il l'objet de description dans un document écrit ?

- Oui Non

9- Évaluez-vous les différents projets financés ?

- Oui Non

10- Avez-vous des recommandations à faire dans le but d'améliorer le financement des activités de PTME par EGPAF ?

Merci !

Appel à manifestation d'intérêt

Autres (à préciser) _____

4- Rencontrez-vous des difficultés pour l'obtention de cet appui technique/financier ?

Oui Non

Si oui, précisez: _____

5- En quoi consiste cet appui?

Subvention en nature (cocher le ou les items concernés)

Fourniture de bureau (meubles, registres, etc.)

Formation des prestataires

Assistance technique

Rénovation d'un bâtiment de soins

Equipement de laboratoires

Approvisionnement de la pharmacie

Intrants pour divers examens médicaux

Equipements informatiques

Equipement médicaux

Autres (à préciser) : _____

Subvention financière (cocher l'item concerné)

Au prorata des services rendus (PBF)

Remboursement des coûts (cost reimbursement)

Si subvention financière, ce mode de paiement vous convient-il ?

Oui Non expliquez

6- Avez-vous d'autres partenaires techniques/financiers ?

Oui Non

Si oui, lesquels (citez-les) : _____

7- Quelle place occupe EGPAF parmi vos partenaires techniques/financiers ?

Partenaire unique Partenaire majoritaire Partenaire minoritaire

Autre : _____

Si possible, précisez la proportion : _____

8- Cet appui est-il suffisant pour couvrir les activités pour lesquelles se financement est destiné?

Non

Oui

Plus que suffisante

9- Etes-vous satisfaits de cet appui ?

	PS	S	TS
Le délai de satisfaction de vos besoins exprimés			
La communication avec l'équipe d'EGPAF pour la gestion de ce partenariat			
La gestion des activités programmatiques			
Autres (précisez) _____			

10- Que pouvez-vous suggérer à EGPAF en vue de l'amélioration de son appui à votre structure (service), le cas échéant ?

Merci !

PS : Peu satisfait

S : Satisfait

TS : Très satisfait

Annexe 4

LISTE EXHAUSTIVE DES INDICATEURS PTME

I - CONSEIL ET DEPISTAGE EN CPN ET MATERNITE	
1	Nombre total d'accouchements enregistrés dans l'établissement sanitaire
2	Nombre de femmes enceintes venues en CPN 1
3	Nombre de femmes enceintes ayant reçu un conseil et une proposition de test VIH
4	Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH en CPN
5	Femmes enceintes testées pour le VIH en maternité
6	Nombre total de femmes enceintes testées pour le VIH dans l'établissement sanitaire (CPN+Maternité)
7	Nombre de femmes enceintes séronégatives au VIH
8	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH
9	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH 1
10	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH 2
11	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH (1 + 2) (Dual)
12	Nombre de femmes enceintes ayant reçu le résultat du test VIH
13	Nombre de femmes enceintes ayant reçu un résultat VIH positif
II - DEPISTAGE DES CONJOINTS DES FEMMES ENCEINTES	
14	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH dont le conjoint a été dépisté pour le VIH
15	Nombre de femmes enceintes séronégatives au VIH dont le conjoint a été dépisté pour le VIH
III - PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT ARV	
16	Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant bénéficié d'un bilan initial pour le traitement ARV
17	Nombre de femmes enceintes VIH+ éligibles au traitement ARV
18	Nombre de femmes enceintes VIH+ sous traitement ARV

19	Nombre de femmes enceintes VIH + ayant reçu une prophylaxie ARV pour elle même
20	Nombre de femmes enceintes VIH + ayant reçu une prophylaxie ARV pour leur enfant
IV - SUIVI DES MERES ET DES ENFANTS NES DE MERE SEROPOSITIVE AU VIH	
21	Nombre de mères séropositives au VIH venues au premier contact Post Natal
22	Nombre de mères séropositives au VIH bénéficiant des services de Planification familiale au premier contact Post Natal
23	Nombre de mères séropositives au VIH ayant reçu un conseil en alimentation pour leur enfant au premier contact post natal
24	Nombre de mères séropositives au VIH venues au premier contact Post Natal et pratiquant l'allaitement exclusif
25	Nombre de mères séropositives au VIH venues au premier contact Post Natal et pratiquant l'alimentation de remplacement
26	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH sevrés à l'âge de 6 mois
27	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH vus au 1er RDV de vaccination DTC Polio Hépatite B à 6 semaines
28	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH initiant la prophylaxie au Cotrimoxazole à 6 semaines
29	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH vus à la vaccination contre la rougeole à 9 mois
V - DEPISTAGE DU VIH CHEZ LES ENFANTS NES DE MERE SEROPOSITVE AU VIH	
30	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés précocement (avant l'âge de 12 mois)
31	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés tardivement (après l'âge de 12 mois)
32	Nombre total d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés (précocement+tardivement)
33	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positif
34	Nombre de femmes en âge de reproduction utilisant les services de Planification familiale
35	Nombre de femmes en âge de reproduction utilisant les services de Planification familiale et testées pour le VIH