

CENTRE AFRICAÏN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DES ENTREPRISES ET AUTRES
ORGANISATIONS - ISMEO -**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Pour l'obtention du MASTER PROFESSIONNEL EN SCIENCE DE GESTION

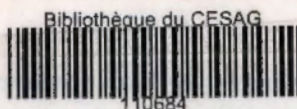
OPTION : CREATION D'ENTREPRISE ET GESTION DE PROJET

Année académique 2010 - 2011



THEME :

**Evaluation du rapport coût-efficacité des interventions
VIH/SIDA en 2007 et 2008 au Sénégal.**



Directeur de mémoire

Elaboré par :

Monsieur Aboubacar AW

P. Alpha N. KAFANDO

Enseignant permanent au CESAG

DEDICACES

Mes parents, mes frères et sœurs, la famille KAFANDO, vous n'avez cessé de m'apporter soutien et encouragement. Trouvez ici l'expression de tous mes sincères remerciements.

A ceux dont je sais l'amour qu'ils portaient pour ma réussite, notamment Feus **KAFANDO/NONGUIERMA Hortense**, **NONGUIERMA Rodrigue**, **KABORE Francis**, et **NONGUIERMA/OUEDRAOGO Marie Louise**, Dieu vous a arraché à notre affection. Que sa volonté soit ainsi accomplie. Votre fils, frère, petit-fils ne cessera de prier pour vous pour que le Dieu miséricordieux vous accueille dans son paradis.

Aux docteurs **Halidou KAFANDO**, **Aby NIANG DIATTARA**, **Francis KINDA**, **Pascal COMPAORE**, du Maroc au Sénégal, vous avez toujours porté une écoute à ma santé, je vous en suis reconnaissant, et que Dieu dans son infinie bonté vous accorde ses grâces.

A mes promotionnaires, mes amis tout particulièrement **Kader SANFO**, **OUMAROU TAFFA Amina**, **DJINKO Mohamed**, **BAGUIAN Sarata**, **MALLE Youssouf**, **Luc Hervé DOGBO**, **YAMEOGO Marius**,...que Dieu raffermisse davantage nos liens d'amitié.

REMERCIEMENTS

A Dieu le Père, le Fils et le Saint-Esprit, qui m'ont toujours accompagné durant tous mes séjours au Maroc, au Sénégal, me permettant aujourd'hui de boucler ce mémoire. Les mots au bout de mes lèvres pour te remercier sont faibles mais ceux de mon cœur sont infinis.

A Marie la Sainte Vierge, « Souvenez-vous, Sainte Vierge, que nous n'avons jamais entendu dire que ceux qui ont recours à vous aient été abandonnés ». Vous avez confié mes prières à votre fils qui les a exaucées. Je veux demeurer avec vous et pour toujours tout au long de ma vie professionnelle et familiale.

Il est important pour moi, de remercier tous ceux qui ont contribué à mon éducation et à ma formation professionnelle, de ma maternelle à mon master II, particulièrement **Monsieur AW Aboubacar** Chef de département Master ISMEO et **monsieur El Hadj GUEYE**.

Aussi à toute ma famille, paternelle et maternelle, il me revient de vous dire un grand merci pour les efforts consentis pour moi. A cet effet, les remerciements, distingués vont aux **Chef de SALOGO, Chef de KOMSILGA, Chef de BALKUY, Monsieur Rock Marc KABORE, Monsieur Antoine ZOUNGRANA, Monsieur Seydou KABRE, Mme NANA Catherine et sa Famille, au chef de Gnéognogo, aux familles KAFANDO, NONGUIERMA, OUELGO, SAWADOGO, KABORE, ZONGO, et KONDITAMDE.**

A **Armelle et Danielle NONGUIERMA**, votre présence et soutien indéfectible m'ont beaucoup aidé à surmonter les défis à Dakar. Grand merci mes sœurs.

Aux structures qui m'ont permises de faire mes différents stages jusqu'à la rédaction de mon mémoire, **ALLIANCE BURKINA, MAISON DE L'ENTREPRISE, CNLS BURKINA, CNLS SENEGAL.**

Je tiens ensuite à remercier chaleureusement toute l'équipe du département de Suivi Evaluation du CNLS Sénégal qui m'a accueillie pour réaliser ce stage, et en particulier mon maître de stage **Monsieur Pape Alioune DIALLO**, pour sa disponibilité, ses précieux conseils et sa relecture attentive de ce mémoire.

Il me tient également particulièrement à cœur de formuler un grand merci à mon tuteur au CNLS Sénégal **Monsieur A. WONE**, qui m'a beaucoup aidé dans l'orientation de mon travail par son encadrement et ses remarques judicieuses.

Enfin, je souhaiterais remercier tous les membres du CNLS, à travers **Docteur Ibra NDOYE**, que j'ai été amené à rencontrer durant ce stage, pour les connaissances et la vision d'ensemble qu'ils m'ont apportés ; recevez l'expression de mes sincères remerciements pour votre disponibilité et vos encouragements. Aussi à mes collègues stagiaires, **El Hadji Birane DIASSE, Pape Semou NIANG, Amina BA**,... merci pour le soutien indéfectible.

Aux partenaires du CNLS Sénégal, votre contribution à la réalisation de ce document a été significative. Soyez en remerciés.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Abréviations

AF	Agence Fiduciaire
ADEMAS	Agence pour le Développement du Marketing Social
ANCS	Alliance Nationale contre le SIDA
ANO	Avis de Non Objection
APPVVIH	Association des Personnes Vivant avec le VIH
ARV	Médicament Anti Rétroviral
BP	Bénéficiaire Principal
BE	Bulletin Epidémiologique
BIT	Bureau International du Travail
BM	Banque Mondiale
CCA	Centre Conseil pour Adolescents
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CCM	Country Coordination Mechanism
CCSE	Comité Consultatif de Suivi évaluation
CDLS	Comité Départemental de Lutte contre le SIDA
CLLS	Comité Local de Lutte contre le SIDA
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le SIDA
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
CTRR	Comité Technique Restreint Régional

CTRD	Comité Technique Restreint Départemental
CDV	Conseil Dépistage Volontaire
CDVA	Centre de Dépistage Volontaire et Anonyme
CRIS	Country Response Information System
DLSI	Division de Lutte Contre le Sida et les IST
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ESC	Enquête de Surveillance Comportementale
EDS+VIH	Enquête Démographique Sanitaire plus VIH
ENDA SANTE	Environnement et Développement du Tiers Monde
ENSC	Enquête Nationale de Surveillance Combinée
FHI	Family Health International
FM	Fonds Mondial
GASE	Groupe d'Appui à la Surveillance Epidémiologique
GD	Gestionnaire de Données
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GIPA	Greater Involvement of PLHA
HSH	Hommes ayant des Rapports sexuels avec des Hommes
IDA	International Development Agency
IEC	Information Education Communication
IO	Infections Opportunistes
ISAARV	Initiative Sénégalaise d'Accès aux ARV
IST	Infection Sexuellement Transmissible

LFA	Local Fund Administrator
OCB	Organisation Communautaire de Base
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEC	Prise en Charge
PRIM	Plan Régional Intégré Multisectoriel
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PPS	Point de Prestation de Service
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PNT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PRONALIN	Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales
PSN	Programme Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAC	Revue Annuelle Conjointe
REDES	Estimation des flux de Ressources et Dépenses Nationales de Lutte contre le SIDA
S-E	Suivi-Evaluation
SDV	Service de Dépistage Volontaire
SE/CNLS	Secrétariat Exécutif du CNLS
TDR	Termes de Référence

TB	Tuberculose
TS	Travailleuses du Sexe
TSC	Travailleuse du Sexe Clandestine
UAR	Unité d'Appui Régionale
UGAF	Unité de Gestion Financière et Financière
UNGASS	UN General Assembly Special Session
USER	Unité de Suivi-Evaluation et Recherche
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Table des matières

DEDICACES.....	I
REMERCIEMENTS	II
Abréviations	IV
INTRODUCTION	1
PRESENTATION DE L'ETUDE	4
Chapitre 1 : Analyse des concepts et démarche méthodologique	10
Les généralités sur les concepts	10
1.1.1 Généralités sur les concepts de projet	10
1.1.2 Les généralités sur les notions de coût-efficacité	14
Modèles d'analyses	15
1.1.3 Présentation du logiciel REDES.....	15
1.1.4 Modèle d'analyse cout- efficacité	20
Chapitre 2 : Cadre contextuel de l'étude	23
Présentation et axes stratégiques du CNLS.....	23
Introduction.....	23
Situation épidémiologique	23
Historique de la réponse nationale	24
Les objectifs stratégiques	24
Acteurs de la Coordination et de la Gestion	27
Méthodologie de recherche.....	34
2.1.1 Terrain d'enquête	34
2.1.2 Population	34
2.1.3 Echantillonnage	35
2.1.4 Méthode et techniques d'enquête.....	35
2.1.5 Méthode d'analyse des données.....	37
2.1.6 Difficultés rencontrées	37
Chapitre 3 : Présentation des résultats sur les dépenses allouées à la lutte contre le sida	40
Structure générale des dépenses consacrées à la lutte contre le Sida	40
2.1.7 Sources de financement	40
2.1.8 Situation des dépenses par intervention	42
2.1.9 Structure des dépenses par groupe cible.....	44
2.1.10 Structuration des dépenses par objet de dépenses.....	46
Résultats des objectifs atteints en 2007 et 2008	47

2.1.11	Prévention	47
2.1.12	Prise en charge des personnes vivant avec le VIH	54
Chapitre 4 : Analyse coût-efficacité des interventions VIH/Sida des années 2007 et 2008		57
4	Détermination de l'efficacité dans le domaine « Prévention	57
4.1.1	Efficacité de l'axe stratégique IEC/CCC.....	57
4.1.2	Efficacité de l'axe stratégique Conseil Dépistage Volontaire	61
4.1.3	Efficacité pour l'axe stratégique Prévention Transmission Mère-Enfant.....	61
4.1.4	Efficacité de l'axe stratégique Sécurité transfusionnelle	64
Détermination de l'efficacité dans le domaine de la Prise en charge PEC.....		64
4.1.5	Efficacité de l'axe stratégique PVVIH sous ARV.....	65
4.1.6	Efficacité de l'axe stratégique OEV.....	65
Discussions		66
4.1.7	Confrontation des résultats.....	67
4.1.8	Analyse de sensibilité	68
Chapitre 5 : Les défis et perspectives de la lutte.....		70
contre le sida à 2011		70
5.1	Les défis de la lutte contre le Sida	70
5.2	Les perspectives de la lutte contre le Sida à 2011	71
Chapitre 6 : Recommandations		72
6.1	- Domaine de la prévention.....	72
Conclusion		75
BIBLIOGRAPHIE.....		77
Annexes		79

INTRODUCTION

Pays situé dans la partie la plus occidentale du continent Africain dans la zone soudano sahélienne comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude Nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest, d'une superficie de 196 722 km², le Sénégal est limité au nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau et, à l'ouest, elle s'ouvre sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de côtes. Sa pointe ouest est la plus Occidentale de toute l'Afrique Continentale.

En 2008, la population du Sénégal était estimée à 11 600 000 habitants, soit une densité moyenne de 58 habitants au km²; cette moyenne cache une répartition extrêmement inégale ave le surpeuplement que vit le centre.

La région de Dakar abrite 22,4% de la population totale avec une densité de population de 4251 habitants au km² en 2004 alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. Cette situation est caractéristique de la forte tendance à l'urbanisation du fait de l'exode rurale. Selon les âges et sexes, la population sénégalaise se caractérise par sa jeunesse. En 2005, les moins de 20 ans représentaient 54%, les moins de 25 ans près de 64% et les plus de 65 ans 4%. Les femmes représentent 52% de la population globale.

Placée parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique Sub-saharienne

, la population urbaine sénégalaise représente 41,5% de la population globale (DPS 2005). L'accroissement moyen annuel estimé à 2,5% reste élevé, et est caractéristique d'une fécondité encore élevée. Les principaux groupes ethniques sont : les Wolofs (43%), les Poulars (24%), les Sérères (15%), les Diolas (5%) et les Mandingues (4%). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94%). On y trouve 4% de chrétiens et les autres religions représentent 2%.

Economiquement, la croissance s'est maintenue sur une pente positive avec une moyenne annuelle d'environ 5% dans un contexte d'amélioration de la gestion des finances publiques, de maîtrise de l'inflation (moins de 2% par an) et de consolidation des agrégats macroéconomiques fondamentaux ; et est classé parmi les pays les moins avancés.

Pour le Sénégal, sortir du sous-développement équivaut à relever une multitude de défis tels que le sida, le paludisme, la pauvreté, à travers des actions réfléchies résultant de la concertation entre les intervenants dans les domaines concernés par lesdits défis. La réussite

de ces actions est conditionnée par l'existence d'un cadre de référence, accepté par tous, définissant les options et les stratégies pour arriver à des fins ; et exige le ferme engagement de tous les acteurs impliqués à œuvrer dans le strict respect de ce cadre.

La pandémie du sida est devenue depuis quelques décennies après sa découverte, l'un des défis les plus atroces de l'humanité. Première cause de mortalité en Afrique, le sida continu de sévir. Toutes les nations se mobilisent pour lutter contre ce fléau. Chaque pays développe des voies et moyens pour prévenir, limiter ou écarter le danger des infections au VIH, et prendre en charge les malades du SIDA, les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA. Plus que jamais, le Sénégal se trouve en face d'une situation qui l'oblige à développer toutes les stratégies, synergies pour faire face à la pandémie du SIDA, même si les statistiques témoignent d'une lutte déjà efficace. Les IST constituent dans les pays en voie de développement un problème majeur de santé publique. Les IST peuvent être responsables de stérilité, de grossesses ectopiques, de cancers et de diverses conséquences sur le fœtus et le nouveau né ; de plus leur importance est devenue encore plus manifeste depuis que de multiples travaux ont mis en évidence leur rôle dans la transmission du VIH. Ainsi, les femmes et les jeunes constituent ainsi les groupes cibles les plus importants qui devront bénéficier d'actions vigoureuses afin de réduire leur vulnérabilité face à l'infection au VIH.

Aussi, l'ONUSIDA estime à 39.5 millions les personnes vivant avec le VIH dans le monde. Le taux de prévalence au Sénégal en 2006 selon le rapport de l'Enquête Démographique Sanitaire (EDS) était de 0.9% et en 2009 selon les Statistiques de l'UNICEF était de 0.9%. Dans un monde de plus en plus exigeant en matière de bonne gouvernance, de performance dans la gestion des programmes de grande envergure tel celui de la lutte contre le sida, un système de suivi-évaluation semble primordial. La mise en œuvre d'un système de suivi-évaluation dans la lutte contre le sida constitue un paradigme qui caractérise la participation des bailleurs de fonds.

Ainsi, les 02 sessions spéciales des Nations Unies sur le VIH/SIDA de 2001 et 2006 ont recommandé que les pays s'approprient davantage le processus de suivi et d'évaluation afin d'améliorer les statistiques de lutte nationale et mondiale.

Après avoir bouclé un cycle de cinq (05) années d'études en Master Professionnel en Sciences de Gestion, option Gestion des projets et Création d'entreprises au CESAG, l'opportunité nous était donné d'effectuer un stage du 1^{er} Avril au 30 Septembre 2011 au

Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST, une structure rattachée à la primature du Sénégal chargée spécifiquement de la lutte contre le sida.

Ayant eu l'opportunité de travailler dans l'Unité de Suivi-Evaluation et Recherche de cette institution, de pénétrer la complicité interne et externe de ce département et de prendre connaissance avec le monde des associations et comités, leur mode de fonctionnement, missions; nous avons décidé de faire une analyse qualitative sur les dépenses des interventions VIH.

Le présent travail comporte quatre grandes phases à savoir :

- La présentation de l'étude où nous exposerons la problématique, l'objet, la démarche, l'intérêt, la délimitation et le plan du travail ;
- Le cadre théorique que nous consacrerons aux généralités sur les concepts projet, coût-efficacité, le modèle d'analyse et la méthodologie de la recherche,
- Le cadre contextuel où nous présenterons le CNLS son organisation,
- Les perspectives du rapport « coût-efficacité des interventions VIH » au Sénégal,
- Enfin la présentation et analyse des résultats suivi de la formulation des recommandations et des solutions de mise en œuvre.

PRESENTATION DE L'ETUDE

Problématique

Les IST font partie des causes les plus fréquentes de morbidité dans le monde. Avant l'apparition des premiers cas de SIDA en 1981, les IST étaient considérées comme un problème de santé publique mais de préoccupation secondaire pour les services de santé dans les pays en développement. Depuis l'avènement du SIDA, et après l'établissement du rôle des IST comme facteurs de risque importants dans les infections à VIH et l'apparition des cas de SIDA maladie, les IST sont devenues des maladies qui préoccupent le monde entier au plus haut degré. Leur propagation au sein des populations humaines est importante. En 2009, l'OMS estimait à environ 33.3 millions personnes le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde contre 33.4 millions de personnes vivant avec le VIH en 2008.

L'incidence est particulièrement élevée dans les pays en développement où les services de santé et la prise en charge sont moins accessibles. L'Afrique reste le continent le plus touché par la morbidité due aux IST.

Ainsi, ceux qui portent le lourd fardeau de la maladie reçoivent moins de dépenses publiques de santé, ont un accès limité aux services des grandes interventions de lutte contre la pauvreté et sont ignorés par les fournisseurs de soins.

Les pays en développement ne pourront pas réduire sensiblement le fardeau des maladies transmissibles, la malnutrition, la prévalence du VIH/SIDA, les inégalités sanitaires sans améliorer l'accès aux soins de santé pour les plus pauvres. En effet, les avantages des services de santé n'atteignent pas équitablement ceux qui portent le plus lourd le fardeau de la maladie. L'Afrique, qui représente 10% de la population mondiale, supporte 25% du fardeau global de la maladie ; 60% de personnes vivant avec le VIH/sida y vivent et le continent supporte le fardeau de la tuberculose et du paludisme qui sont les plus lourds dans le monde. (Union Africaine, 2006), en 2008 et 2009 l'Afrique subsaharienne demeurait la région la plus affectée avec 69% de l'ensemble des nouvelles infections VIH selon l'ONUSIDA soit 1.8 millions de nouvelles infections. Cette statistique connaît une augmentation en 2010 selon le rapport OMS 2011 qui de 1.9 millions de nouvelles infections dont 390 000 enfants. L'OMS dénombrait en 2010 dans son rapport 2011 une prévalence de 34 millions de personnes vivant avec VIH et 1.8 millions de décès liés au sida.

C'est l'Afrique subsaharienne qui a connu aussi la plus forte augmentation du nombre des personnes sous traitement antirétroviral (ARV) en 2010, de 3 911 000 en décembre 2009 à environ 5 064 000, soit une hausse de 30% en un an. Environ 49% des personnes ayant besoin du traitement ARV dans la région en bénéficiaient à la fin de 2010.

Sur les 1,36 million de femmes enceintes vivant avec le VIH estimés en 2009 par l'OMS dans la région, environ 50% bénéficiaient du schéma le plus efficace de prévention de la transmission mère-enfant en 2010.

On enregistre également des progrès importants dans la diminution de l'incidence du VIH chez l'enfant. On estime que 390 000 enfants ont été infectés par le VIH en 2010, soit 30% de moins que les 560 000 enfants atteints lors du pic de 2002-2003.

En 2010, le traitement pédiatrique contre le VIH a été donné à 456 000 enfants, ce qui représente 21% de tous ceux qui en ont besoin en Afrique subsaharienne. Il y a cependant un écart important des taux de couverture entre l'Afrique orientale et australe (26%) et l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale (9%).

Malgré les grandes initiatives récentes en matière de santé en faveur des pays à faible revenu pour le progrès mondial telles que les Objectifs du Millénaire pour le Développement sur les grandes interventions en santé ciblées spécifiquement dans la lutte contre le sida et aux autres fléaux, des enquêtes EDS récentes réalisées en Afrique Sub-saharienne révèlent que les groupes aisés bénéficient d'un meilleur accès aux services de santé de base que les plus pauvres.

Dans le cadre des stratégies nationales de réduction de la pauvreté, un grand nombre de gouvernements des pays Africains a encouragé la prestation de services de santé gratuits ou subventionnés dans le but d'améliorer l'état de santé des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables. Cependant, dans certains pays, les dépenses publiques dans le secteur de la santé bénéficient plus aux riches qu'aux pauvres. Les pauvres habitent en général dans les milieux où les services de santé ne sont pas disponibles, sont inaccessibles ou sont de qualité médiocre. Par conséquent, des différences considérables sont enregistrées entre l'état de santé des personnes pauvres et des plus aisées. Ces différences dues aux contraintes et opportunités socio-économiques plutôt qu'au choix individuel sont injustes et pourraient être évitées.

La lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA au Sénégal s'appuie sur une approche multisectorielle et décentralisée qui nécessite l'implication de tous les acteurs et secteurs socio-économiques.

Un document de cadre stratégique 2007-2011 a été élaboré et validé au niveau national pour donner les principales orientations de la lutte contre le VIH/SIDA au Sénégal. Ce document recommande l'élaboration et la mise en œuvre de programmes nationaux qui prennent en compte les besoins des différents groupes spécifiques et vulnérables.

La transmission du VIH est principalement liée au comportement humain quel que soit le mode de transmission. Certains comportements, attitudes et pratiques pourraient être améliorés grâce à un programme intégré d'Information Education Communication basé sur la communication de proximité et l'enseignement des capacités en matière de vie courante pour le changement de comportement ainsi que la promotion de certaines pratiques.

En vue d'obtenir des impacts significatifs de changement de comportements et le développement socio-économique, la mise en œuvre d'une stratégie nationale et internationale de lutte a été adoptée. Il s'agira de doter les multiples acteurs du cadre de référence pour l'orientation des activités spécifiques avec des outils et supports adéquats soutenus par les partenaires techniques et financiers.

La multiplicité des acteurs nécessite la mise en place d'un cadre d'orientation et de coordination dans la gestion financière de ces fonds alloués.

La préoccupation principale du planificateur et gestionnaire du développement est d'assurer une allocation et utilisation des ressources qui optimise le développement économique et social. Cela est d'autant vrai aujourd'hui au Sénégal où les ressources financières disponibles sont assez insuffisantes par rapport aux besoins à satisfaire.

Dans ce contexte, la question fondamentale est de savoir comment rentabiliser au maximum les interventions VIH réalisées de manière à atteindre les objectifs prévus dans la lutte contre le sida et les IST. C'est là que le suivi et l'évaluation prennent toute leur importance en tant qu'instrument de gestion essentielle à l'exécution efficiente et efficace des politiques et programmes de développement.

Il s'agira pour cette phase de développer des programmes spécifiques nationaux de financement pour la lutte contre le Sida et les IST et d'appuyer les initiatives destinées aux groupes cibles.

Questions de recherche :

Quels sont les coûts et quelle est l'efficacité des interventions VIH au Sénégal en 2007 et 2008 ?

Quel est le rapport coût/efficacité des interventions VIH de la lutte contre le sida au Sénégal ?

Les objectifs de l'étude

- Objectif global

L'objectif global de notre étude est de contribuer à l'amélioration de l'efficacité des interventions du VIH au Sénégal à travers une analyse du rapport coût-efficacité.

- les objectifs spécifiques

Identifier les interventions VIH au Sénégal en 2007 et 2008 ;

Déterminer les coûts des interventions VIH ;

Déterminer les sources de financement de ces interventions ;

Apprécier le rapport coût-efficacité à travers une analyse de l'efficacité, la détermination de l'efficacité et l'efficience des interventions ;

Formuler des recommandations pour une meilleure efficacité

L'intérêt de l'étude

Cette étude suscite des intérêts pour chaque partie prenante à l'étude, le stagiaire, le CESAG, le CNLS.

- Le CNLS

L'analyse du rapport coût-efficacité permettra au CNLS de :

- Mesurer les effets de ses interventions pour les années 2007 et 2008
- Tirer les leçons des expériences vécues
- Intégrer la dimension efficacité dans la conduite de ses interventions

- Réorienter, réajuster ses axes d'interventions en fonction des besoins prioritaires de la riposte nationale
- Rechercher d'autres partenaires
- Les sources de financement

Les résultats de cette analyse seront pour elles :

- Un outil d'aide décisionnelle dans la continuation de leurs relations de partenariat ;
- Un indicateur de mesure de leurs contributions à la riposte de la pandémie ;
- Une appréciation de l'atteinte des objectifs
- Le stagiaire

Cette analyse permettra au stagiaire de :

- Renforcer ses connaissances dans la gestion des projets de manière générale et plus spécifiquement dans la gestion axée sur les résultats
- Mettre en pratique ses connaissances théoriques apprises durant la formation en démontrant sa capacité à analyser un problème de gestion
- Pouvoir formuler des recommandations à l'issue de cette analyse
- Contribuer à améliorer la gestion des programmes avec la prise en compte de la dimension coût-efficacité.
- Le CESAG

Au terme de cette étude, qui sonne la fin de la formation du stagiaire, le CESAG pourra :

- Evaluer la capacité d'analyse des stagiaires,
- Prendre en compte dans ses domaines de formation les inquiétudes des institutions, des sources de financement, pour l'atteinte d'un meilleur rapport coût-efficacité dans les projets.
- *Délimitation de l'étude*

Notre analyse portera essentiellement sur les domaines stratégiques prioritaires de la lutte contre le sida du cadre stratégique 2007-2011.

PREMIERE PARTIE : LE CADRE THEORIQUE

Cette partie a pour objet de faire le point sur les concepts relatifs au rapport coût-efficacité des projets en général. Cela aboutira à la conception d'un modèle d'analyse qui nous permettra d'évaluer le rapport coût-efficacité des interventions VIH au Sénégal.

Elle est subdivisée en deux chapitres :

- Chapitre 1 : Cadre Théorique de l'étude
- Chapitre 2 : Cadre contextuel de l'étude

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 1 : Analyse des concepts et démarche méthodologique

Ce chapitre passe en revue les notions clés concernant les concepts programme, projet d'une part et d'autre part le rapport coût-efficacité des projets.

Il comprend trois (02) parties :

- Généralités sur les concepts
- Modèles d'analyses

Les généralités sur les concepts

1.1.1 Généralités sur les concepts de projet

Selon le PNUD, **un projet** est un effort temporaire exercé dans le but de créer un produit, un service ou un résultat unique.

La nature temporaire des projets implique un commencement et une fin déterminée. La fin est atteinte lorsque les objectifs du projet sont satisfaits, ou lorsque le projet est arrêté parce que ses objectifs ne seront pas atteints ou ne peuvent pas l'être, ou lorsque le projet n'est plus utile. Le caractère temporaire du projet ne signifie pas nécessairement que sa durée est courte. Par ailleurs, le caractère temporaire ne s'applique pas généralement au produit, service ou résultat créé par le projet ; la plupart des projets sont entrepris pour créer un résultat durable. Par exemple, le projet d'ériger un monument national aboutira à un résultat prévu pour durer des siècles. Les projets ont dans leur majorité un impact social, économique et environnemental dont la durée est plus longue que les projets eux-mêmes.

Chaque projet crée un service ou un résultat unique. Bien que des éléments répétitifs se rencontrent dans certains livrables d'un projet, cette répétition ne change pas de manière fondamentale le caractère unique du travail du projet.

Un effort en continu est généralement un processus répétitif car il s'exerce en suivant les procédures existantes d'une organisation. Par contraste, et en raison de la nature unique des projets, des incertitudes peuvent exister sur les produits, les services ou les résultats.

Les **résultats d'un projet** sont les changements qualitatifs et quantitatifs produits directement par l'action. Les résultats sont en relation directe avec les objectifs de l'action. Ils sont donc clairement établis dans les documents de projet.

Les **effets d'un projet/programme** constituent les résultats de l'utilisation des produits obtenus. Il s'agit par exemple des changements positifs sur la population que l'on peut attribuer directement à l'intervention du projet.

L'**impact du projet** constitue le résultat des effets d'un projet. Il est l'expression des résultats obtenus effectivement et qui se manifestent au niveau des objectifs à long terme. L'impact est souvent défini comme étant le changement final dans le comportement de la population grâce à un projet/programme.

Après avoir défini le concept projet selon le PNUD, nous allons dans le cadre de notre mémoire définir quelques concepts selon l'ONUSIDA :

Le cadre logique

Le cadre logique est l'outil le plus utilisé dans la planification, gestion, suivi et évaluation des projets. Cet instrument oblige le planificateur ou manager des projets à raisonner de manière stratégique en opérant des choix sur les objectifs, les priorités, les domaines clés d'activité, les ressources et les compétences distinctives sur la base d'une étude de l'environnement ou du marché. Le cadre logique permet d'organiser sur un tableau les informations pertinentes relatives au but, objectifs, résultats attendus, activités et ressources du projet ainsi que ses critères et les moyens de vérification du succès et des hypothèses de base sur l'environnement du projet. En tant que tel, le cadre logique explicite les éléments critiques du projet et fournit des indicateurs vérifiables pour son suivi et évaluation.

Un indicateur

On peut définir l'indicateur comme un indice, ou une mesure, ou un nombre, ou un fait, ou une opinion ou une perception qui décrit un état ou une situation, et détermine les changements apportés à cet état ou situation au cours d'une période donnée. D'où leur importance primordiale pour le suivi et l'évaluation des projets de développement. Autrement dit, les indicateurs sont des descriptions opérationnelles (quantité, qualité, groupe cible, temps et localisation) des objectifs et des résultats de l'intervention, qui couvrent l'essentiel et qui peuvent être mesurées d'une façon fiable pour un coût acceptable.

Le suivi

Le suivi est un processus continu qui consiste à collecter, analyser et faire des rapports sur les informations spécifiques concernant l'exécution des activités d'un programme ou d'un projet. Le suivi a pour objectif de fournir des données pertinentes permettant de prendre des décisions et de réagir rapidement aux problèmes susceptibles d'entraver l'exécution harmonieuse des objectifs. A ce titre, le suivi permet de :

- Réduire les incertitudes, en mettant en évidence les contraintes ou les facteurs de blocage à l'exécution du programme ou du projet afin de permettre la prise des mesures correctives adéquates.
- Mettre en évidence les performances de réalisation par rapport aux prévisions financières, physiques et dans les temps.
- Mettre en place une gestion proactive afin d'éviter une gestion par crise ou réactive (résolution des problèmes d'exécution identifiés à temps).

L'évaluation économique

L'évaluation économique qui est un exemple d'analyse microéconomique, observe les coûts et les bénéfices pour des exemples particuliers de distribution de ressources, et détermine quelles seraient les répercussions positives ou non de changement d'allocation. L'évaluation cherche, par conséquent, à déterminer aussi systématiquement et objectivement que possible la pertinence, l'efficacité et l'effet d'un projet, en fonction de ses objectifs. (WHO Task Force on Health Economics, 1994).

On a de ce fait deux types d'évaluation économique :

L'évaluation économique partielle qui étudie les coûts ou les conséquences de programme de santé, ou d'un programme particulier.

L'évaluation économique complète qui observe les coûts et les conséquences de plusieurs programmes et les comparent.

Aussi, pour plus de clarté dans la compréhension des interventions VIH nous définirons quelques concepts selon la classification REDES :

Transaction/Activité: C'est l'unité de base du courant financier qui décrit la circulation des ressources d'une source vers un fournisseur qui les applique aux objets de la dépense pour développer un ou plusieurs services dirigés vers des groupes cibles spécifiés ou non.

Intervention/fonction : représente les diverses activités menées sur le terrain par les Prestataires pour la lutte contre le SIDA

Objet de la dépense : représente le bien ou le service que les ressources ont payé.

Groupe cible/population bénéficiaire : représente la population couverte par une intervention.

Facteur de production : intrant tel que ressource humaine, capital, ressource naturelle, technologie et gestion.

Fonds domestiques : totalité du financement interne de la lutte.

Fonds extérieurs : la totalité du financement externe de la lutte.

Dépenses réelles : montant total effectivement dépensé sur une période donnée.

Vecteur: catégorie qu'occupe un partenaire de la lutte contre le SIDA de par son rôle dans la réponse nationale, à l'exemple des vecteurs de financement (source et agents), vecteurs de provision (prestataire et interventions) et vecteurs d'utilisation (objet de dépense et bénéficiaires).

Sources de financement : entités de financement des agents.

Prestataire/fournisseur : entité spécialisée de la production de biens, de services ou d'activités liées à la lutte contre le VIH et le SIDA. Elle peut être issue du gouvernement, du privé, ou de la société civile.

Agents Financiers: entités qui reçoivent des ressources financières de différentes sources de financement et les transfèrent pour financer un programme ou pour payer des biens ou des services.

1.1.2 Les généralités sur les notions de coût-efficacité

1.1.2.1 La notion de coût

Selon le modèle REDES, les coûts représentent les dépenses estimées pour la mise en œuvre du programme.

Aussi, pour les économistes, le coût est la valeur des ressources mobilisées pour produire quelque chose, ou pour offrir un service de santé particulier ou un ensemble de services dans le cadre d'un programme de santé.

Le coût peut être défini comme correspondant aux ressources investies dans une activité et qui ne peuvent plus être utilisées pour autre chose. (DRUMMOND et al, 1997).

1.1.2.2 La notion d'efficacité

L'efficacité, ou résultat d'une intervention peut être évaluée en indicateur de résultat intermédiaire ou final.

Les indicateurs de résultats intermédiaires se rapportent spécifiquement au cas en question et sont, en général, simplement les unités évidentes dans lesquelles les résultats de ce traitement ou de cette action préventive seraient normalement mesurés.

Les indicateurs de résultat final sont en général le nombre de vies sauvées ou les années de vie sauvées. D'évidence, il est souhaitable de pouvoir utiliser les indicateurs de résultat final ; mais en pratique, de nombreuses analyses coût efficacité doivent utiliser les indicateurs de résultat intermédiaire. (Drummond, O'Brien, Torrance, Oxford 1997, chapitre 4).

1.1.2.3 *Analyse cout-efficacité*

Selon le PNUD, elle est un outil d'aide à la décision. Il a pour but d'identifier la voie la plus efficace, du point de vue économique, d'atteindre un objectif. Dans le cadre de l'évaluation, l'analyse permet de discuter l'efficacité économique d'un programme ou d'un projet.

Si l'on considère un programme qui a pour objectif majeur la création d'emplois, l'analyse coût-efficacité visera à estimer le nombre d'emplois créés par ce programme duquel le coût de chaque emploi pourra être déduit. Le cas échéant, la comparaison entre plusieurs programmes poursuivant le même objectif permettra de comparer les coûts induits par chaque pour un emploi créé. Cette comparaison fournit des indicateurs quantitatifs tangibles à la discussion sur le choix des méthodes comparées.

L'analyse coût-efficacité permet de comparer des politiques, des programmes ou des projets entre eux. Elle confronte plusieurs alternatives, notamment dans le but de savoir celle qui permet d'obtenir un résultat donné pour le coût le moins élevé.

Selon le « **Principe d'évaluation économique pour les responsables des programmes de contrôle des maladies tropicales, OMS** », pour réaliser une analyse cout-efficacité, un économiste calcule les rapports cout-efficacités. Ce sont les rapports du cout au résultat. Chaque intervention aura un rapport cout-efficacité, qui égale le cout total de l'intervention divisé par le nombre total d'unités de résultat.

Modèles d'analyses

1.1.3 Présentation du logiciel REDES

1.1.3.1 REDES : définition

Le REDES est un outil permettant d'observer, de collecter, d'estimer, d'organiser les informations clés et d'augmenter la compréhension des ripostes créées par la propagation du virus du Sida au cours d'une année précise sur un territoire bien défini.

Le REDES cherche à établir de façon distincte la source (interne ou externe) des fonds utilisés pour financer les réponses nationales à l'épidémie du VIH/Sida et les IST. Pour réaliser cet objectif, le processus de suivi de ressource suit les transactions financières

depuis sa source jusqu'à la destination finale (bénéficiaires recevant des biens et des services).

Le REDES ne se limite pas au suivi des dépenses de santé pour le VIH. Elle suit aussi des dépenses non sanitaires telles que l'atténuation sociale, l'éducation, le travail, la justice et autres secteurs de dépenses liées au VIH (réponse multisectorielle au VIH).

1.1.3.2 Domaines de couverture

➤ *Transaction*

Une transaction est un transfert de ressources entre différents acteurs économiques. Elle consiste à assurer le suivi des ressources depuis les sources de financement en passant par les agents financiers, les prestataires, en décrivant les activités qu'ils effectuent, en arrivant jusqu'aux bénéficiaires finaux.

Sources de financement

Les sources de financement sont des entités qui fournissent des ressources au financement des agents financiers pour être mises en commun et distribuées. Elles peuvent être du public, du privé ou du reste du monde. L'analyse de ces sources dans le cadre de la réponse au VIH/Sida permet de voir l'entité qui supporte le plus la lutte contre le fléau.

Agents financiers

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

➤ *Prestataires*

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

Catégories de dépenses REDES

Les catégories de dépenses REDES ou interventions représentent les diverses activités menées sur le terrain par les prestataires pour la lutte contre le VIH/Sida. Il peut s'agir d'une activité de prévention, de soins, de gestion de programme, etc.

Source Agent Financier Prestataire

Catégories de dépense

Objet de Dépense Bénéficiaire

Estimation des flux de ressources et des dépenses 13 de lutte contre le VIH/Sida

➤ *Population bénéficiaire*

Le groupe cible ou population bénéficiaire représente le nombre réel de la population couverte par une intervention en contrepartie des ressources dépensées.

Facteurs de production (lignes budgétaires / objets de dépense)

L'objet de la dépense ou facteur de production représente le bien ou le service que les ressources ont servi à payer pour une intervention donnée.

➤ *Chapitre des Catégories*

Les classifications dans leur ensemble sont destinées à couvrir de manière compréhensive et conséquente les catégories de dépenses Sida (ASC). Les programmes et les lignes de budget ont été structurés suivant huit (8) classes en chapitres de dépenses ou catégories de dépenses de Sida afin de percevoir de manière désagrégée l'apport de chaque activité dans la réponse nationale au VIH/Sida.

- **Prévention**

La prévention est définie comme un ensemble compréhensif d'activités ou de programmes destinés à réduire les risques liés au comportement. Son but est de réduire l'infection au VIH parmi la population et accroître la qualité et la sécurité dans l'offre de services de santé en termes de thérapie administrée ou principalement aux malades du Sida.

- **Soins et traitement**

Soins et Traitement se réfère à toutes les dépenses, achats, transferts et investissements occasionnés par les services visant l'accès clinique et à domicile, aux activités de traitement et de soins par les adultes et enfants infectés par le VIH.

- **Orphelins et enfants vulnérables**

Tous les services destinés à améliorer les conditions de vie des orphelins et enfants vulnérables et les familles affectées par le VIH/Sida.

- **Développement de programme**

Les dépenses de programme sont définies comme des dépenses occasionnées au niveau administratif en dehors des points de délivrance des soins de santé. Les dépenses de programme couvrent les services tels la gestion des programmes Sida, le suivi évaluation (M&E), le plaidoyer et les facilités en terme de réhabilitation d'équipement de laboratoires.

Incidations au recrutement et à la rétention des ressources humaines.

Les services de main d'œuvre à travers le recrutement, rétention, déploiement et l'exigence de qualité des travailleurs de la santé et autres gestionnaires par la performance en faveur de la lutte contre le VIH/Sida. Ces dépenses sont destinées à garantir la disponibilité des ressources humaines en rapport avec ce qui est couramment disponible dans le secteur de la santé.

- **Dépenses en atténuation**

Conventionnellement, la protection sociale se réfère aux fonctions du gouvernement en terme de provision d'avantages monétaires et non monétaires à des catégories de personnes dans le besoin, tels les malades, les personnes âgées, les altérés mentaux, les sans emplois, les exclus sociaux, et autres assimilés. La protection sociale prend en compte les services sociaux personnels et la sécurité sociale.

- **Développement communautaire et environnement favorable**

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

- **Recherches associées au VIH/Sida.**

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

1.1.3.3 *Approche*

L'Estimation des Flux des Ressources et Dépenses Nationales de lutte contre le Sida (REDES) est un outil qui capte les dépenses réelles effectuées aussi bien dans les secteurs santé que non santé (mitigation sociale, éducation, travail et justice) dans le cadre de la réponse nationale au VIH. Le besoin de suivre les dépenses liées au VIH découle du fait que les décisions concernant les allocations de ressources pour le sida doivent être fondées sur des évidences, sur la base d'une bonne structuration des dépenses selon le profil épidémiologique. On s'attend à ce que REDES fournisse des informations qui contribuent à une meilleure compréhension de la capacité d'absorption financière d'un pays, ainsi que sur les questions au sujet de l'équité, l'efficience et l'efficacité du processus d'allocation des ressources. En plus de l'établissement d'un système informatique continu du financement du sida, REDES facilite un établissement de rapports normalisés sur les indicateurs de suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH et le sida (UNGASS).

Enfin, REDES fournit des indicateurs de la réponse financière du pays au VIH et vient à l'appui du contrôle de la mobilisation des ressources.

1.1.3.4 *Les Principes de REDES*

REDES est un système de suivi systématique, périodique, multisectoriel et exhaustif des dépenses actuelles venant des secteurs international, public et privé. Il implique la saisie systématique des flux de ressources par les différentes sources de financement pour les prestataires par le biais de divers mécanismes de la transaction. Dans le cadre de cette méthodologie, REDES combine des procédés d'estimation "ascendante" et "descendante". L'estimation "ascendante" implique la construction d'estimations d'une unité de données locales, alors que l'estimation "descendante" implique la construction d'estimations à partir de plus larges agrégats.

REDES emploie des tables à double entrée ou des matrices pour représenter la source et la destination des ressources, afin d'éviter la double comptabilisation des dépenses par la reconstruction du flux de ressources pour chaque transaction à partir de la source de financement pour le fournisseur de services et la population bénéficiaire, plutôt que le simple ajout des dépenses de chaque agent qui commet des ressources pour le VIH et le sida.

La faisabilité de REDES repose sur des informations de base, l'identification des principaux acteurs et des sources potentielles d'information, de la compréhension des utilisateurs et des informateurs, ainsi que le développement d'un groupe interinstitutionnel chargé de faciliter l'accès à l'information, en participant à l'analyse des données, et de contribuer à la diffusion des données. Afin de répondre à temps aux exigences des planificateurs et des évaluateurs de politique, le REDES confronte des chiffres provenant d'une myriade de sources.

Dans les cas où il existe des données manquantes, les techniques de valeur sont utilisées pour estimer les dépenses effectives reposant sur les méthodes acceptées internationales de valeur et les normes utilisées pour mesurer rétrospectivement la dépense réelle passée.

1.1.3.5 *Flux financiers*

Une transaction est l'unité du registre de base. Elle est composée de tous les éléments du flux financier, le transfert de ressources financières à partir d'une source à un prestataire qui dépense l'argent dans les différents postes budgétaires pour produire des fonctions (ou

interventions) en réponse à la lutte contre le VIH et le sida au profit de groupes cibles spécifiques ou non.

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

1.1.4 Modèle d'analyse cout- efficacité

L'analyse coût-efficacité (ACE) permet d'évaluer l'efficacité d'un programme en reportant les dépenses engagées aux résultats obtenus. Elle répond à des questions du type « en avons-nous pour notre argent ? » en comparant des ratios de coût par unité de résultat, par exemple : coût par emploi créé, coût par vie sauvée, etc.

L'ACE se concentre sur l'effet principal souhaité et sur l'argent public dépensé pour obtenir cet effet. Cette analyse convient donc pour des programmes ayant un objectif principal clairement défini, à condition de pouvoir faire une estimation quantitative de l'effet obtenu et de disposer d'une référence de comparaison.

Cette analyse peut être conduite de manière ex-post pour évaluer l'efficacité d'un programme, ou ex-ante pour comparer l'efficacité de différentes options vis-à-vis de leur coût. Elle est particulièrement utilisée dans les domaines de l'emploi et de l'énergie. L'ACE est l'outil privilégié des Britanniques pour évaluer la « value for money » (rapport qualité prix) d'un programme.

Cette technique ne doit pas être confondue avec l'analyse coût-avantage qui s'intéresse à tous les effets et pas seulement aux coûts budgétaires, ni avec les autres méthodes de comparaison comme le parangonnage (benchmarking) qui s'intéresse principalement au processus de formation des coûts et des effets.

Les avantages et limites de l'ACE

Avantages	Limites
Outil de communication clair en direction des élus, qui ramène les résultats obtenus à des indicateurs quantifiables.	Se concentre uniquement sur l'effet principal. La technique est donc peu adaptée s'il y a un ensemble d'effets positifs et/ou négatifs.
Outil d'évaluation ex ante pour comparer différentes mesures aux objectifs identiques.	La technique suppose que l'on sache faire une estimation quantitative de l'effet obtenu (analyse d'impact).
Visibilité de l'efficience d'une intervention.	Il faut disposer d'une référence de comparaison.

L'ACE en 5 étapes

Étapes	Description
1. Référentiel	Déterminer l'objectif du programme. Quel est le résultat ou l'impact principal recherché? (nombre de vie sauvé)
2. Calcul du coût	Définir le coût total du programme. Addition de toutes les dépenses publiques qui ont été nécessaires pour obtenir le résultat ou l'impact recherché
3. Estimation de l'impact	Choisir l'indicateur quantitatif pertinent, observer son évolution, et estimer la part de cette évolution qui est attribuable au programme
4. Calcul du ratio coût-efficacité	le coût par unité d'effet obtenu. L'efficience est bonne si le ratio est faible.
5. Comparaison	Choisir une référence de comparaison à l'extérieur du programme (un autre programme qui a déjà été évalué avec la même approche, ou sur des variables économiques), ou à l'intérieur (comparaison entre plusieurs options alternatives, entre plusieurs modalités de mise en œuvre, etc.)

Chapitre 2 : Cadre contextuel de l'étude

Présentation et axes stratégiques du CNLS

Introduction

Découvert aux Etats-Unis depuis 1981, le SIDA (Syndrome de l'Immuno - Déficience Humaine) est devenu un fléau mondial donné par un virus nommé VIH (Virus de l'Immunodéficience humaine) qui attaque et détruit progressivement le système immunitaire de l'organisme.

Depuis les années 80, les autorités politiques mondiales, les gouvernements, le système des Nations Unies, les ONG et les réseaux de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sont particulièrement préoccupés par cette épidémie.

Situation épidémiologique

De 269 cas en 1989, le Sénégal est passé à 2 912 cas en fin novembre 1999 et 61 000 cas en 2005 à environ 67 000 cas (adultes et enfants) en 2007 avec 1800 décès du sida (adultes et enfants) pour 33 millions d'infectés et 2 millions de décès du sida dans le monde (Rapport 2008 ONUSIDA).

Toutefois, bien que la surveillance sentinelle montre une stabilité de la prévalence dans la population générale, la situation épidémiologique est décrite comme une épidémie de type concentré affectant plus spécialement les travailleuses du sexe (TS) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM).

En effet, les résultats de l'enquête démographique de santé (EDS IV) effectuée en 2005 ont montré qu'au niveau national, la prévalence globale (tous sexes confondus) est de 0.7 % avec une prévalence élevée chez les groupes dits à haut risque (21% chez les MSM et 18% chez les TS); les femmes, avec un taux de 0.9 % étant plus infectées que les hommes (0.4 %) soit un ratio d'infection femme/homme de 2,25.

Il faut aussi noter une Disparité géographique avec des régions dont les taux dépassent la moyenne nationale : Ziguinchor et Kolda au sud du pays.

Historique de la réponse nationale

La réponse à l'épidémie du SIDA au Sénégal a été précoce.

Dès le diagnostic des premiers cas en 1986, les autorités ont mis en place le Comité National de Lutte contre le SIDA placé sous la tutelle du Ministère de la Santé. Un Programme National de lutte contre le SIDA (PNLS) a été élaboré piloté par un comité pluridisciplinaire incluant les représentants de tous les ministères concernés, des ONG, des PVVIH et de l'Université.

En 2001, la coordination de la lutte contre le SIDA jusque là sous la tutelle du Ministère de la Santé, est élevée au niveau de la Primature et le Conseil National de Lutte contre le SIDA a été créé.

Le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS), placé sous la présidence du Premier Ministre, a été créé par le **Décret N° 2001 – 1063 du 10 décembre 2001 abrogé et remplacé par le Décret N° 2005 – 550 du 22 juin 2005.**

Les objectifs stratégiques

Le Plan National Stratégique de Lutte contre le SIDA 2007 – 2011, vise les objectifs stratégiques suivants :

- Le renforcement de la prévention de la transmission sexuelle dans les groupes très vulnérables avec le ciblage de 21 000 travailleuses du sexe et hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et plus de 5 000 000 de jeunes, femmes et adultes.
- Le dépistage volontaire sera passé à l'échelle non seulement au niveau national et régional mais aussi au niveau des districts. Ainsi, 712 720 dépistages volontaires seront réalisés durant la période 2007 - 2011.
- La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sera renforcée de même que la décentralisation dans tous les sites de Consultation Périnatale (CPN). 523 650 femmes enceintes ciblées bénéficieront du paquet de services de Prévention de la transmission Mère-Enfant (PTME).
- Les acquis de la Prise en Charge médicale seront renforcés, 11 700 malades seront sous traitement antirétroviral d'ici 2011.

- En matière de Suivi et Evaluation, la performance globale du système sera appréciée par un mécanisme de collecte de données intégrant le niveau communautaire et un renforcement des capacités des différents acteurs
- Enfin le renforcement des mécanismes de plaidoyer, de gestion et de coordination de la mise en œuvre de la réponse, y compris la co-infection VIH/Tuberculose), à travers une planification intégrée rigoureuse et décentralisée fondée sur des cartographies ciblées, un renforcement de l'engagement de l'Etat à travers la recherche de la performance des acteurs et les économies d'échelle dans la perspective de pérennisation du schéma institutionnel et de la riposte au SIDA.

Résultats par composantes stratégiques :

Objectif stratégique 1 : Renforcer la prévention de la transmission du VIH

Sept objectifs spécifiques détermineront les résultats attendus de la mise en œuvre des interventions liées à cette stratégie :

Objectif Spécifique 1.1 : Elargir la couverture des programmes de communication sur le SIDA.

Objectif Spécifique 1.2 : Réduire les comportements et les pratiques à risque de la transmission du VIH

Objectif Spécifique 1.3 : Améliorer la qualité de la Prise en charge des IST dans les services médicaux publics, privés, parapublics y compris militaires et confessionnels

Objectif Spécifique 1.4 : Assurer l'innocuité transfusionnelle en rapport avec le VIH et les autres IST dans tout le pays

Objectif Spécifique 1.5 : Assurer la sécurité des actes médicaux, biomédicaux et des expositions aux liquides biologiques

Objectif Spécifique 1.6 : Renforcer l'accès aux services de conseil et de dépistage volontaire du VIH

Objectif Spécifique 1.7 : Accélérer la couverture et l'accès aux services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)

Objectif stratégique 2 : Améliorer la Prise En Charge (PEC) globale du VIH

Objectif Spécifique 2.1 : Renforcer la prise en charge médicale des PVVIH

Objectif Spécifique 2.2 : Renforcer la prise en charge communautaire des PVVIH

Objectif Spécifique 2.3 : Renforcer la prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV)

Objectif Stratégique 3 : Promotion d'un environnement socio économique, politique et éthique favorable

Objectif Spécifique 3.1 : Renforcer le leadership national et local dans la lutte contre le SIDA

Objectif Spécifique 3.2 : Lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des groupes vulnérables

Objectif Spécifique 3.3 : Renforcer le partenariat national et international dans le soutien aux interventions à tous les niveaux

Objectif Spécifique 3.4 : Renforcer les capacités de réponse des principaux secteurs de développement (secteurs publics, acteurs de la société civile et du secteur privé).

Objectif Stratégique 4 : Renforcer le Suivi-Evaluation et la recherche

Objectif Spécifique 4.1 : Renforcer le système de planification, de suivi et d'évaluation

Objectif Spécifique 4.2 : Renforcer le système de surveillance épidémiologique et comportementale du VIH et des IST

Objectif Spécifique 4.3 : Promouvoir la recherche opérationnelle

Objectif stratégique 5 : Renforcer la gestion et la coordination

Objectif Spécifique 5.1 : Renforcer la coordination et la gestion au niveau national et régional

Objectif Spécifique 5.2 : Renforcer les capacités de gestion des approvisionnements et des stocks de médicaments et réactifs VIH.

Missions :

Instance consultative, le (SEN) CLNS est notamment chargé :

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

Acteurs de la Coordination et de la Gestion

La coordination de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi du programme national multisectoriel se fait à trois niveaux :

- Niveau national par : le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le SIDA (SE / CNLS) et L'Agence Fiduciaire
- Niveau sectoriel (Ministères) par les Comités sectoriels de lutte contre le VIH/SIDA (Comités internes)
- Niveau décentralisé par les comités techniques restreints des Conseils Régionaux de Lutte contre le SIDA (CTR / CRLS – CDLS –CLLS) et Les Unités d'Appui Régionales (UAR)

Le Secrétariat Exécutif du CNLS (SEN)

Le Secrétariat Exécutif National est l'organe national de coordination et d'appui à l'ensemble des activités se rapportant au SIDA dans le cadre de l'exécution du Plan Stratégique National. Il assure également le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des plans sectoriels et régionaux. Il est dirigé par un Secrétaire Exécutif en charge de la gestion stratégique de la lutte contre le SIDA.

Outre le personnel d'appoint, le Secrétariat Exécutif comprend huit (08) Unités de Programme dirigées par des Chargés de Programme et un Responsable Administratif et Financier pour la gestion du volet Fonds Mondial et par un Auditeur Interne.

- L'Unité Projet IDA (Banque Mondiale) : ce projet est terminé depuis fin 2010.
- L'Unité Secteur Public et de la Question des OEV (Enfants et Orphelins Vulnérables)
- L'Unité Décentralisation
- L'Unité Suivi Evaluation
- L'Unité Projet Fonds Mondial
- L'Unité Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS)
- L'Unité Communication
- L'Unité de Gestion Administrative et Financière (UGAF)

Enfin, la Gestion Financière du volet Banque Mondiale est assurée par l'Agence Fiduciaire (AF)

Les Unités de Programme et de Gestion

Unité Secteur Public et de la Question des OEV (Enfants et Orphelins Vulnérables)

Placé sous la supervision du Secrétaire Exécutif du CNLS, Le Chargé de cette Unité a pour mission de:

- Appuyer la finalisation et le démarrage effectif des plans d'actions 2007 des Secteurs Publics et la mobilisation de leur financement ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des 4 premiers mois des plans d'action 2007 des secteurs publics au niveau national pour le SE/CNLS ;
- Elaborer le rapport du premier trimestre 2007 du volet « Secteur public »
- Assurer le démarrage effectif du plan national OEV et de l'enquête situationnelle sur les OEV ;
- Veiller à la fonctionnalité du groupe OEV en collaboration avec le MEF ;
- Elaborer le rapport d'activités annuel 2006 du volet Secteur Public.

Unité Décentralisation

Placé sous la supervision du Secrétaire Exécutif du CNLS, Le Chargé de cette Unité a pour mission de:

- Assurer l'interface entre le Secrétaire Exécutif et les comités régionaux de lutte contre le SIDA ;
- Appuyer le processus de planification intégrée régionale en collaboration avec le chargé du Suivi-Evaluation ;

- ☛ Faciliter la mise en œuvre des plans intégrés régionaux de lutte contre le SIDA ;
- ☛ Superviser les équipes d'appui régional dans leurs tâches ;
- ☛ Veiller à la fonctionnalité des CRLS ;
- ☛ Assister les acteurs du niveau national dans l'exécution de leurs activités en relation avec le niveau décentralisé ;
- ☛ Promouvoir l'appropriation du Plan Stratégique de lutte contre le SIDA par les Collectivités locales ;
- ☛ Appuyer le chargé du Suivi-Evaluation du SE/CNLS dans la collecte des données dans la préparation et l'élaboration des rapports trimestriels et annuels sur les activités du niveau décentralisé ;
- ☛ Assurer l'élaboration, la signature et le suivi des conventions du niveau décentralisé.

Unité Suivi Evaluation (SE)

- ☛ Veiller à l'élaboration et à la mise en œuvre du Plan de Suivi-Evaluation du SE/CNLS ;
- ☛ Assurer la coordination du système national du Suivi-Evaluation sur le VIH/SIDA ;
- ☛ Veiller à l'élaboration et à la mise à jour périodique du tableau de bord des indicateurs du PNMLS ;
- ☛ Alerter en cas de besoin tous les responsables concernés par la mise en œuvre des niveaux d'atteinte régulière des indicateurs et des résultats du programme ;
- ☛ Veiller à ce que chaque entité récipiendaire du PNLS fasse régulièrement l'état d'avancement des résultats et la mesure des indicateurs qui lui sont fixés ;
- ☛ Veiller à la mesure et à la collecte régulières de tous les indicateurs de processus, de résultats, d'impact du plan stratégique de lutte contre le SIDA ;
- ☛ Assurer la préparation et la tenue des différentes revues, évaluations et audits techniques du programme national multisectoriel de lutte contre le SIDA ;
- ☛ Assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations des audits techniques, des revues et des évaluations du PNMLS et des profits gérés par le SE/CNLS ;
- ☛ Assurer le secrétariat des réunions du Comité Consultatif Suivi - Evaluation ;
- ☛ Appuyer l'élaboration des rapports trimestriels et annuels des projets gérés par le SE/CNLS en partenariat avec les équipes de coordination desdits projets ;
- ☛ Préparer et élaborer les rapports synthétisés annuels du programme national multisectoriel de lutte contre le SIDA (PNMLS) ;

- ☛ Veiller à l'élaboration systématique des rapports de supervision et de réunion du SE/CNLS.
- ☛ Appuyer le chargé de communication dans la qualité de la documentation des interventions et les charges des projets du SE/CNLS dans le suivi technique et la supervision des plans d'action des bénéficiaires et sous bénéficiaires
- ☛ Élaborer les rapports trimestriels et annuels des activités du Suivi -Evaluation des projets gérés par le SE/CNLS et du PNMLS.

Unité Projet Fonds Mondial (FM)

Placé sous la supervision du Secrétaire Exécutif du CNLS, Le Chargé de cette Unité a pour mission de :

- ☛ Coordonner pour le Secrétariat Exécutif du CNLS les activités du projet Fonds Mondial SIDA
- ☛ Assurer la coordination de la mise en œuvre du projet Fonds Mondial
- ☛ Assurer la mise en œuvre effective et performante du projet Fonds Mondial
- ☛ Assurer l'interface entre le SE / CNLS, le LFA, le CCM et le Portfolio du Fonds Mondial,
- ☛ Veiller à la planification et à la mise en œuvre régulière et performante des Plans d'actions annuels et des plans d'activités trimestriels du Projet du Fonds Mondial
- ☛ Préparer et élaborer des rapports trimestriels et annuels du projet Fonds Mondial
- ☛ Assurer le suivi et organiser la collecte des informations relatives aux activités SIDA financées par le Fonds Mondial
- ☛ Assurer le suivi des recommandations du CCM, du LFA et du portfolio du Fonds Mondial

L'Unité Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS)

Placé sous la supervision du Secrétaire Exécutif du CNLS, Le Chargé de cette Unité a pour mission de:

- ☛ Mettre en place le plan de gestion des achats et des stocks de médicaments, réactifs et autres produits des projets du SE/CNLS et coordonner sa mise en œuvre
- ☛ Assurer l'interface du SE/CNLS avec le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (Division SIDA/IST et PNA) : dans l'évaluation des besoins, l'établissement et le suivi des commandes, l'état des stocks et les rapports

- ☛ Veiller à la qualité du système d'approvisionnement, de distribution et de stockage des Médicaments (ARV), réactifs et autres produits VIH/SIDA (pré qualification OMS, conservation de la chaîne de froid, gestion des produits périmés ou proches de la péremption, traçabilité...)
- ☛ Assurer la mise en place d'un système de gestion informatisé sur la comparaison des prix des Médicaments (ARV), réactifs et autres produits VIH/SIDA sur le plan international, dans le but d'une réduction des coûts d'approvisionnement et d'un suivi semestriel du répertoire de ces fournisseurs, et assurer le suivi des prix des produits VIH/SIDA dans le site Web du Fonds Mondial (Price Reporting Mechanism)
- ☛ Représenter le SE/CNLS dans les comités de gestion des médicaments et réactifs et dans les commissions de marchés des Médicaments (ARV), réactifs et autres produits VIH/SIDA

Unité Communication

Placé sous la supervision du Secrétaire Exécutif du CNLS, Le Chargé de cette Unité a pour mission de:

- ☛ Assurer la coordination de l'élaboration du plan de communication nationale de lutte contre le SIDA
- ☛ Assurer la coordination de la communication institutionnelle du SEN
- ☛ Veiller à la rétro information des acteurs du niveau national, régional et international
- ☛ Faciliter la communication interne du SE/CNLS

Unité de Gestion Administrative et Financière (UGAF)

L'UGAF assure la Gestion Administrative du Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) et la **Gestion Financière pour le financement Fonds Mondial conformément à l'Accord de Subvention.**

Placé sous la supervision du Secrétaire Exécutif du CNLS, Le Responsable Administratif et Financier a pour missions de:

- ☛ Assurer la gestion financière et comptable du projet fonds mondial en particulier

- Assurer la conception de procédures ou de systèmes de gestion du PNLS ; organisation de l'implantation de ces procédures et systèmes comptables régionaux ;
- Assurer la préparation, la consolidation et la mise à jour des budgets du SE/CNLS, du projet du fonds mondial en particulier
- Assurer la gestion courante du SE/CNLS et la gestion du patrimoine du SE/CNLS ;
- Assurer la gestion des ressources humaines du SE/CNLS
- Assurer la mise à disposition des fonds nécessaires pour la conduite des interventions planifiées par le SE/CNLS dans le cadre du projet fonds mondial;
- Assurer le suivi et le contrôle de l'utilisation des fonds mis à la disposition des sous – récipiendaires du projet géré du fonds mondial.
- Assurer l'élaboration des rapports financiers trimestriels et annuels du projet Fonds Mondial et du PNMLS
- Contribuer aux audits internes annuels

L'Auditeur Interne

Placé sous la supervision du Secrétaire Exécutif du CNLS, il a pour mission de:

- Exécuter les missions d'audit interne en conformité avec les normes internationales régissant la pratique professionnelle de l'Audit interne et les procédures admises ;
- S'assurer de l'application des procédures dans les domaines de l'administration générale, de la passation des marchés, de la gestion financière mais surtout de toute la procédure débouchant sur le financement des bénéficiaires ;
- Identifier les dysfonctionnements au niveau de tous les acteurs (SE/CNLS et ses démembrements, Agence Fiduciaire, Comité d'approbation etc.. et ainsi que leurs conséquences et proposer des solutions au SE/CNLS pour y remédier ;
- Conduire les missions de contrôle opérationnel de terrain afin de s'assurer que les procédures sont respectées et que les activités des bénéficiaires se déroulent de manière satisfaisante;
- Contribuer au renforcement de capacités de tous les acteurs sur la base des faiblesses identifiées ;
- Apprécier les transactions financières à posteriori et par sondage les transactions financières, en s'assurant de leur opportunité, de leur régularité et des niveaux de risques, fraudes et corruptions éventuelles ;

- ☛ S'assurer de la mise en œuvre des recommandations des audits externes, et des différentes missions de supervision y compris celles de l'IDA ;
- ☛ Travailler en collaboration avec les auditeurs financiers et techniques ;
- ☛ Coordonner l'évaluation des performances de l'Agence Fiduciaire et de l'Unité de Gestion Financière (UGAF) du SE/CNLS ;
- ☛ Coordonner les activités des investigateurs ;
- ☛ S'assurer de l'efficacité des outils de contrôle en place et le cas contraire procéder à leur mise à jour ;
- ☛ Contrôler, vérifier et s'assurer de la régularité des opérations, du niveau de risques, fraudes et corruptions éventuelles.
- ☛ Il élaborera dans les deux mois qui suivent son recrutement, un programme de travail qui sera soumis au Secrétaire Permanent.
- ☛ Un rapport trimestriel sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de son programme, les difficultés rencontrées, les solutions envisageables pour l'exécution de sa mission, devra être disponible dans les 45 jours qui suivent la fin du trimestre.

L'Agence Fiduciaire (AF)

La mise en œuvre de l'Agence découle de l'engagement de l'Etat du Sénégal et des partenaires au développement en vue de gérer la pandémie du SIDA avec efficacité et en toute transparence.

L'Agence, qui relève du faire faire, est conçue et constituée comme l'organe chargé de procéder à la planification des ressources du programme de lutte contre le SIDA, en effectuant dans des délais adéquats, les décaissements au profit des différents acteurs, tout cela selon un rythme satisfaisant pour toutes les parties prenantes. Le trait principal de l'Agence est d'être un organisme géré de manière moderne, indépendante et capable de rendre compte régulièrement à tous les acteurs et à toutes les parties prenantes.

Méthodologie de recherche

2.1.1 Terrain d'enquête

Notre choix s'est porté sur la ville de Dakar comme terrain d'étude. Etant la capitale économique et politique du Sénégal, elle constitue la ville la plus importante du pays. Toutes les couches sociales y sont représentées ; que se soit au sein des grandes institutions et les grands centres d'affaires ou les ONG.

En cette qualité, la ville s'avère comme le réceptacle des effets du dynamisme socio-économique du pays, symbole de l'abondance et de la modernité. Avec ses communes, elle ne pourrait échapper aux maux des grandes villes tels que : le phénomène d'enfants de la rue, de chômage et de la misère. Ceci favorise une certaine sexualité entrant dans le cadre de procédé de suivie pour la majorité, ainsi que pour une compensation d'une crise d'estime de soi.

En conséquence, on assiste à une propagation de maladies sexuellement transmissibles (MST) et du SIDA dont la conséquence semble être la stagnation du taux de prévalence.

C'est partant de ces aspects qui engorgent la ville, que nous avons jugé que Dakar pourrait en tout point de vue, répondre aux préoccupations de notre étude en tant que cadre physique.

Cependant, la spécificité de notre sujet, nous a conduit à choisir certains ministères, certaines ONG et certains partenaires qui du point de vue de la riposte nationale à la séroprévalence sont les en plus en vue.

2.1.2 Population

Cette population se définit comme celle qui doit nous servir de base de sondage dans le cadre du recueil des données sous forme d'enquête sur le terrain. Pour mieux éclairer notre objet d'étude, il nous est fondamental de diversifier nos sources d'informations.

De prime à bord, nous devons classer les acteurs de la lutte contre le VIH/Sida au Sénégal en quatre (04) catégories :

- les sources de financement,
- les agents de financement,

- les prestataires,
- les bénéficiaires

Cependant, l'ensemble de notre population d'enquête étant très vaste et très diversifié, nous avons procédé par échantillonnage pour les besoins de notre enquête.

2.1.3 Echantillonnage

L'échantillon, censé contenir toutes les caractéristiques de la population mère, est le véritable outil de travail, de recherche opérationnelle. Il faudra à cet effet user d'une bonne technique de sondage afin d'obtenir un échantillon représentatif. Ainsi, nous avons eu recours à la méthode des quotas pour le choix des éléments de cet échantillon compte tenu d'une part des contraintes logistiques, académiques, statistiques précises dont souffrent nos populations d'enquête et d'autre part de l'absence de réponses adéquates des structures à interroger en fonction de notre sujet. Toutefois, le quota fixé, nous avons été amenés pour certains échantillons à procéder à la méthode non aléatoire afin de choisir les éléments en l'occurrence ceux les plus vus sur le terrain.

Cependant, cette duplicité de sondage n'entache en rien la crédibilité scientifique de notre étude.

Cette technique non aléatoire que nous avons employée pour certaine population d'enquête, obéit au critère de financement important reçu ou octroyé, d'où elle accorde à chacune des unités de ces populations une chance commune non nulle de représentativité à l'échantillon.

2.1.4 Méthode et techniques d'enquête

Il s'agit d'une étude exploratoire et descriptive visant à faire l'état des lieux sur la question des dépenses liées aux interventions VIH/SIDA au Sénégal concernant les années 2007 et 2008 . C'est pourquoi, l'évaluation économique, par sa vision de performance des interventions ne peut se défaire des méthodes utilisées en sciences de gestion. C'est ainsi que nous avons senti le besoin d'usage de celles-ci en vue de mieux cerner notre objet d'étude, et d'en obtenir des résultats fiables à la vérification de nos hypothèses. Nous retiendrons donc pour outil d'investigation : la pré enquête, le questionnaire sans oublier la recherche documentaire.

2.1.4.1 *Pré enquête*

La pré enquête demeure a priori, une étape cruciale de la recherche ; car elle nous a permis de prendre contact avec le terrain de l'étude et de tester les instruments d'enquête tel que le REDES afin de l'adapter à la réalité pour pouvoir mieux saisir les faits. Elle nous a renseigné sur la pertinence des questions et aussi à juger leur tolérance.

2.1.4.2 *Recherche documentaire*

Le premier niveau d'investigation a été celui de la recherche documentaire. Cette technique n'est pas à confondre avec le recours documentaire de l'observation indirecte. C'est une étape très importante qui débute avant toute recherche. Elle a permis de fixer le cadre conceptuel de l'enquête, de circonscrire avec précision le champ de l'enquête. Elle a consisté à identifier et exploiter tous les écrits disponibles traitant de la question des financements dans la lutte contre le sida, les dépenses liées aux interventions VIH/SIDA au Sénégal. Il s'agit d'études (rapports, communications, publications scientifiques, etc.), de rapports d'activités des organismes internationaux, de fascicules d'ateliers et de séminaires, de livres, de mémoires et de thèses de fin de cycle.

2.1.4.3 *Questionnaire et guide d'entretien*

Un type de questionnaires a été administré à toutes les populations enquêtées. Ce questionnaire est établi selon les normes du logiciel REDES. Ce questionnaire est composé de trois (03) parties :

- Une partie concernant la catégorie de dépense SIDA : prévention, prise en charge, traitement, soutien et mitigation sociale.
- Une autre partie concerne les populations bénéficiaires et les facteurs de production.
- Une dernière partie qui prend en compte les objets de dépenses et les activités, concerne directement les prestataires c'est-à-dire les associations ou ONG, ou structures de lutte contre le sida.

A cela, il faut ajouter des entretiens individuels ou des interviews pour pallier les limites ou incompréhensions des classifications du REDES d'une part et d'autre part pour nous familiariser avec l'enquête et obtenir certains détails importants. Ces entretiens et interviews

se sont déroulés dans une atmosphère détendue, sympathique, sereine et quelque fois sans tabous.

2.1.5 Méthode d'analyse des données

Selon la méthode d'étude mise en place, les données recueillies ont subi deux procédures d'analyse : une qualitative, l'autre quantitative.

2.1.5.1 Analyse quantitative

Les données recueillies à partir du questionnaire et relatives aux dépenses liées aux interventions VIH/SIDA, etc. ont été quantifiées pour donner une vue générale de ces questions dans la population enquêtée à travers une description des dépenses, à travers des estimations ponctuelles et des représentations graphiques. Pour ce faire, après la codification, la saisie, l'apurement des données, une analyse statistique a été faite. Les résultats de cette analyse quantitative ont été rendus en différenciant les types de financements et leurs destinations. Ensuite, une analyse globale a été réalisée.

2.1.5.2 Analyse qualitative

Les données qualitatives recueillies à partir du guide d'entretien individuel et approfondi ont été transcrites sur support papier, puis ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. L'analyse a mis en évidence le contenu des différentes rubriques des instruments d'enquêtes utilisés. Les réponses données sur chacune des rubriques ont été recherchées dans tous les entretiens et rangées manuellement dans des catégories.

2.1.6 Difficultés rencontrées

Elles sont de divers ordres :

Il n'y a pas de bonnes œuvres sans difficultés, dira-t-on. En effet, des difficultés nous en avons eu de tout genre à l'instar de toute étude de recherche. Mais les plus en vue seront juste citées.

Ainsi, dans le déroulement des investigations, force est de reconnaître que vu l'ampleur du sujet d'étude, le fait d'être seul à faire subir le questionnaire et à nous faire accorder des interviews a été souvent un handicap.

Aussi, la méfiance même de certains enquêtés et d'autres acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA a non seulement ralenti notre intégration dans les ONG ou Associations mais et surtout notre accession aux informations financières. Les enquêtés, en dépit de l'accueil fort sympathique qu'ils nous ont accordé ont pour certains, traîné les pieds pour répondre aux questionnaires. Il a fallu toute la diplomatie des responsables, du maître de stage et ses collaborateurs afin qu'ils acceptent de donner les informations.

Enfin, les dernières difficultés étaient essentiellement dues à l'indisponibilité et à la réticence de certains responsables (très occupés, souvent en voyage). Accompagnées des attentes longues pour des interviews qui accouchent souvent d'une souris ou parfois annulées pour cause d'imprévues, dues à la grande mobilité des hommes dans ce milieu du VIH/SIDA.

Pour clore, nous disons que nous avons eu à subir la réticence face à la bonne gouvernance, mais cela n'est pas inhérent au dynamisme dont jouit la riposte nationale sur le VIH/SIDA.

DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL

Cette partie concernera la présentation des résultats des enquêtes, l'analyse et les recommandations.

Elle est subdivisée en trois chapitres :

Chapitre 3 : Présentation des résultats selon les coûts et les objectifs

Chapitre 4 : Analyse coût-efficacité des interventions VIH

Chapitre 5 : Les perspectives et réalités de la lutte contre le sida

Chapitre 6 : Recommandations

Chapitre 3 : Présentation des résultats sur les dépenses allouées à la lutte contre le sida

Structure générale des dépenses consacrées à la lutte contre le Sida

Au Sénégal, l'estimation des flux de dépenses de lutte contre le VIH /SIDA et les IST pour l'année 2008 s'élève respectivement à la somme de 13,1 milliards F.CFA, contre 12,16 milliards de F.CFA en 2007. Il ressort un accroissement des dépenses de 7,68% de 2007 à 2008.

Dans le cadre de la réponse nationale de la lutte contre le VIH/SIDA, selon les résultats de l'estimation REDES, le Sénégal a bénéficié de trois sources de financement : les Fonds publics ; les Fonds privés et les Fonds internationaux.

2.1.7 Sources de financement

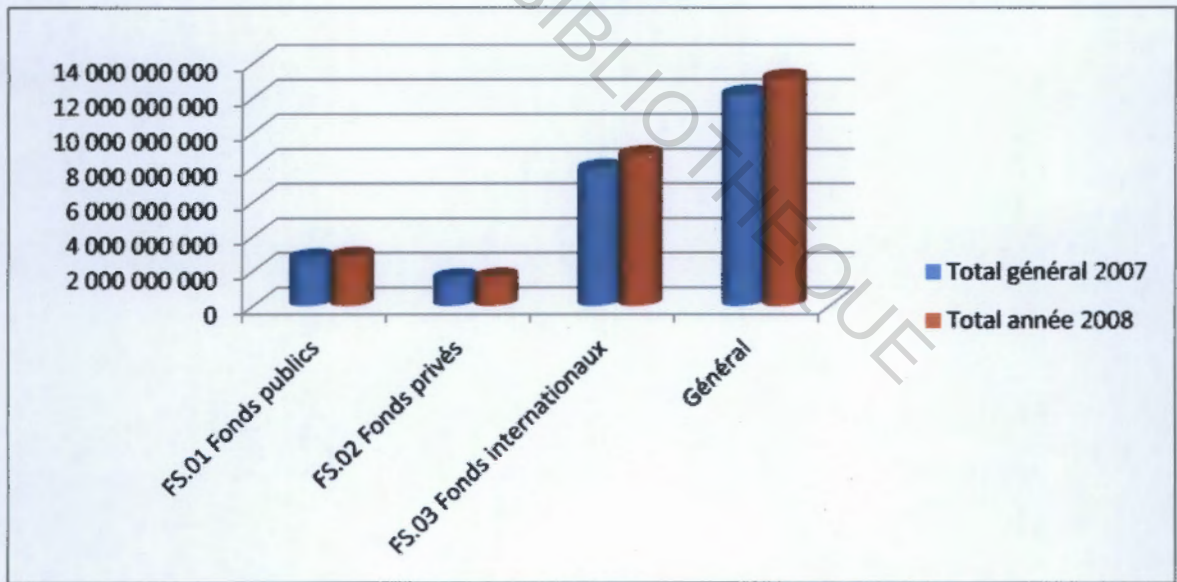
Les sources de financement de la réponse nationale au sida sont les financements intérieurs et extérieurs. Les financements intérieurs sont constitués des fonds publics (Budget de l'Etat, prêts remboursables et autres fonds publics non classés ailleurs) et les fonds privés (autofinancement des entreprises, fonds des ménages et fonds propres des institutions à but non lucratives).

Les financements extérieurs comprennent les fonds fournis par les partenaires bilatéraux, les multilatéraux et les ONG internationales et fondations. La situation consolidée des dépenses par source de financement est présentée dans le tableau ci-après :

	Total général 2007	Total année 2008
FS.01 Fonds publics	2 710 347 784	2 812 523 889
FS.02 Fonds privés	1 566 428 497	1 604 669 558
FS.03 Fonds internationaux	7 882 850 258	8 676 380 445
FS.03.01 Contributions bilatérales directes	4 394 616 379	4 580 131 988
FS.03.02 organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	3 242 036 370	3 858 162 794
FS.03.03 organisations et fondations internationales à but non lucratif	246 197 509	238 085 663
Total général	12 159 626 539	13 093 573 892

Source : tableau REDES 2007 et 2008

Figure 1 : Répartition des dépenses par source de financement



La source de financement la plus importante reste les fonds internationaux, les deux années durant, qui ont fourni respectivement 8,676 milliards de F.CFA soit 66,26% du montant total des dépenses en 2008 contre 7,882 milliards de F.CFA soit 64,82% en 2007.

Les fonds publics, composés des recettes du gouvernement et des prêts remboursables, sont de 2,812 milliards de F.CFA en 2008 contre 2,71 milliards de F.CFA en 2007, soit une augmentation de 3,76%. Cette modeste augmentation pourrait s'expliquer au fait que les prêts remboursables sont désormais imputables aux ressources internes.

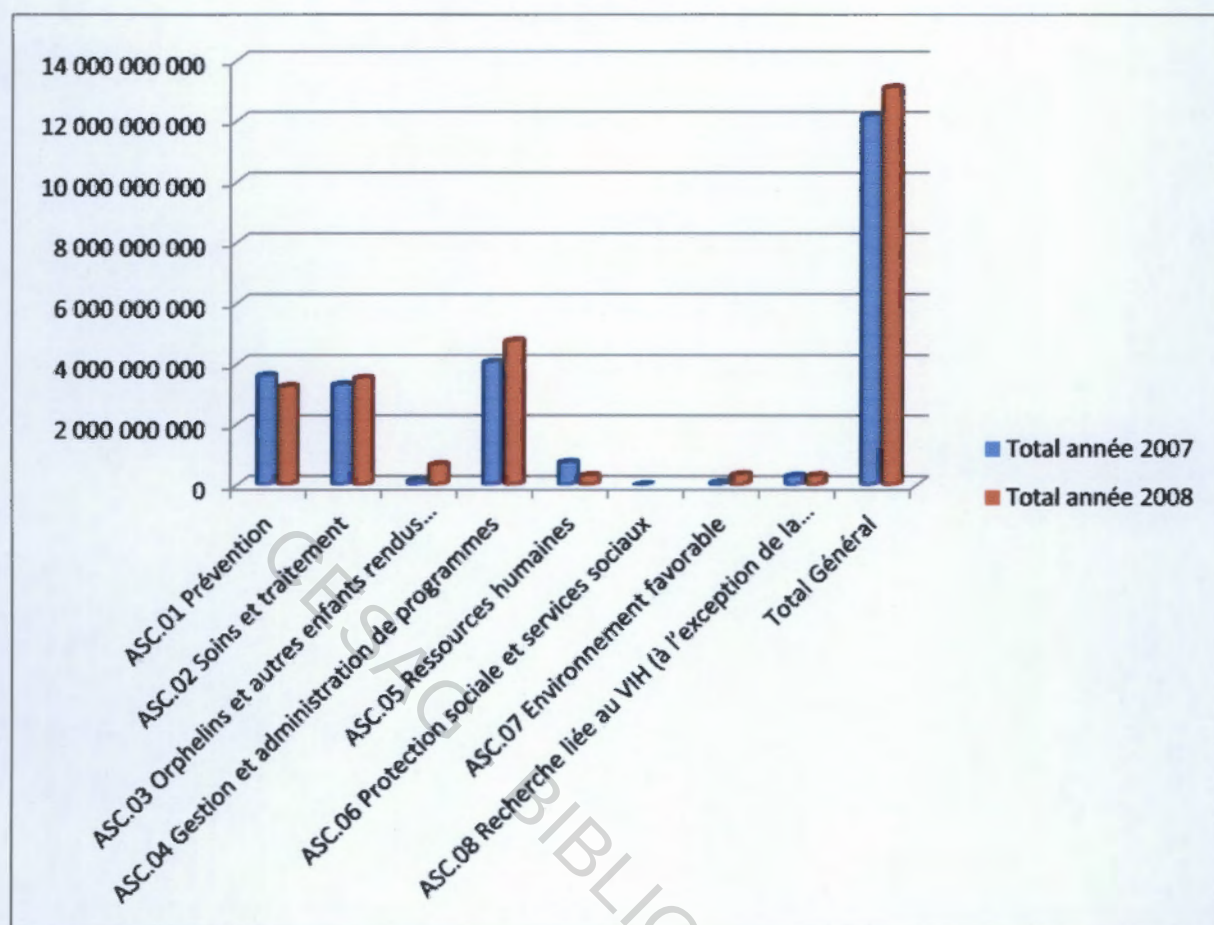
Les fonds privés composés des ménages et des entreprises, sont de 1,604 milliards de F.CFA en 2008 contre 1,566 milliards de F.CFA en 2007, soit une augmentation de 2,38%. Cette faible augmentation est liée à la faible croissance du revenu face à la réduction de la charge des ménages. Cette réduction pourrait s'expliquer en grande partie par la baisse de la contribution des patients sous ARV à l'achat des antirétroviraux. En effet, cette catégorie de source de financement est dominée par les fonds des ménages qui sont de 1,594 milliard de F.CFA en 2008 contre 1,554 milliards de F.CFA en 2007.

2.1.8 Situation des dépenses par intervention

Rubriques	Total année 2007	Total année 2008
ASC.01 Prévention	3 603 776 695	3 234 158 381
ASC.02 Soins et traitement	3 293 077 673	3 518 700 167
ASC.03 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	131 444 139	662 116 237
ASC.04 Gestion et administration de programmes	4 040 926 360	4 747 646 729
ASC.05 Ressources humaines	739 013 169	298 739 737
ASC.06 Protection sociale et services sociaux	2 526 310	
ASC.07 Environnement favorable	67 090 935	331 915 498
ASC.08 Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)	281 771 258	300 297 141
Total Général	12 159 626 539	13 093 573 890

Sources : Tableau REDES 2007 et 2008

Figure 2 : Résumé des dépenses par intervention en 2007 et 2008



L'analyse du graphique ci-dessus montre que de façon globale, les dépenses allouées à la lutte contre le VIH ont connu une augmentation de 7,68% de 2007 à 2008. Les tendances de l'affectation des ressources entre les différentes interventions ont connu sensiblement des variations sur les 02 années.

Toutefois, deux types d'affectation se dégagent :

- ✓ D'une part les catégories qui ont enregistré une hausse de dépenses de 2007 à 2008 que sont les soins et traitements (7% de hausse), les OEV (404% de hausse), la gestion et l'administration des programmes (17% de hausse), l'environnement favorable (395% de hausse), et la recherche liée au VIH (7% de hausse).
- ✓ Et d'autre part les catégories qui ont enregistré une baisse de dépenses de 2007 à 2008 que sont la prévention (10% de baisse), les ressources humaines (60% de baisse), la protection sociale et services sociaux (100% de baisse).

Nous constatons également que pour les deux années, très peu de ressources sont consacrées aux activités liées à la protection sociale et services sociaux, les activités de recherche liées au VIH/SIDA, à la ressource humaine.

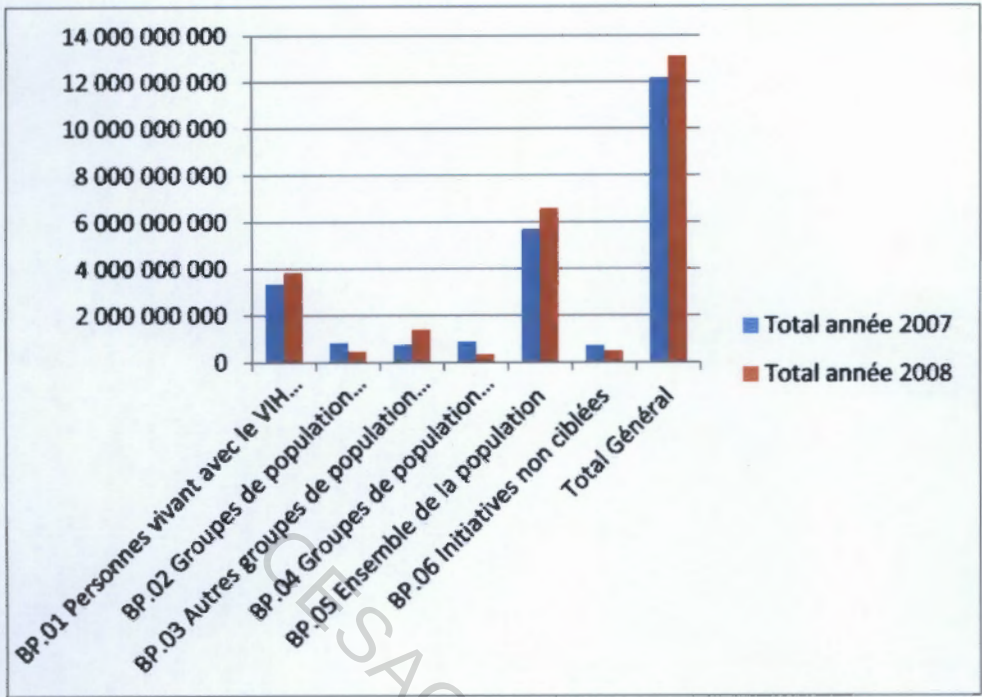
La décision de financer la réalisation des interventions étant du ressort du Gouvernement sur la base du cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2007-2011, la priorité a été accordé particulièrement à la gestion et administration des programmes qui compte en son sein des rubriques très importantes selon la méthode REDES comme le suivi et évaluation des programmes, la planification, la surveillance sérologique ; des soins et traitements, aussi la prévention malgré sa baisse regrettable.

2.1.9 Structure des dépenses par groupe cible

Rubriques	% en 2007	Total année 2007	Total année 2008	% en 2008
BP.01 Personnes vivant avec le VIH (indépendamment du diagnostic médical/clinique concernant le sida)	27,4%	3 327 030 944	3 834 740 604	29,3%
BP.02 Groupes de populations particulièrement vulnérables	6,7%	817 698 641	462 713 053	3,5%
BP.03 Autres groupes de population clés	6,1%	744 952 921	1 390 395 018	10,6%
BP.04 Groupes de populations spécifiques « accessibles »	7,2%	873 331 834	339 529 880	2,6%
BP.05 Ensemble de la population	46,8%	5 689 058 566	6 592 625 953	50,4%
BP.06 Initiatives non ciblées	5,8%	701 373 207	470 717 975	3,6%
Total Général	100,0%	12 153 446 113	13 090 722 483	100,0%

Sources : Tableau REDES 2007 et 2008

Figure 3 : Répartition des dépenses par population bénéficiaire



La figure 3 montre que (03) trois groupes de population bénéficiaire ont majoritairement bénéficié des interventions exécutées dans le cadre de la réponse au VIH/Sida. Il s'agit des personnes vivant avec le VIH (29% des dépenses totales en 2008 contre 27% en 2007), de l'ensemble de la population (50% des dépenses en 2008 contre 47% en 2007), et les autres groupes de population clés (11% des dépenses totales en 2008 contre 6% en 2007).

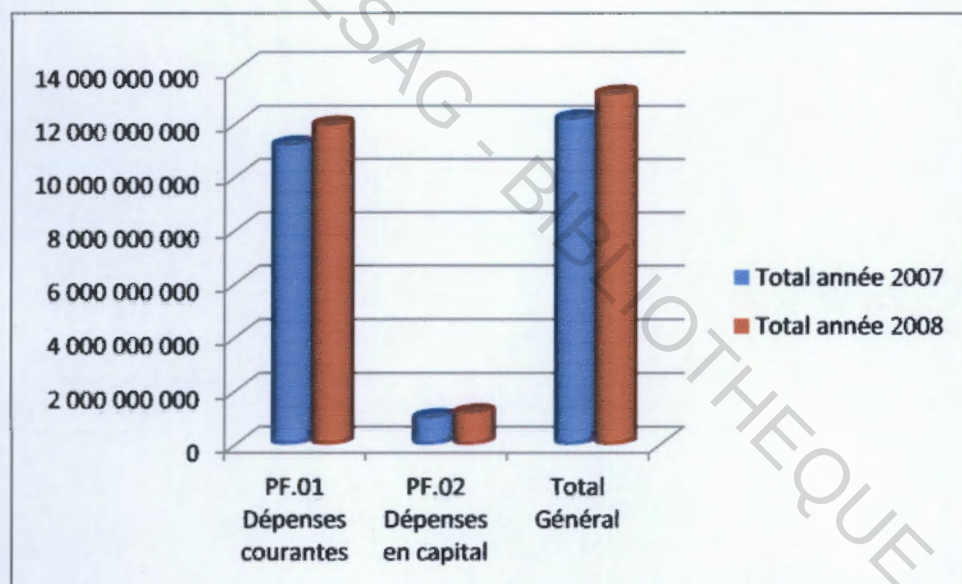
Nous constatons un accroissement des dépenses dans les catégories des PVVIH (15% de hausse), des autres groupes de population clés (87% de hausse), l'ensemble de la population (16% de hausse) à l'exception des catégories comme les groupes de population particulièrement vulnérables (43% de baisse), les groupes de population spécifiques accessibles (61% de baisse) et les initiatives non ciblées (33% de baisse).

2.1.10 Structuration des dépenses par objet de dépenses

Rubriques	Total année 2007	Total année 2008
PF.01 Dépenses courantes	11 181 664 386	11 931 724 755
PF.02 Dépenses en capital	977 616 807	1 161 807 239
Total Général	12 159 281 193	13 093 531 994

Source : Tableau REDES 2007 et 2008

Figure 4 : Répartition des dépenses par objet de dépense en 2007 et 2008



Les dépenses relatives aux objets de dépenses sont composées de dépenses courantes (91,12% des dépenses totales en 2008 contre 91,95% en 2007) et de dépenses en capital (8,8% des dépenses en 2008 contre 8,05% en 2007).

Les dépenses courantes sont essentiellement constituées des revenus du travail (21,33% des dépenses courantes en 2008 contre 26,34 en 2007) et de fournitures et services (78,64% des dépenses courantes en 2008 contre 73,36 en 2007) selon le tableau global REDES des dépenses par objet de dépense.

Dans le cadre de l'exécution des différentes activités, les principaux facteurs de production payés sont les revenus salariaux, les biens consommables. En effet, les

antirétroviraux, les réactifs et consommables, les salaires et les nutriments représentent les principaux achats des 02 années.

Résultats des objectifs atteints en 2007 et 2008

2.1.11 Prévention

Il s'agit de l'axe stratégique 1 et la première priorité de la riposte nationale dans le plan stratégique 2007-2011.

Les résultats dans le domaine « prévention » s'articuleront particulièrement sur les composantes IEC/CCC, CVD, PTME, et de la sécurité transfusionnelle.

Les principaux résultats obtenus seront présentés dans les tableaux ci-après :

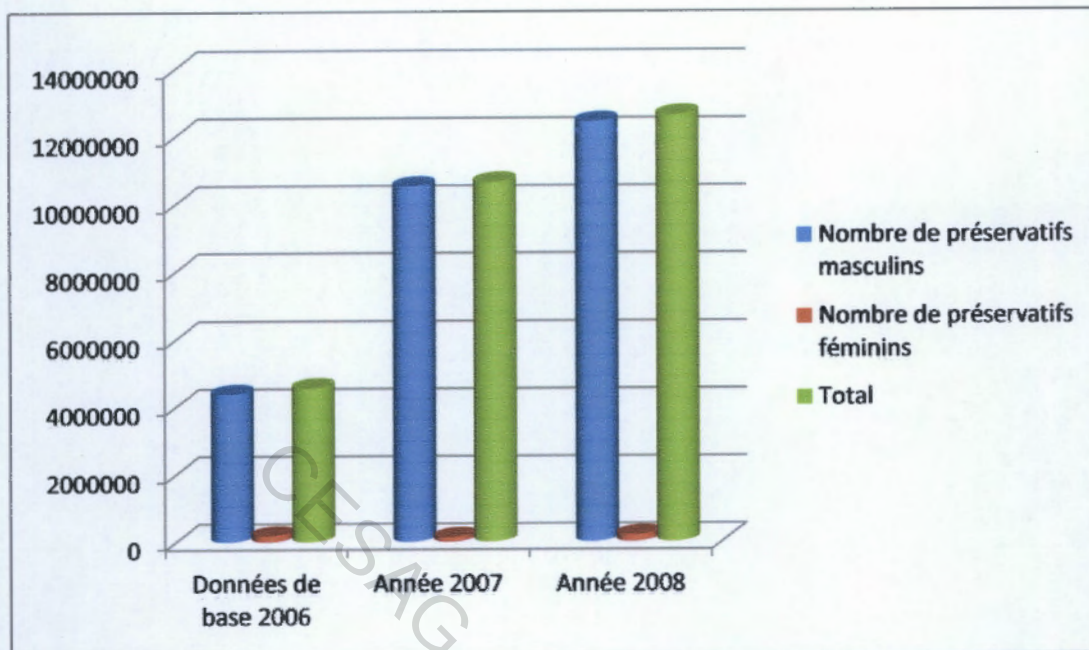
➤ Les résultats de l'axe stratégique IEC/CCC

Tableau 1: Nombre de préservatifs distribués en 2007 et 2008

	DB/2006	2007	2008
Nombre de préservatifs masculins	4 376 300	10 516 958	12 424 324
Nombre de préservatifs Féminins	177 711	126 431	194 000
TOTAL	4 554 011	10 516 958	12.618324
Résultats attendus	-	11 500 000	12 000.000
Performances annuelles	-	92,60%	105,20%

Source : Rapport annuel 2008 du programme national

Figure 1 : Courbe de croissance sur la distribution des préservatifs en 2007 et 2008



A travers les résultats obtenus, nous constatons que la quantité de préservatifs distribués a connu une croissance de 18,13% en passant de 10,643 millions préservatifs(masculins et féminins) distribués en 2007 à 12,618 millions de préservatifs distribués en 2008.

Nous constatons que malgré la faible distribution de préservatifs féminins par rapport aux préservatifs masculins, il est opportun de remarquer qu'elle a noté une évolution d'où sa croissance de 53,44% avec 194 000 distribués en 2008 contre 126 431 en 2007.

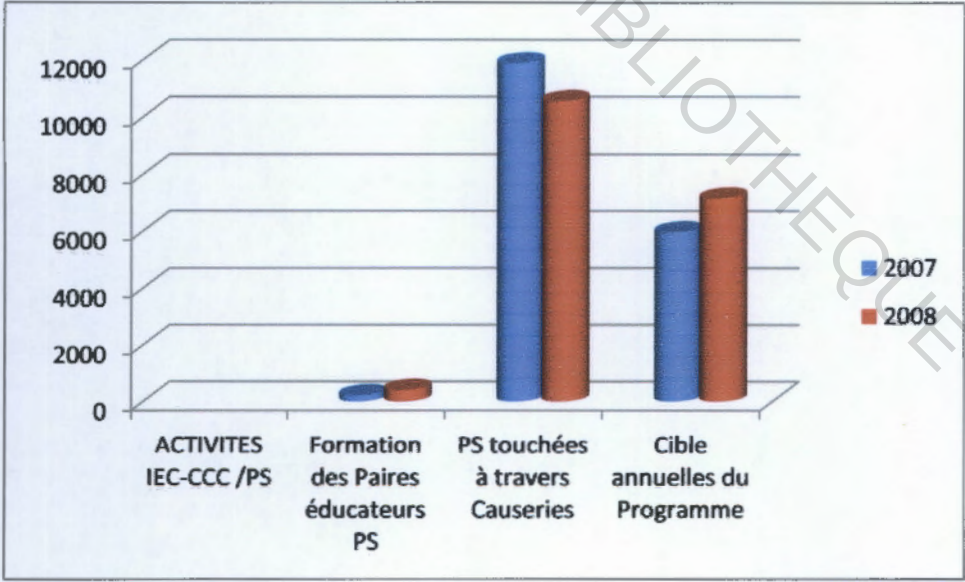
Dans le domaine de la promotion de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins, il faut noter que cette évolution relève d'une politique stratégique d'approvisionnement des préservatifs.

Tableau 2 : Nombre de Professionnel du sexe

	2007	2008
ACTIVITES IEC-CCC /PS		
Formation des Paires éducateurs PS	218	405
PS touchées à travers Causeries	11 872	10 550
Cible annuelles du Programme	5 961	7 153
Performances	<i>199,20%</i>	<i>175,40%</i>

Source : Rapport UNGASS 2009

Figure 2 : Evolution du nombre de PS sensibilisés



Le tableau des résultats nous relate une baisse entre les 02 années mais une croissance en fonction des cibles annuelles du programme. Ainsi, le nombre de professionnelle du sexe sensibilisé passe de 11 872 en 2007 à 10 550 en 2008 contre une prévision de 5 961 en 2007 contre 7153.

Cette baisse de croissance de 11,13% dans le domaine de la sensibilisation des professionnels du sexe, peut s'expliquer par l'émergence de la prostitution clandestine, pratiquée surtout par

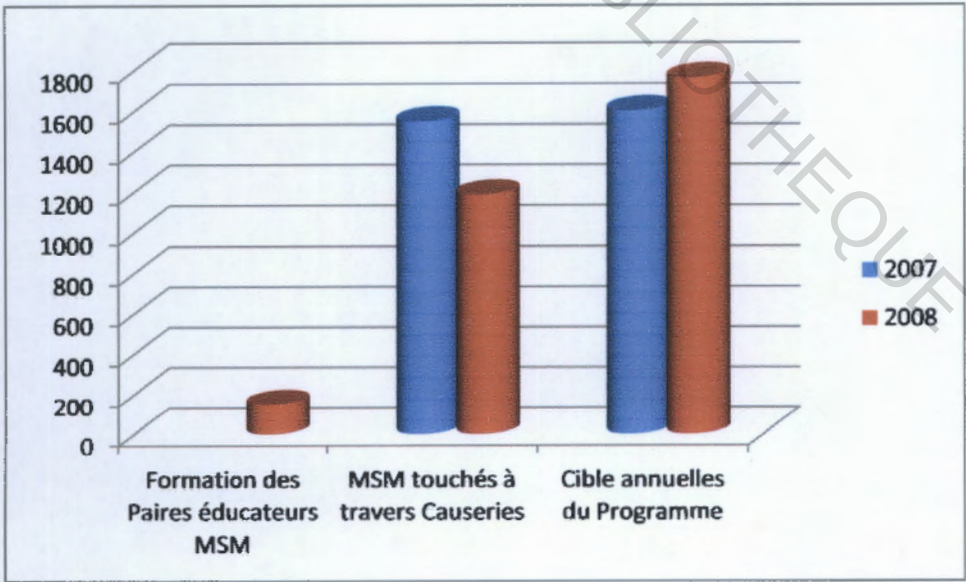
des jeunes filles en majorité mineures, et particulièrement vulnérables, rendant plus complexes les interventions et les ciblage clairs dans le milieu prostitutionnel.

Tableau 3 : Nombre MSM ou HSH ayant été sensibilisé

	2007	2008
Formation des Paires éducateurs MSM		149
MSM touchés à travers Causeries	1548	1185
Cible annuelles du Programme	1600	1760
Performance	96,80%	67,32%

Source : Rapport UNGASS 2009

Figure 3 : Courbe d'évolution des MSM sensibilisés



Comme nous les montrent, le tableau (3) et la figure (3), l'évolution dans le domaine IEC/CCC touchant les MSM a connu une chute entre les 02 années passant de 1548 MSM touchés en 2007 à 1185 touchés en 2008 soit une baisse 23,44%.

Cette baisse au niveau des MSM, pourrait s'expliquer par la difficulté à accéder et à identifier les personnes concernées, car ces derniers ont fait l'objet d'une campagne de stigmatisation et

de rejet au Sénégal, comme dans la majeure partie des pays d’Afrique sub-saharienne. Ainsi, de telle situation d’intolérance ne facilite donc pas l’accès des MSM aux services de prévention.

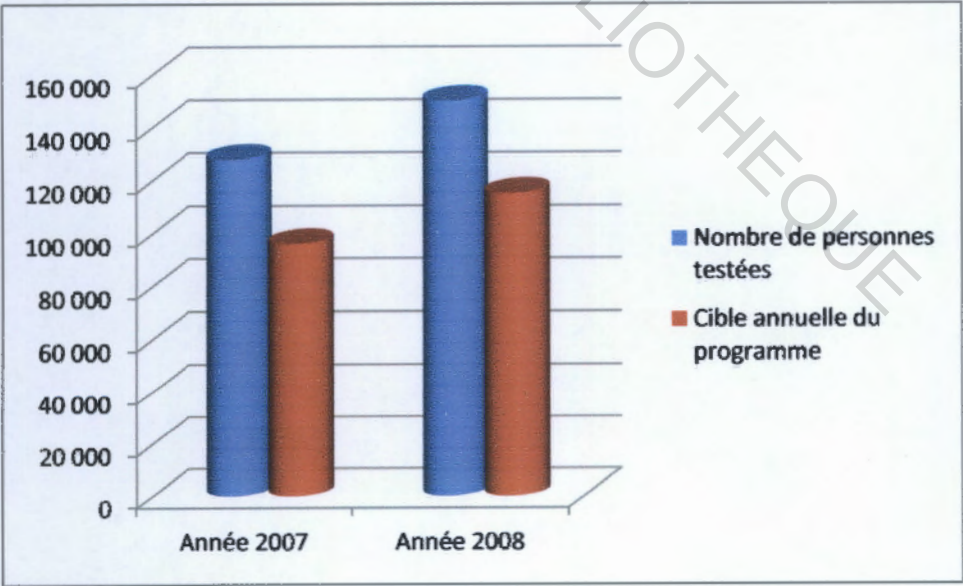
➤ *Les résultats de la composante Conseil Dépistage Volontaire CVD*

Tableau 4 : Nombre de personnes testées en 2007 et 2008

Désignation	Année 2007	Année 2008
Nombre de personnes testées	127 911	149 931
Cible annuelle du programme	96 000	115 000
Performance	133%	130%

Source : Rapport annuel 2008 du programme national

Figure 4 : Courbe d’évolution du nombre de personnes testées en 2007 et 2008



Au Sénégal, comme partout ailleurs, l’exposition sexuelle reste le principale mode de transmission du VIH. Conscient de cela, le CNLS, à travers ses politiques multisectorielles, est arrivé à des niveaux de performances en 2007 et 2008 remarquables, respectivement 133% et 130%.

Ces performances pourraient mieux s'expliquer par le renforcement des capacités en technique de dépistage et également grâce à l'implication de tous les secteurs dans la réalisation des stratégies avancées, moyen par lequel la majeure partie des dépistages sont réalisés.

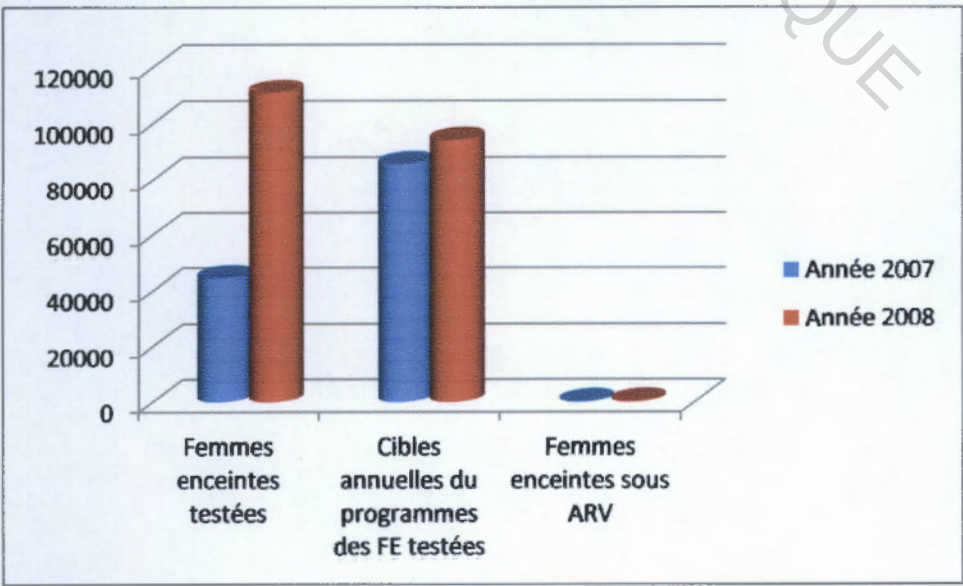
➤ *Les résultats de la composante Prévention Transmission Mère-Enfant*

Tableau 5 : Nombre de femmes enceintes testées et sous ARV

	Année 2007	Année 2008
Femmes enceintes testées	44 618	111 120
Cibles annuelles du programme des FE testées	85 775	94 350
Performance	52%	118%
Femmes enceintes sous ARV	307	473

Source : Rapport annuel 2008 du programme national

Figure 5 : Courbe d'évolution des femmes enceintes testées et celles sous ARV



Les résultats obtenus en 2007 et 2008 nous révèle une croissance de 149% soit 44 618

femmes enceintes testées en 2007 et 111 120 femmes enceintes testées en 2008. Aussi une excellente performance est notée en année 2008 soit 118%.

Cette performance peut s'expliquer par une politique de sensibilisation remarquable, une amélioration de l'offre de services complets de PTME et un renforcement de la couverture géographique des sites de PTME.

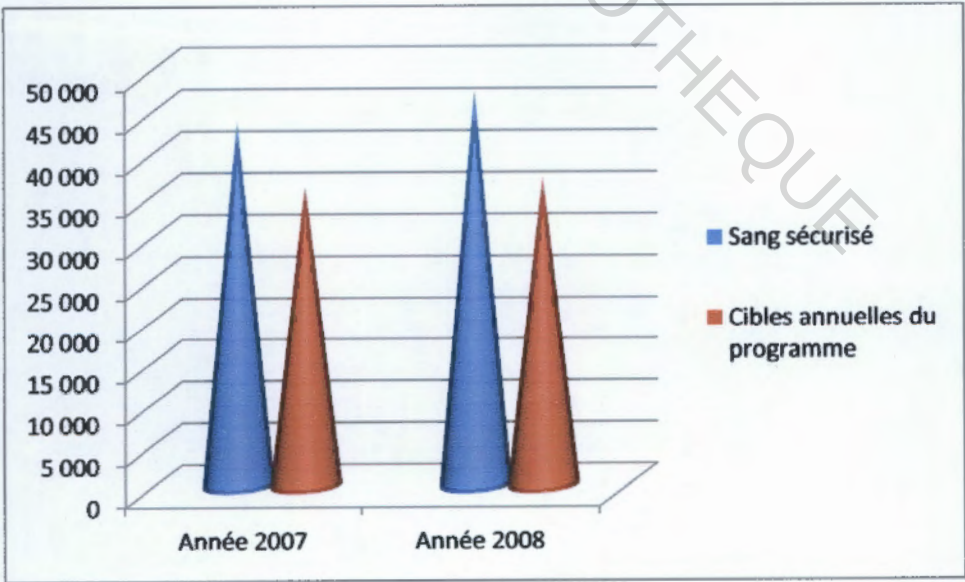
➤ *Les résultats de la composante Sécurité transfusionnelle dans la prévention sanguine*

Tableau 6 : Statistique des dons de sang sécurisé

	Année 2007	Année 2008
Sang sécurisé	43 705	47 344
Cibles annuelles du programme	36 000	37 000
Performance	121%	128%

Source : Rapport annuel 2008 du programme national

Figure 6 : Courbe de croissance de la sécurité transfusionnelle



Le tableau comme la figure nous montre une progression remarquable sur les 02 années et également une excellente performance chaque année, soit 121% en 2007 et 128% en 2008.

Dans le domaine de la sécurité transfusionnelle, il ressort la participation active des acteurs de la santé et du monde associatif à travers la promotion et la collecte de sang, et sous l’œil superviseur du Centre National de Transfusion Sanguine qui assure la coordination au niveau national de cette stratégie.

2.1.12 Prise en charge des personnes vivant avec le VIH

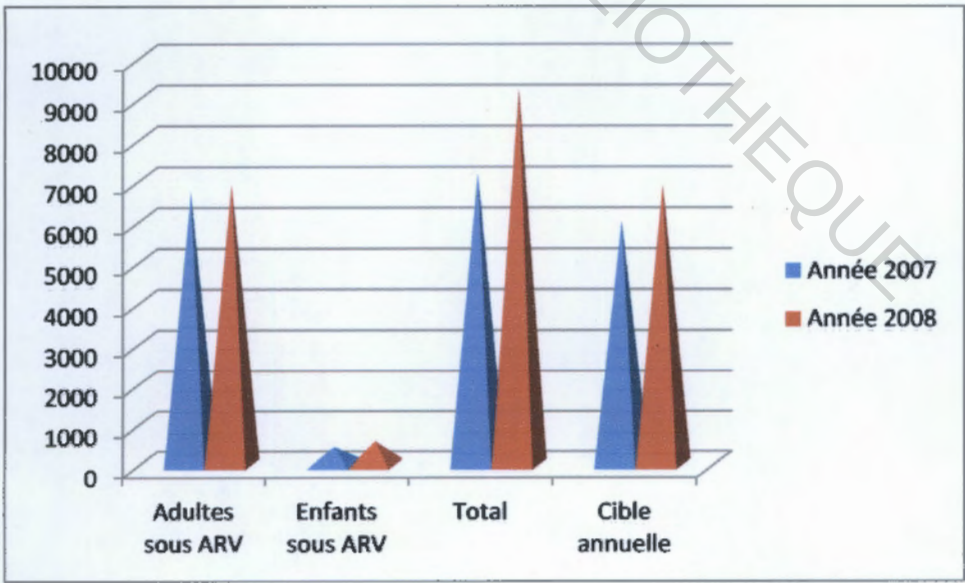
✓ Les résultats de la composante nombre de PVIH sous ARV

Tableau 1 : Statistique sur le nombre de PVIH sous ARV

	Année 2007	Année 2008
Adultes sous ARV	6741	6888
Enfants sous ARV	437	586
Total	7178	9252
Cible annuelle	6000	6900
Performance	120%	134%

Source : Rapports 2007 et 2008 du programme national

Figure 1 : Courbe d’évolution des PVIH sous ARV



L’analyse des résultats obtenus nous révèle une croissance de 28,89% dans le domaine de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH sous ARV soit 9252 PVIH sous ARV en 2008 contre 7178 en 2007.

Il est aussi à noter des performances remarquables sur les 02 années soit 120% en 2007 et 134% en 2008.

Ces performances s’expliqueraient par le fait de la couverture en soins et conseils dans les structures de soins et les centres de traitement ambulatoires selon les directives nationales aussi par l’assurance de traitement par les ARV pour tous les PVVIH dont l’état de santé le nécessite. D’autre part, il faut ajouter que dans le domaine de la prise en charge PEC par les ARV, des efforts constants ont été faits pour une plus grande accessibilité tant géographique que financière.

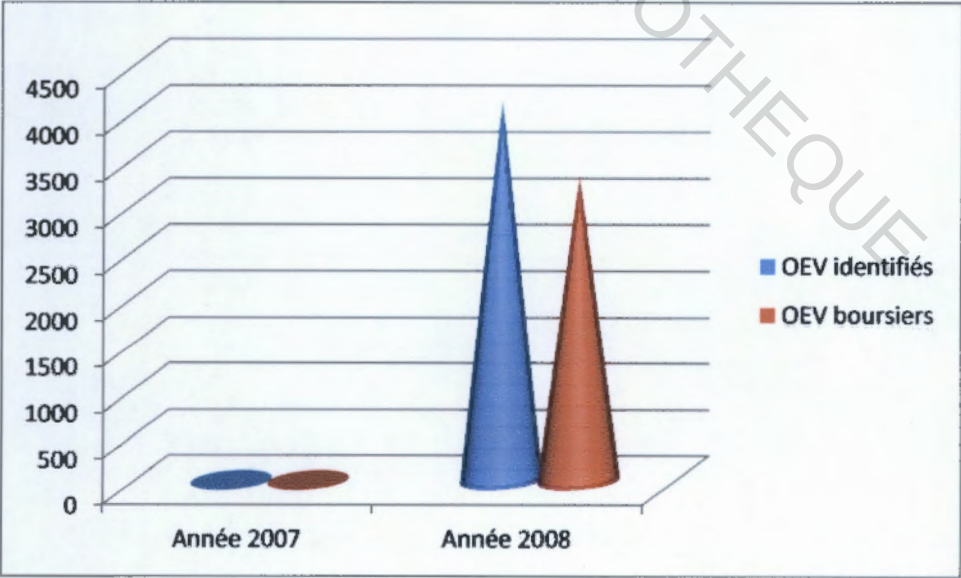
✓ **Les résultats obtenus dans la composante Orphelins et enfants vulnérables**

Tableau 2 : Nombre d’OEV ayant bénéficié d’appui

	Année 2007	Année 2008
OEV identifiés	0	4104
OEV boursiers	0	3290

Source : Rapport 2009 du programme national

Figure 2 : Courbe du nombre d’OEV identifiés et boursiers



Après l’analyse des résultats obtenus, il est à signaler que l’appui financier aux OEV à débiter à l’année scolaire 2008-2009, d’où cette absence de résultat pour l’année 2007-2008.

S'agissant de la lancée de la prise en charge des OEV, il faut noter que ce nombre remarquable de boursiers témoigne d'un bon cadre stratégique de prise en charge des OEV allant de l'identification de ces derniers à leur coordination.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 4 : Analyse coût-efficacité des interventions VIH/Sida des années 2007 et 2008

Ce chapitre va porter sur la détermination de l'efficacité des interventions du VIH/sida.

Selon l'ONUSIDA, il y a deux axes stratégiques prioritaires qui sont la prévention et les soins et traitements dans la lutte contre le sida.

C'est pourquoi dans le cadre de notre analyse, l'accent sera particulièrement mis sur ces 02 domaines d'intervention.

Pour déterminer l'efficacité des interventions, il y aura deux étapes :

- ☛ La première étape consistera à déterminer l'efficacité par le coût unitaire par effet obtenu (nombre d'infection évitée, nombre de PEC,...), en faisant le ratio cout-efficacité qui est le rapport du coût total de l'intervention sur le résultat obtenu. Plus le coût unitaire est bas, plus l'efficience est bonne.
- ☛ La deuxième étape portera sur un rapport cout unitaire par résultat obtenu et le produit intérieur brut par habitant (PIB/habitant). Cette mesure de l'efficience qui témoignera soit de l'accessibilité aux interventions par les populations, soit sur la couverture des interventions sur le territoire est basée sur les standards suivants :
 - Si le ratio = 1, l'efficience est moyenne,
 - Si le ratio est compris entre [0,5-1], l'efficience est bonne
 - Si le ratio est compris entre [0-0,5], l'efficience est très bonne.

4 Détermination de l'efficacité dans le domaine « Prévention Efficacité de l'axe stratégique IEC/CCC

La composante « Promotion et distribution de préservatif » La distribution des préservatifs masculins.

Intervention	Année 2007	Année 2008
PIB/habitant	468773	501978
Préservatifs masculins distribués		
Résultat obtenu	10516958	12424324
Cout total	236904000	111680500
Cout unitaire	22,53	8,99
Ratio C-E/PIB	5E-05	2E-05

Avec les indicateurs de résultat intermédiaire sur la distribution des préservatifs, nous remarquons que le coût unitaire par infection évitée grâce au préservatif est de 22,53 F.CFA en 2007 et de 8,99F.CFA en 2008. Pour atteindre une unité d'efficacité, il faut dépenser 22,53 F.CFA en 2007 contre 8,99 F.CFA en 2008. Ainsi, il fallait dépenser 2,5 fois plus d'argent en 2007 qu'en 2008 pour éviter une infection c'est-à-dire pour atteindre la même unité d'efficacité.

S'agissant de la comparaison de l'efficacité coût unitaire au PIB/habitant, nous constaterons que ce soit en 2007 ou 2008, les ratios avoisinent 0 c'est-à-dire qu'ils sont compris entre [0-0,5] ; ce qui témoigne de l'efficience totale sur l'efficacité de l'intervention sur la distribution des préservatifs masculins.

La distribution des préservatifs féminins

Intervention	Année 2007	Année 2008
PIB/habitant	468773	501978
Préservatifs féminins distribués		
Résultat obtenu	126431	194000
Coût total	12500000	31349875
Coût unitaire	98,87	161,60
Ratio C-E/PIB	0,0002	0,0003

Sur la distribution des préservatifs féminins, il est à noter que pour l'atteinte d'une unité d'efficacité en 2007 et 2008 il fallait respectivement 98,87 F.CFA et 161,60 FCA. Ainsi, il fallait dépenser 1,63 fois plus en 2008 qu'en 2007 pour la même unité d'efficacité.

Concernant la composante promotion et distribution de préservatifs, nous remarquerons qu'en efficacité par coût unitaire, pour une même unité d'efficacité c'est-à-dire pour une infection évitée, l'efficacité du coût unitaire pour la distribution des préservatifs masculins est plus efficiente que celle de la distribution des préservatifs féminins.

Pour une atteinte globale en matière de promotion et de distribution de préservatifs, il fallait à un homme dépenser 22,53 F.CFA et à une femme 98,87 F.CFA en 2007 contre respectivement 8,99F.CFA pour un homme et 161,60 F.CFA ; soit 4,38 fois plus en 2007 et 17,97 fois plus en 2008 pour une femme, pour la même unité d'efficacité.

4.1.1.1 *La composante « Professionnel du Sexe »*

Intervention	Année 2007	Année 2008
PIB/habitant	468773	501978
	Professionnel du sexe sensibilisé	
Résultat obtenu	11872	10550
Coût total	391797200	269956819
Coût unitaire	33001,79	25588,32
Ratio C-E/PIB	0,070	0,051

Concernant les professionnels du sexe, l'efficacité de l'intervention porte également sur le nombre d'infections évitées.

Ainsi, la prévention d'un professionnel du sexe ;et par ricochet de son client, coutait 33 001,79 F.CFA en 2007 contre 25 588,32 F.CFA en 2008.

En comparant l'efficacité du coût unitaire de cette intervention au PIB/ habitant, il nous est ressorti que l'effcience est très bonne au vu des ratios C/E qui sont respectivement de 0,07 en 2007 et 0,051 en 2008, tous inclus dans la classe [0-0,5].

Ainsi pour atteindre la même unité d'efficacité dans la composante professionnelle du sexe, il fallait dépenser 1,28 fois moins en 2008 qu'en 2007.

4.1.1.2 *La composante MSM ou HSH (Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes)*

Intervention	Année 2007	Année 2008
PIB/habitant	468773	501978
	MSM sensibilisé	
Résultat obtenu	1548	1185
Cout total	108701441	56740900
Cout unitaire	70220,57	47882,62
Ratio C-E/PIB	0,15	0,10

L'efficacité sur l'intervention portant prévention sur les MSM porte également sur le nombre d'infections évitées. Cette intervention est particulière car les MSM sont des groupes à haut risque d'exposition au VIH, du fait de la stigmatisation dont ils font l'objet.

Après analyse du tableau, il ressort que pour l'atteinte d'une même unité d'efficacité, il fallait dépenser 70 220,57 F.CFA en 2007 contre 47 882,62 F.CFA en 2008.

Ainsi, il fallait dépenser 1,46 fois plus en 2007 qu'en 2008 pour atteindre la même unité d'efficacité.

Le ratio C-E/PIB reste de 0,15 en 2007 contre 0,10 en 2008, d'où la très bonne efficience de l'intervention.

4.1.2 Efficacité de l'axe stratégique Conseil Dépistage Volontaire

Intervention	Année 2007	Année 2008
PIB/habitant	468773	501978
	Nombre de personnes testées	
Résultat obtenu	127911	149931
Cout total	439582173	776845119
Cout unitaire	3436,63	5181,35
Ratio C-E/PIB	0,01	0,01

Le conseil dépistage volontaire est une intervention initiée pour la population générale plus particulièrement pour des personnes qui cherchent à connaître leur statut. Il exclut les personnes ayant besoin de traitement et la PTME.

Ainsi, l'efficacité porte sur le nombre d'infections évitées et le nombre d'années de vie gagnées.

A l'analyse du rapport coût- efficacité, il ressort un coût unitaire de 3.436,63 F.CFA en 2007 et 5181,35 en 2008 pour sauver des vies et éviter des infections VIH. Le coût unitaire pour éviter une infection et sauver des vies passant de la prestation du médecin, du conseiller, du laboratoire et le conseil post-test était 1,50 fois moins coûteux en 2007 qu'en 2008.

Le ratio C-E/PIB nous relate qu'il n'y a pas eu de variation en 2007 et 2008 soit 0,01 pour chaque année, se soldant donc par une très bonne efficience.

4.1.3 Efficacité pour l'axe stratégique Prévention Transmission Mère-Enfant

4.1.3.1 Efficacité de la composante « Nombre de femmes enceintes testées »

Intervention	Année 2007	Année 2008
PIB/habitant	468773	501978
	Femmes enceintes testées	
Résultat obtenu	44618	111210
Cout total	38921500	230000000
Cout unitaire	872,33	2068,16
Ratio C-E/PIB	0,002	0,004

L'efficacité de la composante nombre de femmes enceintes testées fait l'objet d'une attention particulière parce que divers facteurs rendent les femmes particulièrement vulnérables au risque de contamination par le VIH.

Selon l'ONUSIDA, la dissémination et l'impact du VIH affectent de manière disproportionnée les femmes parce qu'elles sont plus vulnérables biologiquement, économiquement, socialement et culturellement.

L'efficacité de la composante « nombre de femmes enceintes testées », va reposer sur le nombre d'infections évitées et le nombre de transmissions mère-enfant évitées.

Le coût unitaire pour une efficacité atteinte est de 827,33 F.CFA en 2007 et 2068,16 F.CFA en 2008, soit une hausse de 149% de 2007 à 2008.

Le ratio C-E/PIB montre également une efficacité atteinte et très bonne.

4.1.3.2 Efficacité de la composante « nombre de femmes enceintes sous ARV »

Intervention	Année 2007	Année 2008
PIB/habitant	468773	501978
	Femmes enceintes sous ARV	
Résultat obtenu	307	473
Cout total	137769580	157237644
Cout unitaire	448760,85	332426,31
Ratio C-E/PIB	0,96	0,66

Les femmes connaissent majoritairement au Sénégal des situations, soit de précarité, d'isolement, de faiblesses de ressources économiques, d'analphabétisme, de manque d'autonomie et de dépendance sociale.

Cet ensemble de facteurs limitant l'accès de la femme aux messages de prévention fait que l'efficacité de la PTME occupe une place importante dans la riposte nationale, car elle porte sur le nombre d'infections évitées lors de l'accouchement c'est-à-dire la transmission mère-enfant.

En effet, pour atteindre une unité d'efficacité, il fallait dépenser 448 760,85 F.CFA en 2007 contre 332 426,31 F.CFA en 2008 pour sauver une nouvelle vie de l'infection VIH, soit 1,34 fois moins en 2008.

Le ratio C-E/PIB nous donne respectivement 0,96 et 0,66 en 2007 et 2008. Nous pouvons donc dire que l'efficienne est bonne.

4.1.4 Efficacité de l'axe stratégique Sécurité transfusionnelle

Intervention	Année 2007	Année 2008
PIB/habitant	468 773	501 978
	Sécurité transfusionnelle	
Résultat obtenu	43 705	47 344
Cout total	105 141 040	81 547 652
Cout unitaire	2 405,70	1 722,45
Ratio C-E/PIB	0,005	0,003

Concernant le domaine de la sécurité transfusionnelle, les exigences de qualité de l'OMS, font que toute banque de sang doit participer à un contrôle externe de la qualité pour assurer une réserve suffisante et sans risque. A cet effet, l'efficacité de cette intervention reposera sur le nombre d'infections évitées.

Pour s'assurer de la qualité des 43 705 poches en 2007 et des 47 344 en 2008, le Centre National de Transfusion Sanguine a dépensé respectivement 105 141 040 F.CFA en 2007 et 81 547 652 F.CFA en 2008, soit unitairement 2 405,70 F.CFA en 2007 et 1 722,45 F.CFA en 2008 par poche de sang sécurisé.

Les ratios C-E/PIB des 02 années sont respectivement de 0,005 en 2007 et 0,003 en 2008, tous compris dans l'intervalle [0-0,5], ce qui témoigne de la très bonne efficience de l'intervention.

Détermination de l'efficacité dans le domaine de la Prise en charge PEC

Le domaine de la PEC couvre deux grands axes stratégiques que sont les soins et traitements des personnes vivant avec le VIH (PVVIH sous ARV), et l'appui aux orphelins et autres enfants vulnérables (OEV boursiers).

4.1.5 Efficacité de l'axe stratégique PVVIH sous ARV

Intervention	Année 2007	Année 2008
PIB/habitant	46 8773	501 978
PVVIH sous ARV		
Résultat obtenu	7178	9 252
Cout total	596 789 209	1 055 136 667
Cout unitaire	83 141,43	114 044,17
Ratio C-E/PIB	0,18	0,23

S'agissant de l'accès au traitement par les ARV et autres thérapies validées, des efforts très appréciables ont été faits pour une grande accessibilité tant géographique que financière.

L'analyse ACE nous montre que pour 7 178 vies sauvées en 2007 et 9252 en 2008, il a fallu dépenser respectivement 596 789 209 F.CFA en 2007 et 1 055 136 667 F.CFA en 2008, soit un coût unitaire de 83 141,43 F.CFA en 2007 contre 114 044,17 F.CFA en 2008.

Pour des ratios respectifs de 0,18 en 2007 et 0,23 en 2008, nous pouvons conclure la très bonne efficience de cette intervention.

4.1.6 Efficacité de l'axe stratégique OEV

Intervention	Année 2007	Année 2008
PIB/habitant	468 773	501 978
OEV boursiers		
Résultat obtenu		3 290
Cout total		662 116 237
Cout unitaire		201 251,14
Ratio C/E		0,40

Les OEV faisant parti des populations vulnérables du fait de l'impact de l'épidémie du VIH et/ou de leur situation sociale constituent des cibles relativement prioritaires à prendre en compte dans les stratégies de riposte. Des études ont prouvé que sans une attention très

particulière certains se retrouvent dans la délinquance urbaine et souffrent d'addiction à différentes drogues, car pour la plupart issus de familles vivant dans la pauvreté extrême ou de familles disloquées, les OEV sont non-scolarisés ou de faible niveau d'instruction. Exclue du milieu protecteur que constitue l'école, ils ne peuvent s'intégrer convenablement, favorisant le recours à la prostitution plus ou moins déguisée.

Ainsi, l'efficacité de cette intervention reposera sur le nombre d'enfants vulnérables instruits car l'alphabétisation reste un droit pour tous les enfants, d'où qu'ils viennent et quels qu'ils soient.

L'analyse nous révèle tout d'abord que l'octroi des bourses a débuté par l'année scolaire 2008-2009, donc notre évaluation sur cette intervention ne portera que sur la seule année.

De ce fait, nous remarquons que pour 3290 OEV instruits du fait d'un appui gratuit, il a fallu dépenser 662 116 237 F.CFA ; d'où pour une unité d'efficacité atteinte il faut 201 251,14 F.CFA.

Le ratio C-E/PIB de la composante OEV boursiers se situe entre [0-0,5] donc nous remarquons la très bonne efficience de l'intervention dans la riposte nationale.

Discussions

Il nous paraît opportun de comparer les montants intrinsèques des différents axes même s'ils n'ont pas les mêmes paramètres et même s'ils peuvent être liés au même domaine d'intervention. En effet, les coûts calculés dans notre étude sont fonctions de plusieurs paramètres et variables d'un environnement à l'autre. Ces paramètres sont entre autre : l'inflation, l'accessibilité aux populations concernées, le niveau général des prix...etc. Ils sont aussi fonctions du contenu que leur a conféré la méthodologie d'estimation utilisée qu'est le REDES. Il reste bien évident que nous avons veillé autant que possible à la cohérence méthodologique. Nous pensons par conséquent que les résultats obtenus dans cette étude sont à même d'éclairer toute personne intéressée par les questions qui y sont abordées.

Après avoir confronté les résultats obtenus dans chaque domaine d'intervention dans le cadre de l'étude, nous ferons une analyse de sensibilité sur les deux domaines d'intervention.

4.1.7 Confrontation des résultats

A la lumière de notre étude, il nous sera opportun de procéder pour cette confrontation par le calcul des coûts moyens pour déterminer le plus coûteux des axes dans chaque domaine d'intervention.

- Dans le domaine de la prévention, nous avons (04) quatre axes que sont les IEC/CCC, les CVD, la PTME et la Sécurité transfusionnelle. Ainsi pour le coût moyen de chaque axe nous aurons :

Coût moyen IEC/CCC : 22 123,16 F.CFA

Coût moyen CVD : 4 308,99 F.CFA

Coût moyen PTME : 196 031,91 F.CFA

Coût moyen ST : 2 064,07 F.CA

Grace à l'analyse nous concluons dans le contexte socio-économique et environnemental de cette étude que la prévention de la transmission mère-enfant est plus coûteuse que les autres axes à savoir respectivement les IEC/CCC, les CVD et enfin la Sécurité transfusionnelle. Le coût de la PTME est dominé par le coût des femmes sous ARV. Dans la composition de ce coût, l'allaitement de substitution occupe une bonne place.

Ainsi nous pouvons dire que l'axe Sécurité transfusionnelle est le plus efficace des axes du domaine de la prévention car selon notre hypothèse d'étude la stratégie ayant le ratio le plus petit est la stratégie qui a un bon rapport coût-efficacité et par conséquent le plus efficient.

Dans le domaine de la prise en charge PEC, il y a 02 axes stratégiques prioritaires dans le cadre de la riposte nationale. Il s'agit de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH sous ARV) et de l'appui gratuit pour les OEV (OEV boursiers).

Coût moyen PEC d'une PVVIH sous ARV : 98 592,8 F.CFA

Coût moyen OEV boursiers : 201 251,14 F.CFA

Le nombre de vies sauvées ou d'infections au VIH évitées est très différent d'un axe stratégique à l'autre.

Ainsi, dans le contexte de notre étude, selon la méthodologie adoptée et l'indicateur d'efficacité retenu, ces 02 stratégies d'intervention ont des niveaux d'efficacité

différents car l'une permet d'engranger des années de vie en plus et l'autre d'avoir une vie plus épanouie.

La prise en charge des PVVIH sous ARV a le niveau d'efficacité le plus satisfaisant du fait que son rapport coût efficacité soit le plus bas.

4.1.8 Analyse de sensibilité

L'analyse de la sensibilité va porter sur les domaines d'intervention en particulier afin de déterminer le domaine le plus efficace.

Quelques axes stratégiques avaient un plus grand effet sur l'efficience que d'autres. Cette analyse reposera sur le coût moyen de chaque domaine.

Efficacité de la prévention et de la prise en charge

A la lumière du calcul des différents coûts par axe stratégique, il ressort que le coût moyen de chaque domaine d'intervention est respectivement de 224 528,13 F.CFA pour la prévention et de 299 843,94 F.CFA pour la prise en charge.

Il est important de noter que le coût par cas d'infection évité ou de vie sauvée a varié avec les niveaux de l'efficacité différents. Les deux domaines d'intervention ont montré à cet effet une sensibilité variable face aux évaluations de l'efficacité.

Mais en fonction de la croissance de la couverture sanitaire des 02 domaines, il apparaît que les coûts augmentent paradoxalement aussi.

Notre étude établit donc que le domaine de la prévention est le plus efficace et le moins coûteux que le domaine de la prise en charge et cela quel que soit le niveau de prévalence atteint par le pays. Il est d'ailleurs plus efficient lorsque la prévalence au VIH a un très faible taux comme nous l'atteste l'ONUSIDA d'après laquelle, il était de 0,7% en 2009.

Il serait donc important de recommander son choix aux autorités car il y va de la santé de toute une nation. Aussi, la prévention permet de rompre la chaîne de contamination par sa capacité à faire connaître à chaque individu sa sérologie, aux femmes enceintes de connaître leur sérologie afin d'éviter une transmission mère-enfant et de prendre les mesures idoines pour leur propre protection et celle de leur entourage.

Le domaine de la prise en charge, moins efficace et plus coûteux se montre comme celui qu'il faut conseiller davantage car, non seulement il permet de gagner des années de vie en plus aux PVVIH mais également de soutenir les OEV pour une enfance et une éducation épanouie.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 5 : Les défis et perspectives de la lutte contre le sida à 2011

Le plan stratégique de lutte contre le Sida 2007-2011 au Sénégal vise la réduction des nouvelles infections et de l'impact du Sida. De façon plus spécifique, il sera promu une accélération de la réponse à l'épidémie de VIH en vue d'un accès universel aux services de prévention, de soins et de traitements.

5.1 Les défis de la lutte contre le Sida

La dépendance de l'Afrique et singulièrement du Sénégal vis-à-vis des investissements étrangers a mis la riposte au sida dans une position risquée. Car depuis l'avènement de la crise financière internationale, les pays industrialisés ont soit gelés ou diminués considérablement leurs dons dans le cadre de la lutte contre le sida.

Sur les 20 milliards à récolter ainsi que s'y étaient engagés en 2005 les pays industrialisés, seulement 100 millions de dollars ont été disponibles au Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le paludisme en 2007 selon le Fonds mondial.

En effet, l'engagement de financer l'accès universel aux traitements contre le sida a été pris en 2005 par le G8, avant donc la crise économique. D'autres engagements pris par le G8 sur d'autres questions de santé sont nobles mais ne doivent pas se faire aux dépens de l'accès universel au traitement contre le sida.

L'argent étant le nerf de la guerre, il faut que les moyens soient au rendez-vous dans le cadre de la lutte contre la pandémie car beaucoup reste à faire pour élargir cette action de traitement universel.

Les progrès accomplis à l'échelle mondiale dans la prévention et le traitement de l'infection à VIH montrent bien qu'à long terme, il est judicieux de maintenir les investissements en faveur de la lutte contre le VIH/sida. D'après le rapport publié en 2010 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF et l'ONUSIDA, l'accès accru aux services relatifs au VIH a entraîné une baisse de 15% du nombre de nouvelles infections au cours de la dernière décennie et une baisse de 22% des décès liés au sida ces cinq dernières années.

L'Etat du Sénégal devrait ainsi trouver d'autres canaux de financement pour permettre un accès universel au peuple sénégalais à la clôture du plan stratégique 2007-2011.

5.2 Les perspectives de la lutte contre le Sida à 2011

Les avancées scientifiques concernant le VIH et les innovations programmatiques permettent d'espérer que les progrès vont se poursuivre. Dans un climat d'austérité économique, il sera essentiel d'appliquer rapidement de nouvelles données de la science, de nouvelles technologies et de nouvelles approches pour améliorer l'efficience et l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH dans les pays.

Quand les populations sont en meilleure santé, ils ont moins de problèmes financiers. Investir dans les services relatifs au VIH pourrait entraîner un gain total, grâce à une augmentation de l'activité économique et de la productivité qui compenserait largement le coût des programmes de traitement antirétroviral.

Les perspectives de la lutte contre le Sida au Sénégal à 2011 qui guideront la réponse à l'épidémie sont :

- ☛ L'approche multisectorielle ;
- ☛ Le respect de l'équité dans l'accès aux interventions ;
- ☛ L'accès aux services de soins et prévention pour les groupes vulnérables ;
- ☛ Le bannissement de toute exclusion et/ou stigmatisation en direction des PVVIH ;
- ☛ La prise en compte du genre dans les cadres de décision, de mise en œuvre et dans le ciblage des interventions ;
- ☛ La consolidation des acquis
- ☛ L'élargissement des interventions dans la perspective de l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement ;
- ☛ La décentralisation des interventions vers les zones rurales.

Chapitre 6 : Recommandations

Cette analyse coût-efficacité doit en principe orienter sur le choix de la prévention qui est plus efficiente vu notre position de gestionnaire de projet rationnel mais ce choix ne dépendant pas de nous, et du fait aussi que ces deux domaines abordent des logiques différentes, nous nous contenteront des principes directeurs de chaque domaine suite au choix de l'un ou de l'autre des domaines d'intervention.

6.1 - Domaine de la prévention

Conseiller sur la prévention entraîne des recommandations spécifiques car ce domaine d'intervention est un processus multifactoriel qui aborde de nombreux points. Les interventions sur les IEC/CCC, les CDV, la PTME, et la sécurité transfusionnelle sont des points importants sur lesquels il est nécessaire de discuter.

Les problématiques de prévention / de dépistage VIH & IST sont indissociables dans les groupes à forte co-prévalence.

Les préservatifs restent le socle de la prévention du VIH. Cette norme préventive s'articule avec d'autres méthodes de réduction des risques : PEP (Prophylaxie Post-Exposition), traitement antirétroviral, communication explicite entre partenaires, stratégies sero-adaptatives. Cette prévention combinée et aux besoins des personnes concernées augmentera le niveau de protection face à l'hétérogénéité des risques.

Un programme de santé sexuelle pour les personnes séropositives. Les personnes vivant avec le VIH ont des besoins de prévention spécifiques. Ces besoins justifient un programme de santé sexuelle appelé prévention positive, et qui recouvre dans sa dimension médicale la prévention de la transmission du VIH, le dépistage et le traitement des IST, la prise en charge des troubles sexuels, la contraception, les projets parentaux et la grossesse. Ces actions doivent être intégrées à la prise en charge de l'infection VIH dans les services spécialisés, notamment dans la décision de traitement, le suivi médical et l'éducation thérapeutique. Ce programme a pour corollaire une forte implication associative et communautaire. La remobilisation des soignants dans la « prévention positive » est un élément clé de l'application des présentes recommandations.

Le renouvellement de la prévention au regard des outils actuels de communication (TIC) . Parallèlement aux sources d'informations habituelles (TV, presse écrite, brochures...), les nouvelles Technologies d'Information et de Communication (TIC), en premier lieu Internet (sites d'information, d'échange type Myspace, Twitter, sites de rencontres, media communautaires) mais aussi la téléphonie mobile dans ses multiples usages prennent aujourd'hui une place prépondérante dans le partage de l'information dans tous les domaines, y compris la santé. De plus, la construction des réseaux sociaux et sexuels se réalise aujourd'hui également dans tous les milieux via ces nouveaux outils. Cette nouvelle donne impose de redéfinir les contenus préventifs, de réfléchir au cadre de diffusion et aux moyens actuels de communication en impliquant tous les acteurs, y compris les éditeurs. Un groupe de travail ou une mission spécifique « nouveaux modes de communications et prévention » visant à redéfinir les messages dans ses aspects techniques, juridiques et éthiques doit être mis en place et à envisager des formes de régulation.

La réappropriation par les soignants des processus de prévention VIH & IST est une recommandation majeure du présent rapport. Les soignants, les médecins, en ville et à l'hôpital, doivent aujourd'hui être dotés d'une palette de moyens de dépistage et de RDR qui leur donnent un rôle central dans la prévention. Ce rôle central n'est, à notre analyse, pas tenu actuellement. Cette recommandation pose la question de la valorisation des actes de prévention à l'hôpital.

La prévention chez les HSH (Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes) est une priorité absolue et urgente. L'incidence et la prévalence imposent que tous les moyens utiles pour augmenter le niveau de prévention dans cette population soient intégrés dans une approche combinée : traitement, PEP, dépistages VIH & IST, promotion du préservatif, actions visant à la réduction du nombre de pénétrations anales non protégées, ainsi que les autres méthodes de réduction des risques disponibles. Ces différents outils doivent être utilisables, hiérarchisés, et promus par la communauté elle-même. Les associations communautaires LGBT (Lesbiennes Gays Bis Trans) et de lutte contre le sida doivent tenir compte des présentes priorités (HSH, partenaires de séropositifs/ves...) notamment dans leurs répartitions budgétaires et leurs actions de terrain. La mobilisation des associations LGBT est une priorité : incitation au dépistage, information sur les nouveaux outils de réduction de risques, augmentation du niveau d'information communautaire...

Les orientations, les décisions et la concertation préventive doivent reposer sur une expertise pluraliste associant chercheurs, cliniciens, professionnels de la prévention, et représentants des associations. Nous proposons l'élargissement du champ d'expertise au monde associatif. Un tel élargissement nécessitera des moyens supplémentaires et donc un soutien de la part des financeurs publics. Aujourd'hui les enjeux du traitement et de la prévention se rejoignent dans la recherche comme dans la prévention et le soin.

Les financements mais aussi les répartitions de financement public des associations de lutte contre le sida doivent tenir compte des priorités et urgences du présent rapport, notamment concernant la prévention positive et les gays/SHS.

6.2 - Domaine de la prise en charge PEC

Concernant la prise en charge, les recommandations iront vers un programme de gratuité des ARV.

Aussi, avec la décentralisation des sites de traitement pour le passage à l'échelle universelle, la délégation des tâches devrait être renforcée dans le cadre de passage à l'échelle. De même le renforcement de la collaboration entre les programmes de tuberculose et VIH pourrait contribuer à accroître le nombre de bénéficiaires des interventions de prise en charge des PVVIH que sont la gestion des ARV, l'appui nutritionnel, le soutien communautaire et les soins palliatifs.

Conclusion

Le VIH/Sida dans les pays en voie développement pose un problème de santé publique et un défi social sans précédent. Après plus d'une décennie d'espairs de vaincre cette pandémie sans succès, l'objectif de réduire de manière très considérable la transmission du VIH peut raisonnablement être atteint au Sénégal à la fin du plan stratégique 2007-2011, avec la conjugaison des efforts de l'ensemble des acteurs de la vie politique, religieuse et civile.

La prévention reste l'une des stratégies les plus complètes dans la riposte nationale. La prise en charge des personnes vivant avec le VIH doit être considérée comme un continuum, incluant les soins médicaux, mais sans se limiter à ceux-ci.

Enfin, des plans stratégiques parallèles consacrés à la stigmatisation, l'intolérance, et à la discrimination seront nécessaires pour lever toutes barrières à l'accès aux messages de prévention et d'accès aux soins. L'objectif majeur de la prise en charge étant l'accès universel aux soins liés au VIH, le Sénégal a juste besoin de quelques efforts car le plus dur semble être dépassé.

La présente analyse sur le rapport coût-efficacité des deux domaines d'interventions a permis d'obtenir une estimation des coûts des différentes stratégies de la prévention et celles de la prise en charge d'une part et d'autre part d'en évaluer leur efficacité.

Par ailleurs, elle a permis de se faire une idée sur l'écart des coûts et d'efficacité qui existe entre les deux options. L'analyse a révélé les principaux éléments suivants :

- Le coût de la prise en charge est plus élevé que le coût de la prévention. Ce coût est foncièrement influencé par le coût des OEV boursiers.
- Le domaine de la prévention est plus efficace que celui de la prise en charge. Ce domaine est à conseiller car il permet de rompre la chaîne de transmission.

Grâce aux nouvelles avancées scientifiques, à un leadership politique sans précédent et à la poursuite des progrès dans la riposte au sida, le Sénégal a la possibilité de passer à la vitesse supérieure». «En investissant à bon escient, le Sénégal peut agir plus efficacement, réduire les coûts et obtenir de meilleurs résultats. Cependant, la baisse des ressources risque d'entraîner une régression.

Au vu des résultats déjà obtenus, des interrogations nous viennent :

Comment promouvoir la prévention dans un contexte où les questions d'éthiques et de religions divisent le peuple sénégalais sur la tolérance des MSM, de la PTME sur la santé sexuelle de l'homme ?

Quel serait le poids financier dans l'application d'un des domaines d'intervention (prévention et prise en charge) sur l'économie sénégalaise ?

Ces questions ont été soulevées et doivent faire l'objet de réflexions ultérieurement.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

- "Analyse coût-efficacité et VIH/SIDA ", ONUSIDA, collection Meilleures Pratiques, Août 1998.
- Levin H. M., McEwan P.J., " Cost-effectiveness analysis ", 2nd edition, Methods and Applications, Sage Publications, Londres, New Delhi, 2000.
- Macmillan D. et Morrison R., " Analyse coût-efficacité de la création d'un écosystème de terres boisées ", XI^è Congrès forestier mondial, octobre 1997, Turquie.
- Méthodologie de l'évaluation économique des programmes de santé ", site de MEDCOST
- Alliance internationale contre le VIH/SIDA - 2006. Rapport annuel 2006
- Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2007. Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011.
- Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2007. Manuel de Mise en Œuvre du Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011.
- Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2007. Manuel Opérationnel de Suivi - Evaluation du Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2007-2011.
- Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2008. Rapport Annuel 2008
- Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2008. Rapport Annuel 2009
- Conseil National de Lutte contre le sida/Sénégal, 2009. Proposal Round 9
- Direction de la Prévision et de la Statistique – 2004. Rapport de synthèse de la 2^{ème} Enquête Sénégalaise auprès des Ménages (ESAM-II). Dakar, Ministère de

l'Economie et des Finances, 262 p.

- Division de Lutte contre le Sida et les IST – 2008. Rapport annuel 2008.
- Division de Lutte contre le Sida et les IST – 2009. Rapport annuel 2009.
- Family Health International – 2008 Rapport Annuel, Octobre 2007 – Septembre 2008, Accord de subvention n°685-A-00-06-00059-00

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexes

Annexe1

Estimation des coûts en 2007

Interventions	Coût
ASC.01 Prévention	3 603 776 695
ASC.01.01 Communication pour le changement social et comportemental	195 468 048
ASC.01.02 Mobilisation communautaire	538 599 173
ASC.01.03 Conseil et test volontaires (CTV)	439 582 815
ASC.01.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles	298 103 484
ASC.01.04.01 CTV dans le cadre des programmes destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles	81 520 470
ASC.01.05 Prévention – jeunes gens scolarisés	179 931 000
ASC.01.06 Prévention – jeunes gens non scolarisés	
ASC.01.07 Prévention de la transmission du VIH parmi les personnes vivant avec le VIH (PVV)	50 180 000
ASC.01.08 Programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients	391 797 200
ASC.01.09 Programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	108 701 441
ASC.01.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail	76 797 523
ASC.01.12 marketing social du préservatif	420 121 571
ASC.01.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial	236 904 000
ASC.01.14 Mise à disposition de préservatifs féminins dans les secteurs public et commercial	12 500 000
ASC.01.16 Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)	100 364 920
ASC.01.17 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)	449 584 480

ASC.01.17.98 Activités de PTME, non ventilées par type d'activité	250 500 000
ASC.01.17.99 Activités de PTME, non classifiées ailleurs (n.c.a.)	137 769 580
ASC.01.19 Sécurité transfusionnelle	105 141 040
ASC.02 Soins et traitement	3 293 077 673
ASC.02.01 Soins ambulatoires	2 978 386 376
ASC.02.01.02 Prophylaxie et traitement ambulatoires des infections opportunistes	77 515 843
ASC.02.01.03 Thérapie antirétrovirale	596 789 209
ASC.02.02 Soins hospitaliers	80 000 000
ASC.02.03 Transport des patients et secours d'urgence	100 000 000
ASC.02.98 Services de soins et traitement, non ventilés par type d'activité	40 000 000
ASC.02.99 Services de soins et de traitement, non classifiés ailleurs (n.c.a.)	94 691 297
ASC.03 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	131 444 139
ASC.04 Gestion et administration de programmes	4 040 926 360
ASC.04.10 Amélioration et construction d'infrastructures	614 360 474
ASC.05 Ressources humaines	739 013 169
ASC.05.01 Incitations financières liées aux ressources humaines	225 234 210
ASC.05.02 Activités de formation destinées à accroître les personnels intervenant dans le cadre de la lutte contre le sida	2 645 000
ASC.05.03 Formation	511 133 959
ASC.06 Protection sociale et services sociaux	2 526 310
ASC.06.03 Protection sociale sous forme de services sociaux	2 526 310
ASC.07 Environnement favorable	67 090 935
ASC.08 Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)	281 771 258
ASC.08.04.01 Recherche comportementale	23 031 500
ASC.08.98 Activités de recherche liée au VIH, non ventilées par type d'activité	1 311 914
	12 159 626 539

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe2

Estimation des coûts en 2008

ASC.01 Prévention	3 234 158 381
ASC.01.01 Communication pour le changement social et comportemental	490 119 080
ASC.01.02 Mobilisation communautaire	56 724 650
ASC.01.03 Conseil et test volontaires (CTV)	776 845 119
ASC.01.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles	59 193 325
ASC.01.04.01 CTV dans le cadre des programmes destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles	4 863 040
ASC.01.05 Prévention – jeunes gens scolarisés	68 019 747
ASC.01.06 Prévention – jeunes gens non scolarisés	36 971 000
ASC.01.08 Programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients	269 956 819
ASC.01.08.03 Prévention et traitement des IST dans le cadre des programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients	226 963 600
ASC.01.09 Programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	56 740 900
ASC.01.09.03 Prévention et traitement des IST dans le cadre des programmes destinés aux HSH	56 740 900
ASC.01.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail	20 488 678
ASC.01.11.98 initiatives menées dans le cadre des programmes engagés sur le lieu de travail, non ventilées par type d'activité	7 540 578
	637 243 394

ASC.01.12 marketing social du préservatif	
ASC.01.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial	111 680 500
ASC.01.14 Mise à disposition de préservatifs féminins dans les secteurs public et commercial	31 349 875
ASC.01.16 Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)	53 071 468
ASC.01.17 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)	484 206 174
ASC.01.19 Sécurité transfusionnelle	81 547 652
ASC.02 Soins et traitement	3 518 700 167
ASC.02.01 Soins ambulatoires	3 265 260 781
ASC.02.01.02 Prophylaxie et traitement ambulatoires des infections opportunistes	87 767 688
ASC.02.01.03 Thérapie antirétrovirale	1 055 136 667
ASC.02.01.03.01 Thérapie antirétrovirale destinées aux adultes	920 804 083
ASC.02.02 Soins hospitaliers	73 477 128
ASC.02.02.02 Soins palliatifs hospitaliers	73 477 128
ASC.02.03 Transport des patients et secours d'urgence	91 846 410
ASC.02.99 Services de soins et de traitement, non classifiés ailleurs (n.c.a.)	88 115 848
ASC.03 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	662 116 237
ASC.03.01 Education des OEV	546 633 144
ASC.03.04 Appui communautaire aux OEV	8 090 843
ASC.04 Gestion et administration de programmes	4 747 646 729
ASC.04.10 Amélioration et construction d'infrastructures	822 575 123
ASC.05 Ressources humaines	298 739 737
ASC.05.01 Incitations financières liées aux ressources humaines	62 282 721
ASC.05.01.01 Incitations financières à l'égard des	14 368 333

médecins	
ASC.05.01.03 Incitations financières à l'égard d'autres personnels	47 914 388
ASC.05.03 Formation	236 457 016
ASC.07 Environnement favorable	331 915 498
ASC.07.01 Sensibilisation	264 220 000
ASC.07.03 Renforcement institutionnel spécifique à la riposte au sida	67 695 498
ASC.08 Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)	300 297 141
ASC.08.03 Recherche épidémiologique	300 297 141
	13 093 573 890

Annexe 3 : estimation des fonds accordés au SIDA en 2007

	Total général
FS.01 Fonds publics	2 710 347 784
FS.01.01 Fonds des gouvernements territoriaux	2 710 347 784
FS.01.01.01 Recettes du gouvernement central	1 661 137 245
FS.01.01.04 Prêts remboursables	1 049 210 539
FS.02 Fonds privés	1 566 428 497
FS.02.01 Institutions et entreprises à but lucratif	11 769 150
FS.02.02 Fonds des ménages	1 554 659 347
FS.03 Fonds internationaux	7 882 850 258
FS.03.01 Contributions bilatérales directes	4 394 616 379
FS.03.01.07 Gouvernement français	330 097 186
FS.03.01.08 Gouvernement allemand	250 460 771
FS.03.01.13 Gouvernement luxembourgeois	194 969 785
FS.03.01.18 Gouvernement espagnol	175 207 107
FS.03.01.22 Gouvernement américain	3 443 881 530
FS.03.02 organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	3 242 036 370
FS.03.02.07 Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	2 755 761 245
FS.03.02.08 Secrétariat de l'ONUSIDA	143 125 000
FS.03.02.09 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	121 892 080
FS.03.02.17 Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)	172 334 545
FS.03.02.99 Fonds multilatéraux ou fonds de développement n.c.a.	48 923 500
FS.03.03 organisations et fondations internationales à but non lucratif	246 197 509
FS.03.03.01 Alliance internationale contre le VIH/sida	167 939 878
FS.03.03.08 Care International	37 500 000
FS.03.03.99 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif n.c.a.	40 757 631
Général	12 159 626 539

Annexe 4 : estimation des fonds accordé au SIDA 2008

	FA.03.01.18 Gouvernement espagnol	
FS.01 Fonds publics		2 812 523 889
FS.01.01 Fonds des gouvernements territoriaux		2 812 523 889
FS.01.01.01 Recettes du gouvernement central		2 008 249 189
FS.01.01.04 Prêts remboursables		804 274 700
FS.02 Fonds privés		1 604 669 558
FS.02.01 Institutions et entreprises à but lucratif		9 900 000
		1 594 769 558
FS.02.02 Fonds des ménages		
FS.03 Fonds internationaux		8 676 380 445
FS.03.01 Contributions bilatérales directes		4 580 131 988
FS.03.01.07 Gouvernement français		260 690 463
FS.03.01.08 Gouvernement allemand		457 308 394
FS.03.01.13 Gouvernement luxembourgeois		188 693 396
FS.03.01.18 Gouvernement espagnol		596 992 605
FS.03.01.22 Gouvernement américain		3 076 447 130
FS.03.02 organismes multilatéraux administrant des subventions pré- affectées		3 858 162 794
FS.03.02.02 Commission européenne		103 158 249
FS.03.02.07 Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme		3 422 968 018
FS.03.02.08 Secrétariat de l'ONUSIDA		120 375 000
FS.03.02.09 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)		27 884 000
FS.03.02.17 Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)		119 140 197
FS.03.02.29 Organisation mondiale de la Santé (OMS)		64 637 330
FS.03.03 organisations et fondations internationales à but non lucratif		238 085 663
FS.03.03.01 Alliance internationale contre le VIH/sida		167 939 878
FS.03.03.99 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif n.c.a.		70 145 785
		13 093 573 892