



**MEMOIRE DE FIN DE FORMATION**

Pour l'obtention du  
**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN ECONOMIE DE LA  
SANTE**

11<sup>ème</sup> Promotion : 2008-2009

**THEME :**

***ANALYSE DU FINANCEMENT DE LA PREVENTION  
DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH  
(PTME) AU SENEGAL DE 2007 A 2008***

Bibliothèque du CESAG



**Présenté par :**

**Dr N. Victoire Ingrid DADELE**  
Pharmacienne

**Sous la direction de :**

**M. Hervé LAFARGE**  
Professeur à l'Université Paris  
Dauphine

## DEDICACES

Bénis le Seigneur, Ô mon âme

Que tout mon cœur bénisse son saint nom ! Ps 103,1

Comment rendrai-je au Seigneur tout le bien qu'il m'a fait ?

Je lèverai la coupe de la victoire en action de grâce. Ps 116, 12-13

« La famille ne se détruit pas, elle se transforme. Une part d'elle va dans l'invisible et ceux qui restent se sentent entourés, gardés, inspirés par ceux qui sont partis. »

Père Sertillanges

Ce mémoire est dédié :

➤ **In memoriam à mon Papa chéri**

Plus qu'un père, tu étais un ami, un complice. Ta brutale disparition le lendemain de l'aboutissement de ce travail a créé en moi un tel vide que rien ne saurait combler. Je te promets que je ferai de mon mieux dans tout ce que j'entreprendrai pour que tu puisses être fier de moi comme tu l'as toujours été. Tu me manques énormément...

➤ **In memoriam à mon frère Freddy**

Tel celui d'une rose, ton passage sur cette terre fut éphémère, mais inoubliable. Tu étais toujours gai, plein d'enthousiasme, prêt à aider tout le monde autour de toi. Tous les précieux moments passés ensemble resteront à jamais gravés dans ma mémoire.

➤ **A ma chère maman**

Pour m'avoir entourée de tant d'affection et pour tous les sacrifices consentis par papa et toi à mon égard. Puisse l'Eternel te prêter longue vie afin que tu puisses jouir du fruit de tes efforts inlassables !

➤ **A mes frère et sœur Arnaud et Sylvia**

Pour votre soutien, votre réconfort et vos encouragements. Puissions-nous toujours rester ainsi unis !

➤ **A Christiane et Yves**

Pour vos prières, vos encouragements et toute la gentillesse dont vous faites preuve à mon égard. Les mots ne suffisent pas pour vous dire MERCI !

➤ **A mes bouts de choux Marvin, Allégra et Enzo**

Pour votre joie de vivre et tout le bonheur que vous procurez autour de vous. Que Dieu vous bénisse !

## REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements :

- Au Professeur Hervé LAFARGE, pour avoir accepté de diriger cette étude et pour toutes ses remarques et suggestions essentielles dans l'élaboration dudit document.
- Au Dr Abdoulhath MANGANE, Pharmacien logisticien de la Division SIDA/IST du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, pour son aide dans la réalisation de cette étude.
- Au Dr Ibrahima NDOYE, Secrétaire Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida, pour m'avoir acceptée comme stagiaire au sein de son institution.
- A M. Pape Alioune DIOP, Responsable de l'unité suivi-évaluation du Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida, pour m'avoir permis de récolter les données inhérentes à ladite étude.
- A M. Morris KOUAME, pour m'avoir suggéré ce thème et pour son étroite collaboration et ses critiques pertinentes tout au long de ce travail.
- A M. Christian YAO, pour ses conseils qui m'ont été d'une grande utilité.
- Au corps enseignant et administratif de l'Institut Supérieur de Management de la Santé du CESAG, pour la qualité de la formation reçue.
- A tous les stagiaires de la 11ème promotion du DESS Economie de la Santé, pour la convivialité qui a prévalu durant toute notre formation, avec une mention spéciale à mon groupe de travail : le groupe II.

## LISTE DES ABREVIATIONS

ABC	Abstain, Be faithful, Condomize
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDLS	Comité Départemental de Lutte contre le Sida
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CEA	Commission Economique pour l'Afrique
CHN	Centre Hospitalier National
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLLS	Comité Local de Lutte contre le Sida
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CPN	Consultation Périnatale
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le Sida
CS	Centre de Santé
DLSI	Division de Lutte contre le Sida et les IST
ECR	Equipe Cadre de Région
EPS	Etablissement Public de Santé
FBU	Franc Burundais
FCFA	Franc de la Communautaire Financière d'Afrique

GTT	Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au Sida
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
ICP	Infirmier Chef de Poste
ICS	Industries Chimiques du Sénégal
IEC	Information, Education, Communication
ISAAR	Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MSPM	Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
n.c.a.	Non classifié ailleurs
OCB	Organisation Communautaire de Base
OEV	Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEPFAR	Plan d'aide d'urgence du Président des Etats Unis pour la lutte contre le Sida
PIB	Produit Intérieur Brut

PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de Santé
PSLS	Plan Stratégique de Lutte contre le Sida
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
REDES	Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST
SE/CNLS	Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
TME	Transmission Mère-Enfant du VIH
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNGASS	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour la Population
US\$	Dollar américain
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Paquet minimum d'activités de PTME.....	18
Tableau 2: Répartition des dépenses de prévention en 2007 (FCFA) .....	44
Tableau 3: Répartition des dépenses allouées à la PTME en fonction des sources de financement en 2007 (FCFA).....	45
Tableau 4: Répartition des dépenses de la PTME par agent en fonction des sources de financement en 2007 (FCFA).....	48
Tableau 5: Répartition des dépenses allouées à la PTME en fonction des agents de financement en 2007 (FCFA).....	50
Tableau 6: Répartition des dépenses de prévention en 2008 (FCFA) .....	53
Tableau 7: Répartition des dépenses allouées à la PTME en fonction des sources de financement en 2008 (FCFA).....	54
Tableau 8: Répartition des dépenses de la PTME par agent en fonction des sources de financement en 2008 (FCFA).....	57
Tableau 9: Répartition des dépenses allouées à la PTME en fonction des agents de financement en 2008 (FCFA).....	58
Tableau 10: Répartition des dépenses allouées à la PTME en fonction des sources de financement (FCFA).....	60
Tableau 11: Répartition des dépenses allouées à la PTME en fonction des agents de financement (FCFA).....	62

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cartographie de la prévalence du VIH au Sénégal.....	12
Figure 2: Processus de mise en œuvre de la PTME.....	17
Figure 3: Evolution du nombre de sites PTME.....	19
Figure 4: Evolution des indicateurs de dépistage des femmes enceintes entre 2007 et 2008.....	20
Figure 5: Evolution de la mise sous prophylaxie des femmes enceintes séropositives et de leurs nourrissons entre 2007 et 2008.....	21
Figure 6: Répartition des dépenses globales de la riposte au VIH par chapitre d'interventions en 2007.....	43
Figure 7 : Financement des composantes de la PTME en fonction des sources en 2007 (FCFA).....	46
Figure 8 : Décomposition des financements publics de la PTME en 2007.....	46
Figure 9: Décomposition des financements extérieurs de la PTME en 2007.....	47
Figure 10: Flux du financement de la PTME en 2007.....	51
Figure 11: Répartition des dépenses globales de la riposte au VIH par chapitre d'intervention en 2008.....	52
Figure 12 : Financement des composantes de la PTME en fonction des sources en 2008 (FCFA).....	55
Figure 13: Décomposition des financements extérieurs de la PTME en 2008...	56
Figure 14: Flux du financement de la PTME en 2008.....	59
Figure 15: Evolution des ressources octroyées à la PTME en fonction de leur origine.....	60
Figure 16: Evolution des ressources octroyées à la PTME en fonction des agents de financement.....	61

# TABLE DES MATIERES

Dédicaces .....	i
Remerciements .....	iii
Liste des abréviations .....	iv
Liste des tableaux .....	vii
Liste des figures .....	viii
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE .....</b>	<b>5</b>
I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE .....	6
I.1- Cadre général de l'étude.....	6
I.1.1- Contexte géographique et administratif .....	6
I.1.2- Contexte démographique .....	6
I.1.3- Contexte économique .....	8
I.1.4- Organisation du système de santé.....	8
I.1.4.1- Secteur public .....	8
I.1.4.2- Secteur privé .....	11
I.2- Politique Nationale de Lutte contre le VIH/SIDA.....	11
I.2.1- Situation épidémiologique actuelle du VIH/SIDA .....	11
I.2.2- Riposte nationale à l'infection .....	13
I.2.3- Financement de la riposte à l'épidémie du VIH .....	13
I.2.4- Politique Nationale de Prévention de la Transmission Mère- Enfant du VIH (PTME).....	14
I.2.4.1- Transmission Mère-Enfant du VIH (TME).....	14
I.2.4.2- Programme de la PTME au Sénégal .....	15
II- PROBLEMATIQUE .....	22
III- INTERET DE L'ETUDE.....	25
IV- OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	26
IV.1- Finalité.....	26

IV.2-	Objectif général.....	26
IV.3-	Objectifs spécifiques .....	26
V-	HYPOTHESES DE RECHERCHE .....	27
VI-	METHODOLOGIE.....	27
VI.1-	Type d'étude.....	27
VI.2-	Définition des variables de l'étude.....	28
VI.2.1-	Sources de financement.....	28
VI.2.2-	Agents de financement .....	29
VI.2.3-	Catégories de dépenses.....	30
VI.3-	Techniques de recueil des données .....	31
VI.3.1-	Recherche documentaire .....	31
VI.3.2-	Entretiens.....	32
VI.4-	Traitement des données.....	32
VI.5-	Limites de l'étude.....	32
VII-	REVUE DE LA LITTERATURE.....	33
<b>DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL.....</b>		<b>37</b>
I-	CADRE D'ETUDE .....	38
I.1-	Division de Lutte contre le Sida et les IST (DLSI) .....	38
I.1.1-	Présentation.....	38
I.1.2-	Missions dans le cadre de la PTME.....	40
I.2-	Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) .....	40
I.2.1-	Présentation.....	40
I.2.2-	Missions dans le cadre de la PTME.....	42
II-	RESULTATS .....	43
II.1-	Financement de la PTME en 2007 .....	43
II.1.1-	Financement global de la riposte au VIH en 2007 .....	43
II.1.2-	Analyse des dépenses de la PTME en fonction des sources de financement en 2007 .....	45

II.1.2-	Analyse des dépenses de la PTME en fonction des sources de financement en 2007 .....	45
II.1.3-	Analyse des dépenses de la PTME en fonction des agents de financement en 2007 .....	47
II.1.4-	Synthèse des flux de ressources pour le financement de la PTME en 2007 .....	51
II.2-	Financement de la PTME en 2008 .....	52
II.2.1-	Financement global de la riposte au VIH en 2008 .....	52
II.2.2-	Analyse des dépenses de la PTME en fonction des sources de financement en 2008 .....	54
II.2.3-	Analyse des dépenses de la PTME en fonction des agents de financement en 2008 .....	56
II.2.4-	Synthèse des flux de ressources pour le financement de la PTME en 2008 .....	59
II.3-	Financement global de la PTME de 2007 à 2008 .....	60
III-	DISCUSSION .....	63
<b>CONCLUSION/RECOMMANDATIONS.....</b>		<b>68</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>		<b>71</b>
<b>ANNEXES.....</b>		<b>77</b>

## ***INTRODUCTION***

La pandémie du VIH/SIDA constitue, de nos jours, le défi infectieux le plus grave, non seulement en termes de santé publique, mais aussi en termes de développement voire de sécurité. En effet, depuis la découverte des premiers cas dans le monde en 1981 et après pratiquement 30 ans d'expérience de la prévention du VIH et plus de 12 ans d'expérience de la thérapie antirétrovirale, les dégâts causés par ce fléau sont encore énormes même si les tendances actuelles font état d'une stabilisation de la prévalence mondiale de l'infection [36]. Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde ne cesse cependant d'augmenter, du fait de l'accumulation de nouvelles infections et de la survie prolongée des personnes infectées traitées aux antirétroviraux (ARV), au sein d'une population qui elle-même continue de croître. Ainsi, on estime à 2,7 millions le nombre des nouvelles infections par le VIH survenues au cours de l'année 2008 dont 430.000 enfants de moins de 15 ans, ce qui porte à 22,4 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH, et à 2 millions le nombre des décès imputables à une maladie liée au sida enregistrés sur la même période dans le monde entier. Environ 4 millions de personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire recevaient un traitement antirétroviral durant la même année. L'Afrique subsaharienne reste cependant la région la plus gravement touchée, avec 67% des infections à VIH du monde entier, 68% des nouvelles infections à VIH chez les adultes dont plus de la moitié sont des femmes et 91% des nouvelles infections à VIH chez les enfants. En outre, c'est dans cette région qu'ont été enregistrés 72% des décès mondiaux dus au sida en 2008 [37].

L'impact de l'épidémie demeure énorme dans les foyers, les communautés, les entreprises, les services publics et les économies nationales. Le VIH provoque une perte de productivité bien plus importante que n'importe quelle autre maladie et il est susceptible de précipiter six millions de ménages

supplémentaires dans la pauvreté d'ici à 2015 si les ripostes nationales ne sont pas renforcées [6].

Devant la menace qu'il représente, les Etats du monde, réunis en 2000 dans le cadre du sommet mondial pour le développement, se sont fixés entre autres objectifs de développement pour le millénaire, de combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies (objectif 6). De façon spécifique pour cet objectif, la cible visée est de stopper et de commencer à inverser la tendance actuelle de l'épidémie de VIH/SIDA d'ici à 2015 (cible 7). L'Afrique qui regroupait 75% des 36,1 millions de personnes touchées par le VIH en 2001 a consacré une réunion de la Commission Economique pour l'Afrique (CEA) au VIH/SIDA en Avril 2001 à Abuja (Nigéria). Les chefs d'Etat et de gouvernement africains, à l'occasion de ce sommet, ont pris des engagements, en particulier, celui d'allouer au moins 15% de leurs budgets nationaux annuels à l'amélioration du secteur de la santé y compris la lutte contre le sida [30].

Pour couronner toutes ces initiatives, 189 Etats membres de l'Organisation des Nations Unies ont adopté en juin 2001, lors d'une session extraordinaire, la Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA. A travers cette Déclaration dite de «UNGASS », la communauté internationale s'est fixée des objectifs communs pour ralentir la propagation du VIH/SIDA et en atténuer les effets. Consciente de la nécessité de mettre en place une action multisectorielle sur tous les fronts, la Déclaration vient appuyer les ripostes nationales, régionales et mondiales, pour prévenir de nouvelles infections à VIH, élargir l'accès aux soins et atténuer l'impact de l'épidémie. Cette Déclaration réaffirme que la propagation du VIH/sida est un sérieux obstacle à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cela nécessite des actions urgentes, concertées et soutenues aux niveaux national (développement de stratégies multisectorielles et décentralisées), sous régional (appui aux initiatives sous régionales et régionales) et mondial (favoriser une coopération plus étroite entre les

organismes des Nations Unies et les organisations internationales participant à la lutte contre le VIH/SIDA) [13, 36].

A l'instar des autres pays signataires, le Sénégal s'est énormément investi dans la riposte contre le Sida. Les deux plans stratégiques de lutte contre le Sida (PSLS) 2002-2006 et 2007-2011 élaborés par ce pays laissent une place de choix à la prévention de la transmission du VIH. A travers son plan actuel de lutte contre cette maladie (2007-2011), les autorités sénégalaises s'efforcent en particulier à renforcer la prévention de certains groupes vulnérables à l'infection tels que les femmes enceintes et les enfants. Elles promeuvent l'accélération de la couverture et l'accès aux services de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) afin de contrôler la transmission du VIH chez les nourrissons nés de mères séropositives.

Ainsi, le pourcentage de femmes enceintes dépistées séropositives au VIH qui reçoivent une prophylaxie par ARV pour réduire la Transmission de la Mère à l'enfant (TME) est passé de 50% en 2006 à 69% en 2007. De même, la prophylaxie chez les nouveaux nés de mères séropositives est passée de 22% à 70% durant cette période [13, 14]. Ce qui s'annonce de bon augure pour l'atteinte de l'objectif du PSLS 2007-2011 en ce qui concerne la PTME, c'est-à-dire diminuer le pourcentage de nourrissons infectés nés de mères séropositives qui était de 8% en 2006 à un taux inférieur à 3% en 2011 [10].

L'un des grands défis de la prévention est donc de pérenniser ces évolutions positives. Il faut pour cela intensifier les activités, notamment celles liées à la PTME. Cependant, la question qui demeure reste la capacité de l'Etat à assurer le financement nécessaire à leur réalisation. Il apparaît donc important d'appréhender le financement afin d'entrevoir des stratégies de mobilisation pour la pérennisation de ces activités.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude qui se propose d'analyser le financement de la PTME au Sénégal de 2007 à 2008. L'organisation de ce travail sera structurée en deux parties :

- la première partie ou cadre théorique portera sur le contexte et la justification de l'étude, la problématique, les objectifs et hypothèses de l'étude, la méthodologie adoptée ainsi qu'une revue de la littérature ;
- la deuxième partie ou cadre opérationnel abordera les différents résultats obtenus et leur analyse en vue de formuler des recommandations aux différents acteurs du financement de la PTME au Sénégal.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



***PREMIERE PARTIE :  
CADRE THEORIQUE***

## **I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE**

### **I.1-CADRE GENERAL DE L'ETUDE**

#### **I.1.1- Contexte géographique et administratif [14]**

La République du Sénégal est située dans la partie la plus occidentale du continent africain dans la zone soudano-sahélienne comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude Nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. D'une superficie de 196 722 km<sup>2</sup>, elle est limitée au Nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau et, à l'Ouest, elle s'ouvre sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de côtes.

Sur le plan administratif, le Sénégal est subdivisé en 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements. Il compte 113 communes, 46 communes d'arrondissement, 370 communautés rurales, soit un total de 543 collectivités locales regroupant régions, communes et communautés rurales.

#### **I.1.2- Contexte démographique [14]**

La population sénégalaise est estimée en 2008 à 11 600 000 habitants, soit une densité moyenne de 58 habitants au km<sup>2</sup>. Cette moyenne cache cependant une répartition extrêmement inégale de la population, population qui est surtout concentrée dans la région de Dakar abritant 22,42% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. La région de Dakar enregistrait ainsi en 2004 une densité de population de 4 251 habitants au km<sup>2</sup> contre une moyenne nationale de 53 habitants au km<sup>2</sup>. Les régions les moins peuplées sont celles de l'ancienne région de Tambacounda (Tambacounda et Kédougou) et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au km<sup>2</sup>. Elles sont aussi les régions les plus vastes du pays avec respectivement 30,4% et 14,8% du territoire national. Il faut également souligner la particularité des villes de Guédiawaye et de Pikine dans la région de Dakar et celle de Touba dans la région de Diourbel qui sont plus peuplées que certaines régions. Cette situation

est la résultante de la forte tendance à l'urbanisation du fait de l'exode rural qui est à l'origine de la multiplication des bidonvilles.

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

Cette population s'accroît au rythme de 2,5% par an, conséquence d'un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) très élevé et estimé en moyenne à 5,3 enfants par femme. L'ISF est cependant beaucoup plus important en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme). Pour la période allant de Janvier 2002 à Janvier 2005, le taux brut de natalité était estimé à 39,1 pour mille, le taux brut de mortalité infantile à 61 décès pour mille naissances vivantes, le taux brut de mortalité juvénile à 64 décès pour mille enfants âgés d'un an et le taux de mortalité maternelle à 434 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [2].

Les principaux groupes ethniques sont : les Wolofs (43%), les Pulars (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%.

Seuls 37,8% des adultes (15 ans et plus) ont la capacité de lire et écrire dans une langue quelconque. La population rurale sénégalaise reste à majorité analphabète : moins d'une personne résidant en milieu rural sur quatre est alphabétisée. En outre, l'analphabétisme est beaucoup plus marqué chez les femmes (28,2% d'alphabétisées) que chez les hommes (49,1% d'alphabétisés) [38].

### **I.1.3- Contexte économique [21]**

La situation économique et financière du Sénégal a été marquée en 2007 par la persistance de la hausse du prix du baril de pétrole, les contre-performances du sous secteur agricole pour la deuxième année consécutive, la reprise de l'activité des Industries Chimiques du Sénégal (ICS) et le maintien du dynamisme du secteur tertiaire. Ainsi, la croissance réelle du PIB est estimée à 4,8% en 2007, du fait notamment du dynamisme du secteur tertiaire, contre 2,3% en 2006.

Le secteur primaire a enregistré une légère baisse de 0,3% en 2007 contre une baisse de 9,4% en 2006. Cette quasi stabilité du secteur est essentiellement imputable à la baisse de l'activité dans le sous secteur de l'agriculture compensée par la bonne tenue du sous secteur de l'élevage et de la pêche.

Le secteur secondaire s'est redressé à la faveur notamment de la reprise de l'activité de production des ICS. Il a enregistré une hausse de 4,3% après une légère hausse de 0,6% en 2006.

Le secteur tertiaire, moins affecté par la hausse des prix des produits pétroliers, a progressé de 6,8% contre 5,5% en 2006. Cette croissance est le fait, en grande partie, du dynamisme du sous-secteur des télécommunications qui croît de 14% mais également de la progression des autres services.

### **I.1.4- Organisation du système de santé**

#### ***I.1.4.1- Secteur public [14, 24]***

Le système national de santé se présente sous la forme d'une pyramide à trois échelons que sont le niveau central, la région médicale et le district sanitaire.

#### **➤ Le niveau central**

Il comprend le cabinet du Ministre, les directions et les services rattachés. C'est à ce niveau que sont définies les orientations générales et les priorités en matière de santé.

➤ La région médicale

C'est la structure de coordination au niveau régional. Son aire d'intervention correspond à la région administrative. Elle est dirigée par un Médecin-Chef de Région (MCR) qui anime l'équipe cadre de région (ECR) composée des superviseurs des différents programmes de santé au niveau régional. Le Sénégal compte 14 régions médicales.

➤ Le district sanitaire

Il s'agit d'une zone géographique opérationnelle pouvant épouser une circonscription administrative départementale ou une partie de celle-ci. Il comprend au moins un centre de santé et un certain nombre de postes de santé. Il est géré par le Médecin-Chef de District (MCD) qui pilote l'équipe cadre composée au minimum d'un superviseur des soins de santé primaires, d'un superviseur chargé de la Santé Maternelle et Infantile (SMI) de la planification familiale et d'un superviseur de l'éducation pour la santé. Le district constitue le niveau opérationnel du système et est le lieu d'exécution des programmes de santé qui applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le Sénégal compte 69 districts sanitaires.

Le dispositif sanitaire met en relation un ensemble d'infrastructures sanitaires destinées à assurer les soins de santé des populations selon le niveau de contact. Ce dispositif constitue, dans un sens unidirectionnel qui va de bas en haut, le système de référence.

On distingue quatre types d'infrastructures sanitaires publiques:

▪ *Le Poste de Santé (PS)*

Il constitue le premier niveau de contact des populations avec une structure publique. Il est dirigé par un infirmier diplômé d'Etat qui occupe la fonction

d’Infirmier Chef de Poste (ICP). Son plateau technique lui permet de dispenser des soins de santé de base.

Le poste polarise et supervise un ensemble de structures de santé communautaires que sont les cases de santé et maternités rurales situées au niveau villageois et gérées par des Agents de Santé Communautaires (ASC) ou des matrones. Les cases de santé font recours au poste de santé en cas d’urgence. Le poste est implanté dans les communes, les chefs lieux de communauté rurale, ou les villages relativement peuplés. La norme de couverture d’un poste de santé est de 10.000 habitants.

- *Le Centre de Santé (CS)*

Il représente le second palier du schéma des infrastructures sanitaires publiques et le niveau de référence des postes de santé. Il est implanté au niveau de la commune. Il polarise et supervise un ensemble de postes dont il constitue le premier recours. Il est dirigé par un médecin qui assure la fonction de médecin chef. La norme de couverture d’un centre de santé est de 50.000 habitants.

- *Le Centre Hospitalier Régional (CHR)*

Il est le troisième maillon de la chaîne et constitue le recours pour les centres de santé. C’est un Etablissement Public de Santé (EPS) qui a une autonomie de gestion. Dépendant de sa localisation, il peut être communal, départemental, régional ou national. Il est implanté au niveau du chef lieu de région, de département ou dans une commune et dispense des soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie et parfois des spécialités chirurgicales ou médicales. La norme de couverture d’un hôpital est de 150 000 habitants.

- *Le Centre Hospitalier National (CHN)*

C'est le dernier maillon de la chaîne, le sommet de la pyramide sanitaire et le dernier recours. Il en existe sept au niveau de la capitale. Le CHN est une structure sanitaire nationale qui dessert l'ensemble de la population eu égard à son plateau technique très spécialisé et à la diversité de ses gammes de services.

Par ailleurs, on retrouve au niveau régional, pour l'approvisionnement en médicaments et consommables hospitaliers, des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) et au niveau central, la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA).

Au total, le Sénégal compte 22 Etablissements Publics de Santé (CHN et CHR), 72 centres de santé, 971 postes de santé, 2000 cases de santé et 476 maternités rurales.

#### ***I.1.4.2- Secteur privé [14]***

Le secteur privé joue également un rôle important dans le dispositif de santé. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif (structures confessionnelles et médecine d'entreprise). Ce secteur privé dispose d'un hôpital, de 24 cliniques, de 414 cabinets médicaux et de services médicaux d'entreprise, de 700 officines de pharmacie et de 20 laboratoires d'analyse médicale.

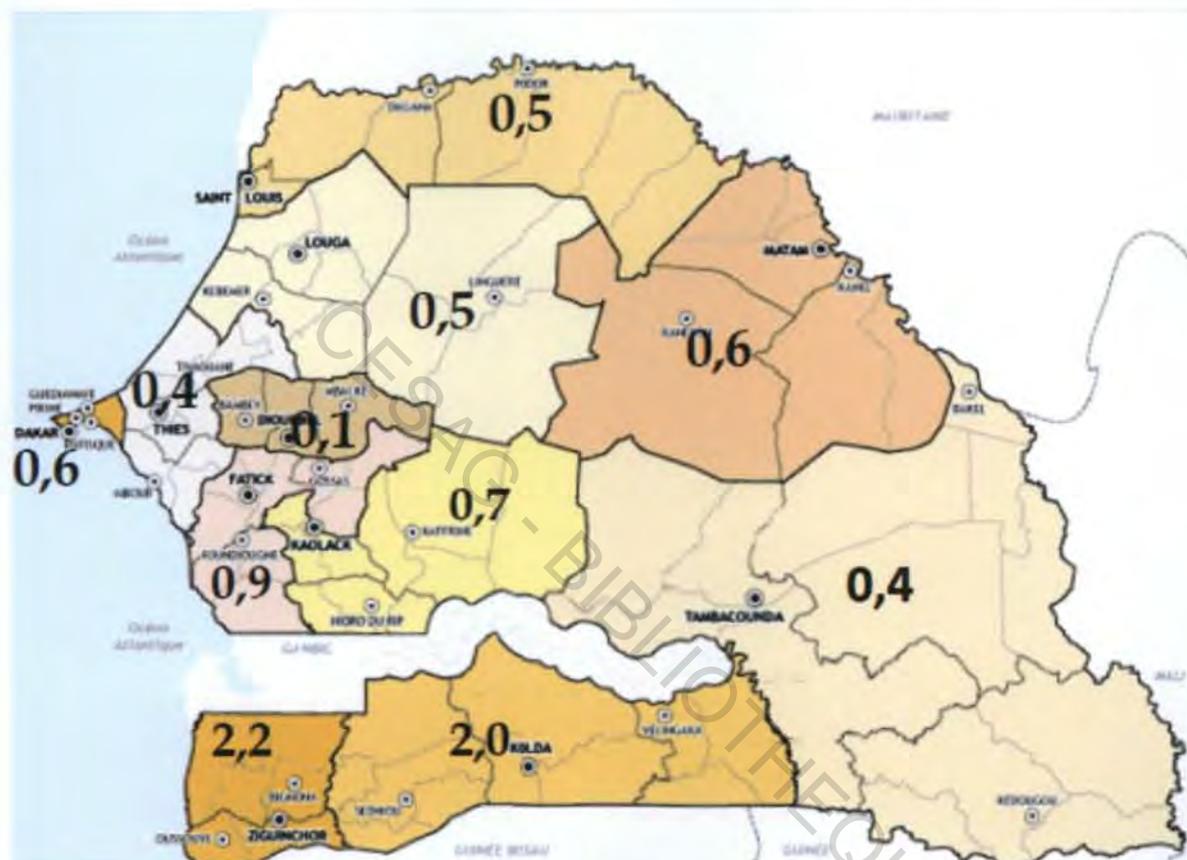
## **I.2-POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

### **I.2.1- Situation épidémiologique actuelle du VIH/SIDA**

La situation du VIH au Sénégal est caractérisée par la présence des deux types de virus, VIH-1 et VIH-2, et une épidémie de type concentré avec une prévalence estimée à 0,7% dans la population générale. On note cependant des disparités au niveau des régions. C'est ainsi que la prévalence du VIH est

supérieure à la moyenne nationale à Ziguinchor (2, 2%) et à Kolda (2,0%) alors que partout ailleurs, elle est inférieure à 1% [2].

**Figure 1: Cartographie de la prévalence du VIH au Sénégal**



Source : EDS IV, 2005

Cette prévalence varie aussi en fonction du sexe, de l'âge et du milieu. De plus, comme partout ailleurs en Afrique, on note une féminisation de l'épidémie. Les femmes, avec un taux de prévalence de 0,9%, sont donc actuellement plus infectées que les hommes (0,4%) avec un sex-ratio de 2,25% alors qu'au début de l'épidémie, on comptait une femme contaminée pour 3 hommes. La prévalence moyenne chez les femmes enceintes est de 1,3% [8, 22]. Toutefois, des taux de prévalence élevés dépassant largement la moyenne nationale sont enregistrés chez les professionnelles du sexe (19,8%) et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ou HSH (21,5%) [26].

### **I.2.2- Riposte nationale à l'infection [10, 14]**

La réponse à l'épidémie du sida au Sénégal a été précoce. Dès le dépistage des premiers cas de sida en 1986, les autorités ont mis en place le Comité National de Lutte contre le Sida.

Cette lutte contre le Sida était coordonnée au sein du Ministère chargé de la santé qui avait élaboré un Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), programme comprenant trois volets : un volet séro-épidémiologique, un volet clinique et un volet éducation. Des plans d'action couvrant les périodes suivantes : 1987-1992, 1994-1998 et 1997-2001 furent élaborés. En 2001, la création du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) a permis de rendre l'approche multisectorielle effective avec la jonction entre le secteur public, le secteur privé et la société civile, impliquant 8 ministères, plus de 1016 Organisations Communautaires de Base (OCB) et Organisations Non Gouvernementales (ONG).

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

La lutte contre le VIH figure actuellement parmi les objectifs des politiques sectorielles et est également prise en compte dans le document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et le Plan National de Développement Sanitaire.

### **I.2.3- Financement de la riposte à l'épidémie du VIH [9]**

Des ressources importantes sont mobilisées au Sénégal dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.

Au titre de l'année 2003, les dépenses totales engagées dans cette lutte s'élevaient à 6,68 milliards de FCFA soit 0,18% du PIB.

En 2004, ces dépenses se sont accrues de 50,61% pour atteindre 10,07 milliards de FCFA, équivalant à 0,25% du PIB. Plus de la moitié de ces fonds (56,93%) provenaient du secteur public, preuve d'un engagement national dans la lutte contre la pandémie. 10,72% ont été pris en charge par le secteur privé et les 32,36% restants par des sources extérieures.

## **I.2.4- Politique nationale de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME)**

### ***I.2.4.1- Transmission Mère-Enfant du VIH (TME)***

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

- Pendant la grossesse, le risque de contamination est de 5 à 8% et est le fait du passage du virus à travers le placenta.
- Pendant le travail et l'accouchement, ce risque est de 10 à 20%.
- En l'absence de traitement, le risque global de transmission peut varier de 20 à 45% en cas d'allaitement jusqu'à 18 ou 24 mois et de 25 à 35% si l'enfant est allaité jusqu'à 6 mois [19].

Les facteurs de risque liés à cette TME sont de deux types : les facteurs maternels et les facteurs infantiles [39].

#### ➤ Facteurs maternels

Le risque de transmission du VIH aux nourrissons est accru :

- pour les femmes ayant une charge virale élevée ;
- pour les femmes présentant une grave immunosuppression et celles souffrant d'une maladie avancée ;
- en cas de carences maternelles en micronutriments ;

- par la rupture prolongée des membranes, la chorioamniotite et les IST ;
- par les crevasses et les abcès du sein au cours de l'allaitement ;
- pour les femmes infectées par le VIH-1, ce dernier étant plus facilement transmis à leurs nourrissons que le VIH-2.

➤ Facteurs infantiles

Il s'agit :

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

**1.2.4.2- Programme de la PTME au Sénégal [23, 26]**

Le programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH permet à la femme enceinte de bénéficier gratuitement du test de dépistage du VIH et d'avoir la possibilité de protéger son enfant contre le VIH par une prise en charge médicale.

Ce programme a débuté sa phase pilote à Dakar en 2000, dans le cadre de l'Initiative d'Accès aux Antirétroviraux (ISAARV). Il a été mis en œuvre par le Programme National de Lutte contre le Sida, en collaboration avec le Fonds de Solidarité Thérapeutique International, la fondation Glaxo-Wellcome et l'Ordre de Malte. Trois sites étaient retenus : le CHU Le Dantec, l'hôpital Principal et le centre de santé Roi Baudouin de Guédiawaye. L'objectif était de rendre plus accessible le dépistage du VIH chez les femmes enceintes lors des Consultations Périnatales (CPN), de diminuer significativement les nouvelles infections à VIH

chez les nouveau-nés nés de mères séropositives par la prophylaxie ARV et l'alimentation artificielle.

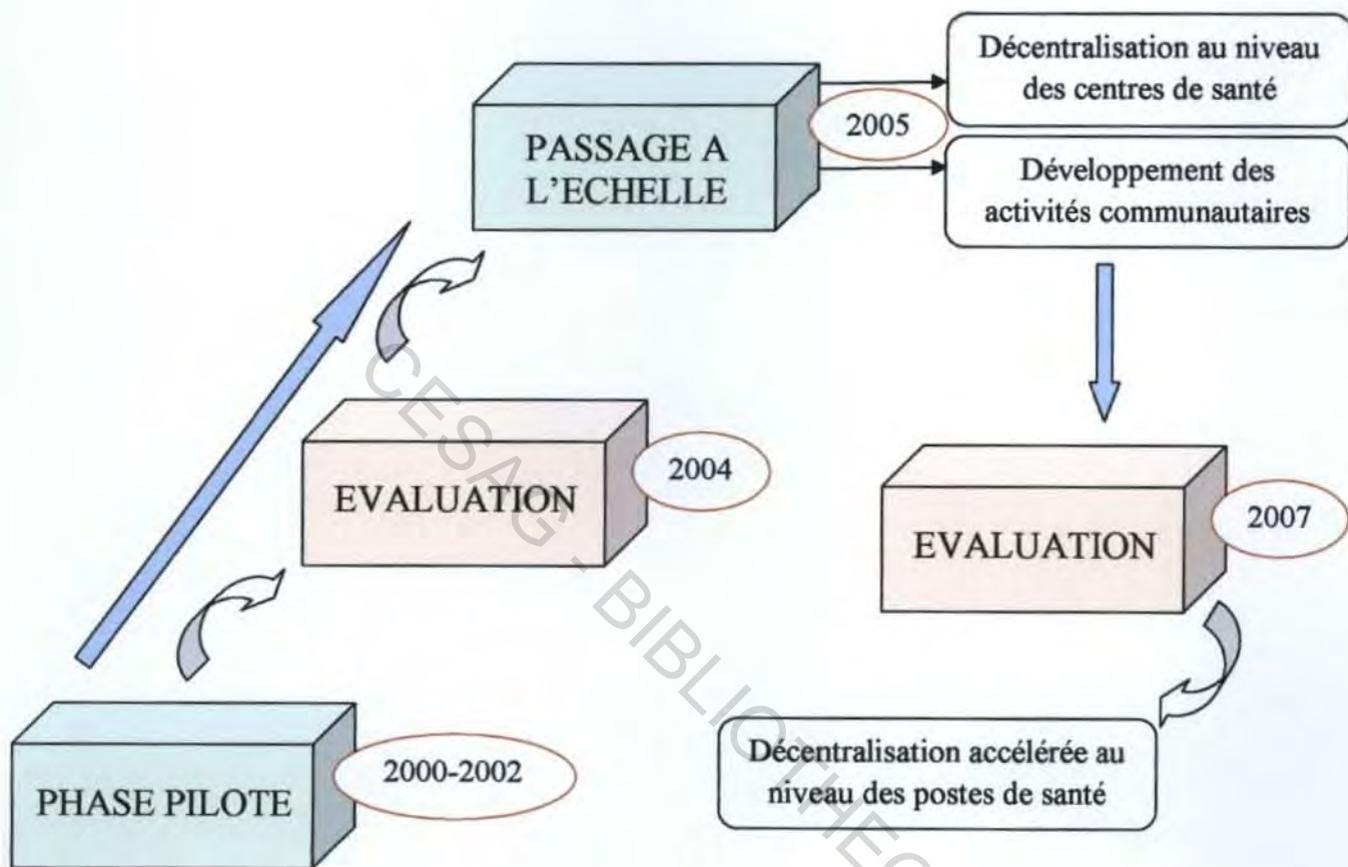
Au terme de cette phase, il est ressorti la faisabilité d'une bonne prise en charge des femmes enceintes séropositives avec une réduction du taux de transmission du VIH à moins de 5%. Par la suite, une évaluation de cette expérience a recommandé l'extension du programme dans les 11 régions du Sénégal. C'est ainsi que pour toucher le maximum de femmes, le programme a amorcé le passage à l'échelle à partir de 2005 par une décentralisation jusqu'au niveau des districts.

Les autres facteurs ayant favorisé ce passage à l'échelle sont:

- la mise en place du plan stratégique national 2002-2006 dont la PTME constitue l'une des 7 composantes stratégiques ;
- la gratuité des ARV en 2003 ;
- la disponibilité et la gratuité du dépistage VIH au niveau des hôpitaux et des centres de santé depuis 2004 ;
- la révision du protocole de prophylaxie ARV en fin 2004 ;
- l'élaboration et la validation d'une politique PTME et d'autres documents de référence et d'outils de formation (le guide du formateur, le cahier du participant) en fin 2004- début 2005 ;
- l'élaboration et la diffusion d'outils de gestion en 2005 ;
- la formation des équipes cadres de régions et des équipes cadres de districts des 11 régions en 2005 [20].

Le schéma suivant résume tout le processus de mise en place de la politique de PTME au Sénégal.

**Figure 2: Processus de mise en œuvre de la PTME**



Source : Rapport annuel 2008 du PNLIS (CNLS)

Les activités réalisées dans le cadre de la PTME ainsi que les résultats obtenus en 2007 et 2008 sont les suivants :

➤ Paquet minimum d'activités de PTME [22]

Les activités de PTME, qui peuvent être menées au sein même de la communauté ou au niveau de structures sanitaires accréditées à cet effet et identifiées comme « sites PTME », s'énumèrent dans le tableau ci-après.

**Tableau 1: Paquet minimum d'activités de PTME**

Activités	Communauté	Site secondaire	Site principal
Sensibilisation et plaidoyer sur la PTME	X	X	X
Causeries de groupe sur la PTME en CPN	X	X	X
Conseils pré et post test		X	X
Dépistage avec tests rapides		X	X
Prélèvement et référence des échantillons pour la confirmation du test VIH		X	
Diagnostic sérologique de confirmation			X
Prophylaxie et traitement par ARV		X (si possible)	X
Suivi clinique		X	X
Suivi biologique de la femme enceinte sous ARV			X
Pratiques obstétricales à moindre risque			X
Prélèvement et référence des échantillons pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez l'enfant		X	X
Prise en charge de l'enfant né de mère séropositive		X	X
Aide à l'observance	X	X	X
Collecte et gestion des données sur la PTME	X	X	X

Source : Directives nationales sur la PTME (DLSI), 2009

Le site principal de PTME doit donc offrir les services suivants :

- CPN ;
- conseils pré et post test ;
- dépistage (laboratoire ou tests rapides) ;
- accouchement de la femme enceinte séropositive ;
- suivi et prise en charge de l'enfant et de la femme dans le post partum ;
- disponibilité et/ou dispensation des ARV.

Quant au site secondaire, il doit disposer d'au moins trois services :

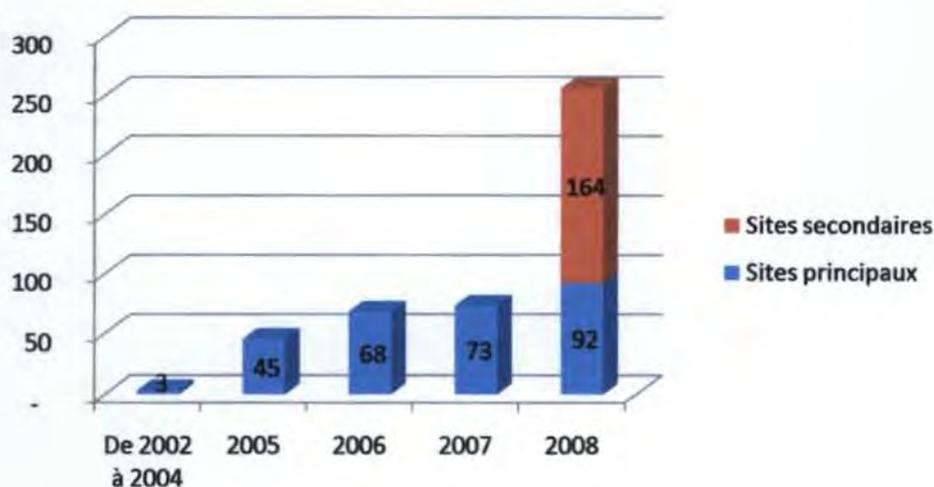
- CPN ;
- conseils pré et post test ;
- dépistage (laboratoire ou tests rapides).

Il convient de préciser que tout site secondaire doit être rattaché à un site principal de référence.

#### ➤ Evolution du nombre de sites

Le schéma ci-dessous illustre l'évolution des sites PTME depuis la mise en place du programme.

**Figure 3: Evolution du nombre de sites PTME**

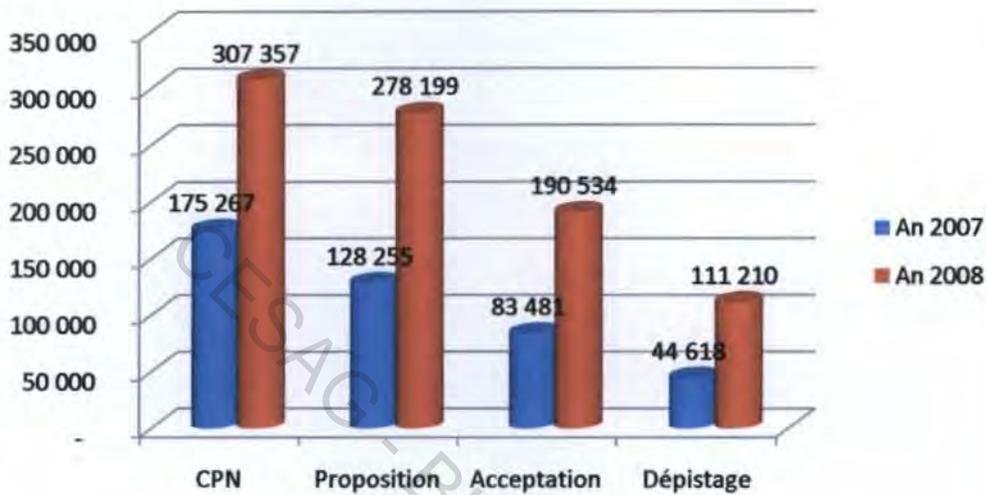


Source : *Rapport annuel 2008 du PNLS (CNLS)*

On constate une augmentation importante du nombre de ces sites au fil des années, avec comme particularité en 2008 l'apparition des sites secondaires.

➤ Résultats de la PTME en 2007 et 2008 [11, 14]

**Figure 4: Evolution des indicateurs de dépistage des femmes enceintes entre 2007 et 2008**



Source : Rapport annuel 2008 du PNL (CNLS)

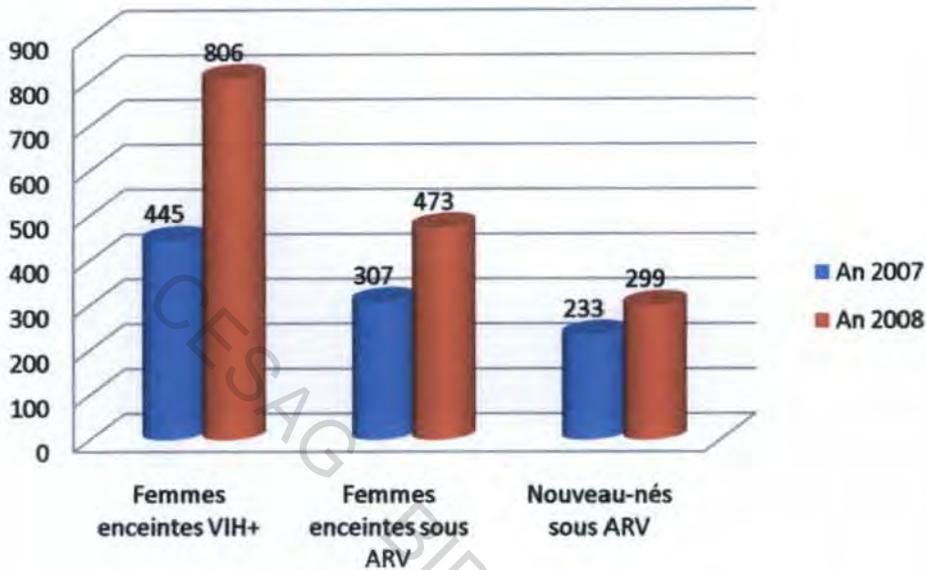
Le nombre de femmes enceintes fréquentant les CPN et dépistées annuellement est passé de 44 618 en 2007 à 111 210 en 2008, soit une performance respective de 44% et 108% par rapport aux objectifs nationaux qui étaient de 85 773 pour l'année 2007 et 103 332 pour 2008.

En dépit de ces performances observées entre l'objectif fixé et les résultats atteints, les normes établies (100% de proposition, 80% d'acceptation, 80% de réalisation du test) laissent apercevoir des insuffisances dans l'offre de services à combler. En effet, les déperditions sont importantes entre les propositions de tests, les acceptations et leurs réalisations effectives :

- 73% de propositions de tests adressées aux femmes en CPN en 2007 et 90% de propositions en 2008 ;

- 65% d'acceptation en 2007 et 68% en 2008 ;
- 53% de dépistage en 2007 et 58% en 2008.

**Figure 5: Evolution de la mise sous prophylaxie des femmes enceintes séropositives et de leurs nourrissons entre 2007 et 2008**



Source : Rapport annuel 2008 du PNLIS (CNLS)

Malgré la bonne performance du dépistage enregistrée en 2008, on note un écart considérable entre le nombre de femmes enceintes séropositives et le nombre d'entre elles qui ont été mises sous ARV dans le cadre de la PTME. Le pourcentage de femmes enceintes séropositives mises sous prophylaxie était de 59% cette année-là contre 69% l'année précédente.

Toutefois, le nombre d'enfants bénéficiant d'un traitement ARV a augmenté en 2008, même s'il reste ici également des efforts à faire pour atteindre l'accès universel.

## **II- PROBLEMATIQUE**

La définition d'une lutte généralisée contre le sida a considérablement évolué depuis la découverte du virus et le choix des interventions s'est fait en fonction des politiques des institutions mondiales, notamment l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les activités initiales étaient axées sur la sécurité transfusionnelle et la sensibilisation par l'Information, l'Education et la Communication (IEC). Il s'est agi notamment de la promotion des mesures de prévention en général, en particulier la stratégie ABC (de l'anglais "Abstain, Be faithful, Condomize"). Cette approche, basée donc sur l'abstinence, la fidélité et l'utilisation des préservatifs, a été développée en réponse à l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique, et pour contrer la diffusion d'autres infections sexuellement transmissibles [5]. Malgré quelques résultats encourageants, l'épidémie faisait toujours ravage sur ce continent.

L'introduction ultérieure des ARV a marqué un point crucial dans la lutte contre cette pandémie, étant donné que le nombre de personnes nécessitant un traitement urgent augmentait sans cesse. Ainsi en décembre 2003, l'OMS et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) ont lancé ensemble la stratégie « 3 millions d'ici 2005 » dans le but d'aider les pays à revenu faible ou intermédiaire à traiter 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA avant la fin de 2005 [35].

La cible des « 3 millions d'ici 2005 » mettait au défi gouvernements, fondations, entreprises et institutions des Nations Unies d'étendre l'accès au traitement antirétroviral aussi rapidement et efficacement que possible. L'objectif consistait simultanément à fournir des médicaments et à renforcer les capacités de soins en mobilisant les ressources des pays donateurs et les ressources nationales, en formant des personnels soignants, en éduquant les communautés, en élargissant le dépistage et le conseil, et en étendant la prévention du VIH.

La cible des « 3 millions d'ici 2005 » n'a pas été atteinte dans les délais. La recherche continue d'un accès élargi au traitement antirétroviral a néanmoins amené des changements positifs et ouvert la voie à des avancées majeures vers le but ultime d'un accès universel au traitement et aux soins du VIH. En deux ans, le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a plus que triplé, passant d'environ 400 000 personnes en décembre 2003 à plus de 1,3 million sous traitement en décembre 2005. L'accès au traitement dans la région du monde la plus durement touchée, l'Afrique subsaharienne, s'est accru de plus de 800 %, passant de 100 000 à 810 000 durant la même période [35].

Toutefois, les efforts déployés pour élargir rapidement l'accès aux traitements antirétroviraux et à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH seraient anéantis si la spirale des nouvelles infections n'était pas interrompue. En effet, force est de constater que le degré de priorité accordé à la prévention du VIH est systématiquement bien inférieur à ce qu'il devrait être dans bon nombre de ripostes nationales. Près de trois décennies après le début de l'épidémie, une majorité de jeunes dans les pays durement touchés n'ont toujours pas de connaissances de base au sujet du VIH. Environ deux femmes enceintes séropositives sur trois n'ont pas accès aux médicaments antirétroviraux, ni à d'autres services de prévention de la transmission mère-enfant. Dans les pays ayant des épidémies concentrées, la plupart des populations à risque accru d'exposition au VIH ne bénéficient pas des services essentiels de prévention du VIH [36].

L'élargissement de l'accès aux traitements et à la prise en charge doit donc se faire concomitamment à l'intensification des efforts de prévention. Il est en effet démontré, d'après des modèles mathématiques, qu'un ensemble complet d'actions efficaces de prévention et de traitement permettrait d'éviter 55% des

nouvelles infections auxquelles il faut s'attendre en Afrique subsaharienne d'ici 2020 [40].

La communauté internationale, consciente donc de l'urgence d'un renforcement simultané de la prévention et du traitement du VIH/Sida, a mis en place un certain nombre de mécanismes de financement, notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Plan d'aide d'urgence du Président des Etats-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et le Programme multinational de lutte contre le VIH/sida de la Banque mondiale. Les gouvernements africains et des fondations privées, notamment la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation Bill Clinton, ont augmenté substantiellement leurs contributions, de sorte que le montant disponible pour la lutte contre le sida à l'échelle mondiale est passé de 1,1 milliard de dollars en 1999 à près de 10 milliards de dollars en 2007. Cependant, seulement le tiers de cette somme provient des contributions nationales des pays à revenu faible et intermédiaire, les deux tiers restants étant entièrement financés par des concours externes [5]. Il s'ensuit une dépendance de ces pays à l'égard du financement extérieur, pouvant influencer sur la viabilité de leurs ripostes nationales.

Ces acteurs mondiaux de la lutte contre le sida se sont en outre réunis en décembre 2005, lors d'une conférence organisée conjointement par l'OMS et l'UNICEF à Abuja (Nigéria) ayant débouché sur un appel à l'action en vue d'éliminer la transmission mère-enfant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en s'attachant aux carences les plus courantes dans les services [35].

Le Sénégal a ainsi fait du renforcement de la PTME, une priorité dans son plan stratégique 2007-2011. Il s'est engagé à faire bénéficier avant l'échéance de 2011, 523 650 femmes enceintes du paquet de services de la PTME afin de pallier aux faibles performances notées dans les années antérieures [10]. En effet, en 2004, seulement 39.106.680 FCFA avaient été octroyés pour ce volet,

équivalant à 1,14% des dépenses de prévention et 0,39% des dépenses totales engrangées dans la lutte contre le sida [9]. Les résultats sur le terrain étaient limites : 2171 femmes enceintes dépistées par rapport aux 370 000 grossesses attendues cette année-là, soit un pourcentage de 0,6% [12, 13].

Il s'avère donc crucial, pour ce pays où environ 2089 enfants nouvellement infectés sont attendus chaque année en l'absence d'intervention préventive et/ou en cas d'allaitement prolongé par des mères séropositives [22], de s'interroger sur les sources de financement de la prévention de l'infection à VIH pédiatrique dans l'optique de la pérennisation des activités de la PTME.

### **III- INTERET DE L'ETUDE**

La pandémie du VIH/SIDA, parmi toutes les crises de santé affectant la région africaine, est celle qui a obtenu le plus de soutien politique et de ressources. Toutefois, les dépenses réellement effectuées dans la lutte contre ce fléau ne sont rapportées que partiellement. Or la compréhension du flux des ressources financières fait partie intégrante du suivi et de l'évaluation de la riposte à l'épidémie du sida. Elle constitue en plus une recommandation de la Cellule Mondiale de Réflexion (GTT) consistant en l'obligation de rendre des comptes [1].

La présente étude, loin d'être un audit, fournira donc aux principaux acteurs de la riposte nationale au VIH les informations nécessaires pour une utilisation optimale des ressources allouées au volet de la PTME afin d'atteindre d'ici 2015 une génération sans VIH et sans SIDA, conformément à l'appel à l'action d'Abuja.

## **IV- OBJECTIFS DE L'ETUDE**

La finalité, l'objectif général ainsi que les objectifs spécifiques de la présente étude sont ici mentionnés.

### **IV.1- FINALITE**

Il s'agit de contribuer à l'amélioration de la mobilisation des ressources pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

### **IV.2- OBJECTIF GENERAL**

L'objectif général de cette étude est de décrire le dispositif de financement de la PTME au Sénégal de 2007 à 2008.

### **IV.3- OBJECTIFS SPECIFIQUES**

Il s'agit :

- de déterminer la part des ressources globales de la riposte au VIH allouée à la PTME en 2007 et 2008 ;
- d'identifier les différentes sources de financement des activités de la PTME ;
- d'analyser l'évolution de leurs contributions de 2007 à 2008 ;
- d'identifier les différents agents intervenant dans le financement de la PTME ;
- et de déterminer la part respective des fonds gérés par chaque agent entre 2007 et 2008.

## **V- HYPOTHESES DE RECHERCHE**

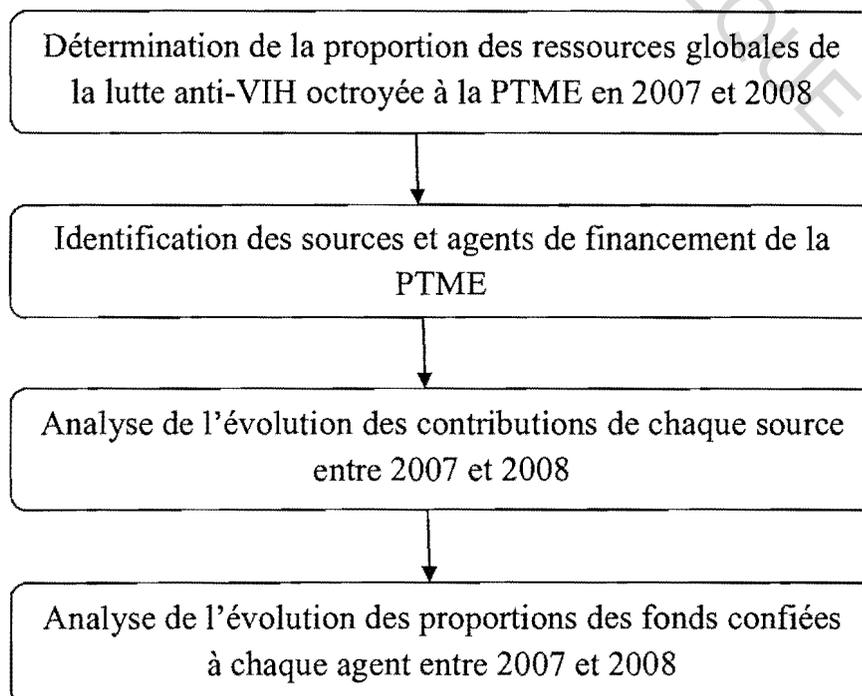
Les hypothèses qui sous-tendent la présente recherche sont les suivantes :

- la part des dépenses totales de la lutte contre le VIH octroyée à la PTME est plus faible que celle initialement budgétisée dans le PSLS 2007-2011 ;
- les aides extérieures constituent les principales sources de financement de la PTME ;
- bien que minoritaire, la contribution de l'Etat dans le financement de la PTME s'accroît d'année en année ;
- le financement de la PTME est principalement ordonnancé par le secteur public (Ministère de la Santé, CNLS).

## **VI- METHODOLOGIE**

### **VI.1- TYPE D'ETUDE**

Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant les années 2007 et 2008. La démarche adoptée se décline selon les étapes suivantes :



## **VI.2- DEFINITION DES VARIABLES DE L'ETUDE**

Les variables de l'étude sont les sources de financement, les agents de financement et les catégories de dépenses dans la lutte contre le VIH/SIDA. Elles sont présentées en fonction de la nomenclature officielle du REDES qui est un instrument de suivi des ressources allouées à la riposte au VIH mis au point par l'ONUSIDA.

### **VI.2.1- Sources de financement**

Les sources de financement sont des entités ou des groupes par lesquels passent les acquéreurs, les prestataires de services d'intermédiation financiers ou les agents payeurs, pour financer les services liés au VIH.

Les principales sources de financement sont :

- **FS.01 : Fonds publics**
  - FS.01.01 : Fonds des gouvernements territoriaux
  - FS.01.02 : Fonds de la sécurité sociale du secteur public
  - FS.01.99 : Autres fonds publics non classifiés ailleurs.
- **FS.02 : Fonds privés**
  - FS.02.01 : Institutions et entreprises à but lucratif (déductions faites des contributions à la sécurité sociale)
  - FS.02.02 : Fonds des ménages (déductions faites des contributions à la sécurité sociale)
  - FS.02.03 : Institutions à but non lucratif (autres que l'assurance sociale)
  - FS.02.99 : Sources privées de financement non classifiées ailleurs
- **FS.03 : Fonds internationaux**
  - FS.03.01 : Contributions bilatérales directes

- FS.03.02 : Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées
- FS.03.03 : Organisations et fondations internationales à but non lucratif
- FS.03.04 : Organisations internationales à but lucratif
- FS.03.99 : Ensemble des autres fonds internationaux non classifiés ailleurs.

### **VI.2.2- Agents de financement**

Les agents de financement sont des entités chargées de mobiliser des ressources financières auprès de différentes sources de financement (pools), et de les transférer pour acheter ou payer des soins de santé ou d'autres services ou biens.

Les principaux agents de financement sont :

- FA.01 : Secteur public
  - FA.01.01 : Gouvernements territoriaux
  - FA.01.02 : Sécurité sociale du secteur public
  - FA.01.03 : Programmes d'assurance pour les agents de la fonction publique
  - FA.01.04 : Organismes parapublics et entités extrabudgétaires
  - FA.01.99 : Autres agents de financement du secteur public non classifiés ailleurs
- FA.02 : Secteur privé
  - FA.02.01 : Sécurité sociale du secteur privé
  - FA.02.02 : Programmes d'assurance pour les employés du secteur privé
  - FA.02.03 : Compagnies d'assurances privées (autres que pour l'assurance sociale)

- FA.02.04 : Foyers privés (dépenses consenties par les particuliers)
  - FA.02.05 : Institutions à but non lucratif (autres que pour l'assurance sociale)
  - FA.02.06 : Organismes et entreprises non parapublics privés (autres que pour l'assurance santé)
  - FA.02.99 : Autres agents de financement du secteur privé non classifiés ailleurs.
- FA.03 : Organismes acquéreurs internationaux
    - FA.03.01 : Bureaux de pays des organismes bilatéraux
    - FA.03.02 : Organismes multilatéraux administrant les ressources externes
    - FA.03.03 : Organisations et fondations internationales à but non lucratif
    - FA.03.04 : Organisations internationales à but lucratif
    - FA.03.99 : Autres agents internationaux de financement non classifiés ailleurs.

### **VI.2.3- Catégories de dépenses**

Les dépenses relatives à la riposte au VIH sont classées par fonction :

- ASC.01 : Prévention
- ASC.02 : Soins et traitement
- ASC.03 : Orphelins et autres enfants rendus vulnérables
- ASC.04 : Gestion et administration de programmes
- ASC.05 : Ressources humaines
- ASC.06 : Protections sociales et services sociaux
- ASC.07 : Environnement favorable
- ASC.08 : Recherche.

Le volet qui nous intéresse ici, c'est-à-dire la prévention, renferme 22 composantes dont la PTME codifiée ASC.01.17. Cette dernière est également subdivisée en 8 sous-catégories de dépenses :

- ASC.01.17.01 : Conseil et test volontaires destinés aux femmes enceintes dans le cadre des programmes de PTME
- ASC.01.17.02 : Prophylaxie antirétrovirale destinée aux femmes enceintes et aux nouveau-nés
- ASC.01.17.03 : Pratiques d'alimentation infantile sûres (s'agissant y compris de la substitution du lait maternel)
- ASC.01.17.04 : Méthodes d'accouchement dans le cadre des programmes de PTME
- ASC.01.17.05 : Marketing social du préservatif et mise à disposition des préservatifs masculins et féminins dans le cadre des programmes de PTME
- ASC.01.17.98 : Activités de PTME, non ventilées par type d'activité
- ASC.01.17.99 : Activités de PTME, non classifiées ailleurs (n.c.a.).

### **VI.3- TECHNIQUES DE RECUEIL DES DONNEES**

L'obtention des données s'est essentiellement faite par une recherche documentaire et des entretiens.

#### **VI.3.1- Recherche documentaire**

Elle a consisté à passer en revue tous les documents relatifs à la lutte contre le Sida au Sénégal d'une manière générale, tout en insistant sur la composante PTME (plan stratégique de lutte contre le sida, politique nationale de la PTME,

rapports de situation sur la riposte nationale, rapports annuels d'activité, rapports REDES, etc.).

### **VI.3.2- Entretiens**

Des entretiens ont également eu lieu avec les personnes ressources au niveau des structures impliquées dans la lutte. Il s'agissait notamment du responsable de la PTME au niveau de la Division de Lutte contre le Sida et les IST (DLSI), du responsable de la gestion financière de la DLSI, du responsable du suivi budgétaire au niveau du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale et du responsable de l'unité suivi-évaluation du secrétariat exécutif du CNLS.

### **VI.4- TRAITEMENT DES DONNEES**

Les données recueillies ont été traitées à l'aide du tableur Excel. Des tableaux ont été spécialement conçus afin de faciliter leur analyse.

### **VI.5- LIMITES DE L'ETUDE**

Les limites de cette étude résultent de la difficulté d'accès aux données financières.

Les données quantitatives disponibles ne couvraient pas la période d'étude initialement choisie (2004 à 2008) qui, de ce fait, a été réduite sur deux années successives, 2007 et 2008.

De plus, ces données n'étaient pas intégralement détaillées pour toutes les activités de la PTME. En effet, dans le rapport REDES 2007-2008 du Sénégal, toutes les composantes de la PTME ne sont pas renseignées. N'y figurent que quatre sous-catégories de dépenses :

- ASC.01.17.01 : Conseil et test volontaires destinés aux femmes enceintes dans le cadre des programmes de PTME ;

- ASC.01.17.03 : Pratiques d'alimentation infantile sûres (s'agissant y compris de la substitution du lait maternel) ;
- ASC.01.17.98 : Activités de PTME, non ventilées par type d'activité ;
- ASC.01.17.99 : Activités de PTME, non classifiées ailleurs (n.c.a.).

Il n'existe non plus aucune information quant à l'allocation des ressources des agents de financement aux différents prestataires pour l'exécution des services liés à la PTME. D'où la restriction de l'étude du dispositif de financement de la PTME aux sources et agents pour les quatre composantes précédemment citées.

## **VII- REVUE DE LA LITTERATURE**

La littérature traitant exclusivement du financement de la PTME par pays à proprement parler en Afrique est rare. La plupart des études portent plutôt sur l'estimation des ressources mondiales consacrées à la riposte au VIH/SIDA d'une manière générale, ressources qui n'ont cessé de croître ces dernières années.

Ainsi, les fonds engagés dans cette lutte étaient estimés à 1,6 milliards de US\$ en 2000 ; 3,2 milliards en 2001 ; 5 milliards en 2003 ; 6,1 milliards en 2004 ; 8,3 milliards en 2005 ; 8,9 milliards en 2006 et 10 milliards en 2007, la majeure partie de ces fonds étant destinée aux pays africains qui paient le plus lourd tribut à l'épidémie [36].

Le REDES, outil développé par l'ONUSIDA, a cependant permis de cerner quelques informations relatives aux dépenses consacrées à la PTME. Cet outil constitue un instrument de suivi des ressources dont bénéficie la riposte à l'épidémie de VIH à l'échelon des pays.

L'analyse des rapports REDES de certains pays d'Afrique subsaharienne permet de ce fait d'avoir des renseignements sur le financement de la prévention d'une manière générale et de la PTME en particulier.

Ainsi, le Bénin, où l'épidémie du VIH/SIDA est généralisée avec une prévalence de 1,2%, avait alloué environ 10,98 milliards de FCFA à la riposte au VIH/SIDA en 2007. 28,86% de cette somme étaient consacrés à la prévention d'une manière générale, et seulement 4,27% c'est-à-dire 468 454 884 FCFA à la PTME en particulier. La majorité des fonds attribués à ce volet PTME provenait des sources internationales (71,57%) et le restant était constitué par des fonds publics (28,43%) [3, 4].

Au Burkina-Faso où l'épidémie sévit également sous sa forme généralisée avec une prévalence estimée à 1,6%, 25,16 milliards de FCFA avaient été engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA en 2008. 28,18% de ces fonds étaient réservés à la prévention d'une manière globale et 1,73% soit 436 238 732 FCFA avaient été débloqués pour la PTME exclusivement par les partenaires extérieurs [15, 16].

Le Mali, caractérisé aussi par une épidémie généralisée, une prévalence de 1,3% dans la population générale et de 2,2% chez les femmes enceintes, a attribué en 2007, 18,97 milliards de FCFA à la riposte au VIH. 26,46% de cette somme étaient destinés à la prévention en général et seulement 1,37% à la PTME en particulier. Ces fonds alloués à la PTME qui s'évaluaient à 259 208 375 FCFA, financés par les partenaires internationaux à hauteur de 90,3% et à 9,7% par l'Etat, ont permis d'avoir un taux de couverture de la PTME de 10,8% [27, 28].

Ce même pays a attribué l'année suivante c'est-à-dire en 2008, 17,95 milliards de FCFA à la lutte contre l'épidémie. 29,05% de ce montant étaient alloués à la prévention globale et 1,52% à la PTME en particulier, soit 272 733 235 FCFA permettant d'augmenter le taux de couverture de la PTME à 24,8%. Ces fonds

provenaient cette fois-ci exclusivement des acteurs de financement extérieurs [27, 29].

Au Niger, où la situation de l'épidémie est quasi-similaire à celle qui prévaut au Sénégal, c'est-à-dire une épidémie de type concentré, avec une prévalence de 0,7% dans la population générale et de 1,29% chez les femmes enceintes, 7,49 milliards de FCFA avaient été alloués à la riposte au VIH en 2007. 33,45% de cette somme étaient consacrés à la prévention d'une manière générale et 0,37% à la PTME en particulier, soit 27 811 934 FCFA exclusivement financés par les partenaires internationaux [17,18].

En 2008, 6,42 milliards de FCFA ont été consacrés à la riposte nationale dans le même pays. 22,94% étaient destinés globalement aux dépenses de prévention et 0,18% à la PTME en particulier, équivalant à 11,25 millions de FCFA et provenant également exclusivement des sources extérieures [17,18].

La Sierra-Léone, où la prévalence à l'infection est de 1,5% dans la population générale et de 4,4% chez les femmes enceintes, a attribué 9,17 millions de US\$ à la lutte contre le VIH/SIDA en 2007. 61% de ce montant étaient consacrés à la prévention d'une manière générale et 2,44% spécifiquement à la PTME, soit 223 932 US\$ provenant exclusivement des sources extérieures [33, 34].

Les parts des ressources de la lutte contre le sida alloués à la PTME sont toutefois plus importantes en Afrique australe où la prévalence à l'infection au VIH est plus élevée.

Ainsi, au Burundi où la prévalence dans la population générale est estimée à 3,52%, 28,88 milliards de FBU (23,46 millions de US\$) avaient été dépensés dans la lutte contre le VIH/SIDA en 2007. 22,72% de cette somme étaient attribués à la prévention et 3,28% au volet PTME en particulier, équivalant à 946 837 095 FBU (0,77 million US\$) dont 89,44% proviennent des fonds extérieurs et le restant des fonds publics [7].

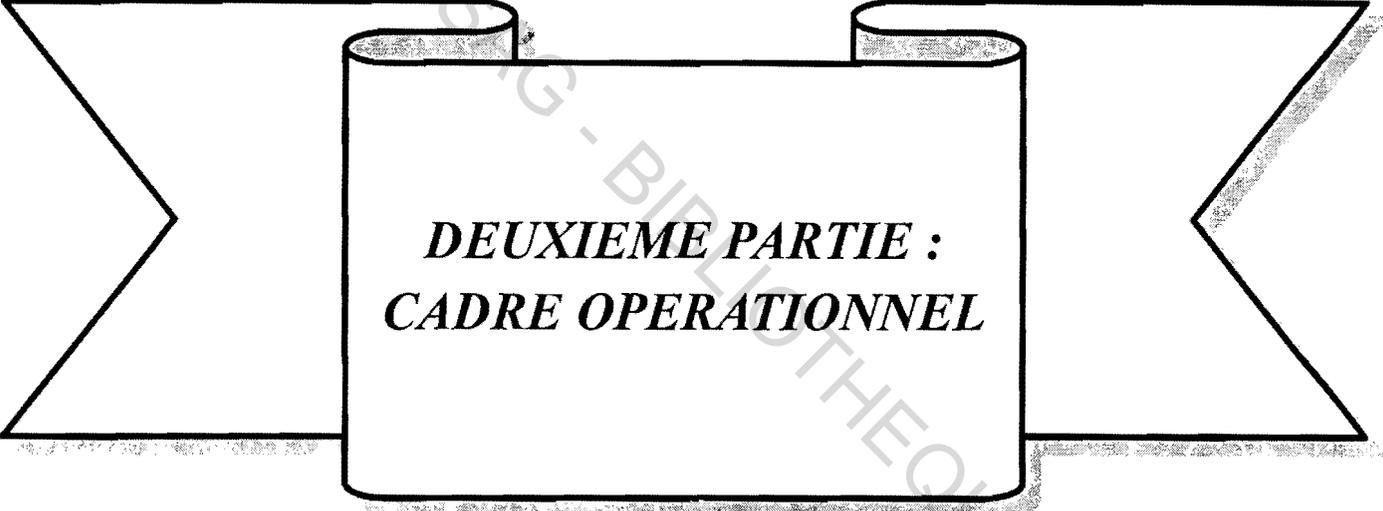
Les fonds attribués en 2008 dans ce même pays à la riposte étaient estimés à 30,41 milliards de FBU (24,7 millions de US\$). 22,13% de ce montant étaient réservés à la prévention d'une manière globale et 3,24% spécifiquement à la PTME, soit 985 367 189 FBU (0,8 million de US\$), dont 89,85% étaient financés par les partenaires internationaux et le reste par l'Etat [7].

Le Botswana quant à lui fait figure de leader dans la réduction de la TME en Afrique. Ce pays, où la prévalence actuelle à l'infection chez les femmes enceintes est de 33,4%, est en effet l'un des premiers à avoir développé le programme de PTME en 1999 sur ce continent et à obtenir des résultats très satisfaisants.

891,77 millions de Pula (148,63 millions de US\$) y avaient été dépensés dans la lutte contre le VIH/SIDA en 2006. 6,87% de ces fonds étaient alloués à la prévention générale et 3% à la PTME en particulier, soit 26 770 283.28 Pula (4,46 millions de US\$) provenant en grande partie du Gouvernement central (82,81%) et le restant des partenaires extérieurs [31].

En 2008, ce pays avait alloué 2,36 milliards de Pula (348,62 millions de US\$) à la riposte. 8,91% de ce montant étaient consacrés à la prévention et 1,6% à la PTME, soit 38 051 344 Pula (5,62 millions de US\$), également financés en grande partie par l'Etat à hauteur de 84,20% et 15,80% par les acteurs de financement internationaux [32].

Cet engagement financier de l'Etat botswanais s'est manifesté sur le terrain par une augmentation du pourcentage de femmes enceintes séropositives bénéficiant des services de la PTME de 60,3% en 2005 à 91,0% en 2008. De même, le pourcentage d'enfants infectés nés de mères séropositives qui était de 11,5% en 2005 a diminué pour atteindre 4,8% en 2008 [32].



***DEUXIEME PARTIE :  
CADRE OPERATIONNEL***

## **I- CADRE D'ETUDE**

La présente étude a eu lieu au niveau de la Division de Lutte contre le Sida et les IST (DLSI) et du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS).

### **I.1-DIVISION DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST (DLSI)**

[22, 25, 26]

#### **I.1.1- Présentation**

La Division de Lutte contre le Sida et les IST est un service relié à la direction de la santé du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (MSPM).

Elle a été créée par décret N°2004-1404 du 14 novembre 2004 portant organisation du MSPM.

Elle comprend quatre 4 bureaux :

- le bureau de prise en charge des IST dont les composantes sont :
  - la lutte contre les IST ;
  - la prise en charge des groupes vulnérables.
- le bureau de la prévention médicale qui porte sur :
  - l'IEC/CCC ;
  - le Conseil et Dépistage Volontaire (CDV);
  - la PTME ;
  - l'innocuité transfusionnelle et la prévention des accidents d'exposition au sang.
- le bureau de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH comprenant :
  - la prise en charge médicale, nutritionnelle et psychosociale de l'adulte vivant avec le VIH ;

- la prise en charge médicale, nutritionnelle et psychosociale de l'enfant vivant avec le VIH.

➤ et le bureau de suivi-évaluation/ surveillance épidémiologique/ recherche.

Ces différents bureaux sont appuyés par :

- ✓ le Service de Gestion Pharmaceutique (gestion des ARV, des médicaments contre les infections opportunistes, des réactifs et consommables, des laits et condoms) ;
- ✓ le Service Administratif et Financier ;
- ✓ la Cellule de Communication ;
- ✓ le personnel d'appui et le secrétariat.

La DLSI est chargée de coordonner l'exécution des stratégies et activités médicales du Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA. Elle représente le point focal du secteur santé au niveau du Conseil National de Lutte contre le SIDA.

La DLSI abrite également le comité national de pilotage de la PTME chargé de la supervision et du suivi de la mise en œuvre des activités de PTME à travers tout le pays. Ce comité qui se réunit tous les 3 mois sous la coordination du point focal PTME est composé des délégués :

- du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (représentants de la DLSI, de la Division Santé de la Reproduction, de la Division de l'Alimentation, Nutrition et Survie de l'Enfant, de la PNA et des experts des structures spécialisées) ;
- des Ministères de la Jeunesse, du Travail, de la Famille et de l'Education ;
- des autres secteurs : Patronat, Forces de sécurité, Collectivités locales ;
- des Organisations des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH);

- des ONG/OCB ;
- et des représentants des partenaires au développement.

### **I.1.2- Missions dans le cadre de la PTME**

Dans le cadre de la PTME, la DLSI a pour missions :

- d'élaborer la politique nationale de la PTME ;
- de veiller au respect des normes et protocoles définis dans le cadre de cette politique nationale ;
- d'assurer la coordination et la gestion des activités PTME sous la supervision du point focal PTME ;
- de veiller à l'élaboration d'un tableau de bord des activités PTME ;
- d'élaborer un programme de formation et d'appuyer le renforcement des capacités des intervenants dans le cadre de la PTME ;
- de superviser la mise en œuvre des activités sur le territoire national ;
- de veiller au suivi et à l'évaluation périodique des activités PTME.

## **I.2-CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (CNLS)** [13, 22]

### **I.2.1- Présentation**

Le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS), créé par le décret n°2001-1063 du 10 décembre 2001, est l'instance qui, au Sénégal, est chargée d'assurer le suivi de la mise en œuvre du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA. A caractère consultatif et placé sous la présidence du Premier Ministre, le CNLS dispose d'un mandat bien déterminé et est composé des différents ministères clés impliqués dans la lutte contre le Sida (Santé, Education, Jeunesse, Femme/OEV/PVVIH, Forces Armées, Transports, Travail, etc.), des vice-présidents du Sénat et de l'Assemblée Nationale, des

représentants de la société civile, des PVVIH, des confessions religieuses, du secteur privé, etc.

Le CNLS est représenté au niveau décentralisé par :

- les Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA (CRLS) sur le plan régional ;
- les Comités Départementaux de Lutte contre le SIDA (CDLS) sur le plan départemental ;
- et les Comités Locaux de Lutte contre le SIDA (CLLS) sur le plan communautaire.

Ces instances multisectorielles, présidées respectivement par le gouverneur au niveau régional, le préfet au niveau départemental et le sous préfet au niveau communautaire, assurent la coordination de lutte au niveau décentralisé et disposent chacune d'un Comité Technique Restreint qui est son bras technique.

Le Secrétariat Exécutif du Conseil (SE/CNLS), organe exécutif, est chargé de la coordination, du suivi et de l'évaluation de ce Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA. Le SE/CNLS est dirigé par un Secrétaire Exécutif, avec trois unités techniques :

- une unité de gestion programmatique ;
- une unité de Suivi-Evaluation et de Communication ;
- une unité de gestion administrative, financière et d'appui logistique.

Le SE/CNLS est également assisté par une agence fiduciaire et comprend actuellement une unité de gestion financière devant assurer la pérennisation du système ainsi qu'un personnel d'appoint pour les tâches administratives et d'assistance.

## **I.2.2- Missions dans le cadre de la PTME**

Dans le cadre de la PTME, le CNLS a pour missions, au niveau national:

- de mobiliser les ressources financières, humaines, matérielles pour la mise en œuvre des activités définies ;
- d'assurer le plaidoyer des activités sur la PTME et de veiller à leur intégration dans les activités régionales et départementales de lutte contre le Sida ;
- de veiller à l'implication de tous les secteurs concernés par la PTME et à la mise en cohérence de leurs interventions (société civile, secteur privé, secteurs ministériels).

Au niveau régional, les Comités Techniques Restreints sont responsables de la préparation et de la finalisation des activités techniques d'appui à la mise en œuvre de la PTME. Ils pourront examiner des questions spécifiques, par exemple dans les domaines :

- de la prise en charge médicale ;
- de la logistique d'approvisionnement en intrants ;
- psychosociales : accompagnement, lien avec la communauté, continuum de soins ;
- de la nutrition et de l'alimentation du couple mère-enfant ;
- de la documentation, de la communication et du plaidoyer pour la promotion des services de PTME ;
- de la recherche opérationnelle et du suivi-évaluation, etc.

## II- RESULTATS

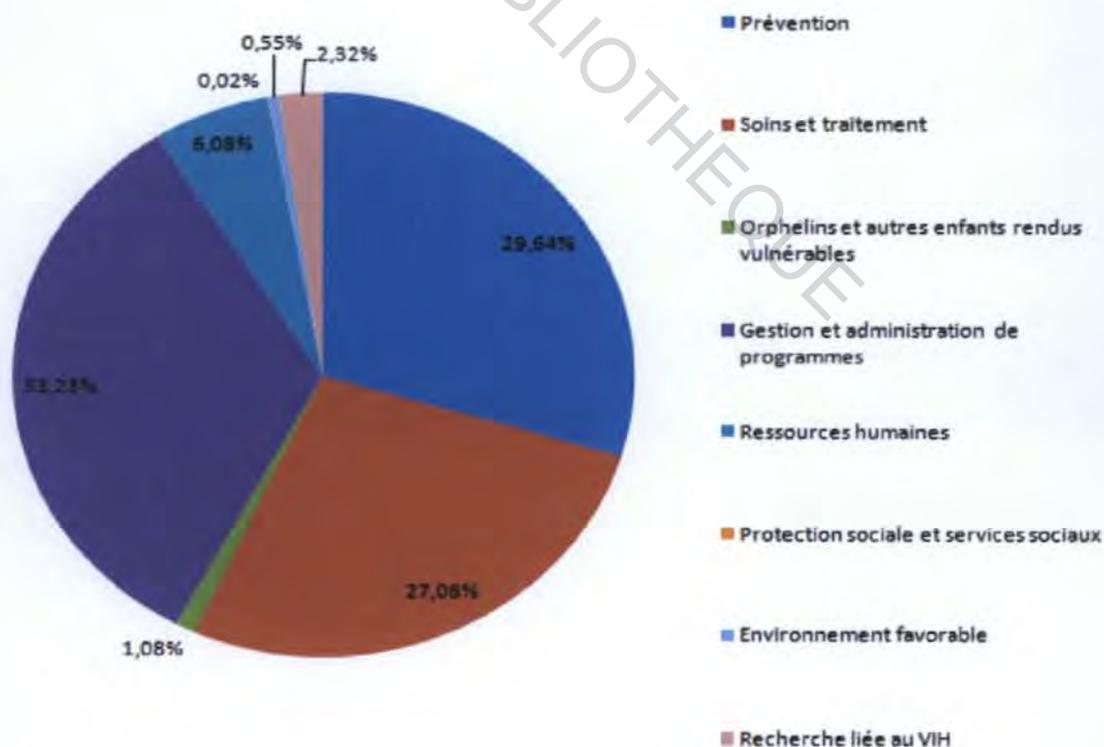
Les résultats seront, dans un premier temps, présentés individuellement pour chaque année, avant d'être comparés globalement sur la période cumulée d'étude.

### II.1- FINANCEMENT DE LA PTME EN 2007

#### II.1.1- Financement global de la riposte au VIH en 2007

En 2007, 12 159 626 539 FCFA ont été dépensés dans la lutte contre le Sida. La majeure partie des dépenses a été effectuée dans le cadre de la gestion et administration de programmes (33,23%), de la prévention (29,64%) et des soins et traitement (27,08%).

Figure 6: Répartition des dépenses globales de la riposte au VIH par chapitre d'interventions en 2007



Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

Concernant le volet de la prévention, il regroupe plus d'une quinzaine de rubriques dont celle qui nous intéresse, la PTME, occupe la deuxième place en termes de financement (12,48%), juste après la mobilisation communautaire (14,95%). 449 584 480 FCFA lui ont été alloués, équivalant environ à 3,70% des dépenses totales engagées dans la lutte contre le sida.

**Tableau 2: Répartition des dépenses de prévention en 2007 (FCFA)**

Domaines d'intervention	Montant	Pourcentage
ASC.01.01 Communication pour le changement social et comportemental	195 468 048	5,42%
ASC.01.02 Mobilisation communautaire	538 599 173	14,95%
ASC.01.03 Conseil et Test Volontaire (CTV)	439 582 815	12,20%
ASC.01.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais accessibles	298 103 484	8,27%
ASC.01.05 Prévention - jeunes gens scolarisés	179 931 000	4,99%
ASC.01.06 Prévention - jeunes gens non scolarisés	-	0,00%
ASC.01.07 Prévention de la transmission du VIH parmi les PVVIH	50 180 000	1,39%
ASC.01.08 Programmes de prévention destinés aux professionnels du sexe et à leurs clients	391 797 200	10,87%
ASC.01.09 Programmes destinés aux HSH	108 701 441	3,02%
ASC.01.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail	76 797 523	2,13%
ASC.01.12 Marketing social du préservatif	420 121 571	11,66%
ASC.01.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial	236 904 000	6,57%
ASC.01.14 Mise à disposition de préservatifs féminins dans les secteurs public et commercial	12 500 000	0,35%
ASC.01.16 Prévention, diagnostic et traitement des IST	100 364 920	2,78%
ASC.01.17 PTME	449 584 480	12,48%
ASC.01.19 Sécurité transfusionnelle	105 141 040	2,92%
<b>Total Prévention</b>	<b>3 603 776 695</b>	<b>100,00%</b>

Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

## II.1.2- Analyse des dépenses de la PTME en fonction des sources de financement en 2007

Le tableau suivant renseigne sur l'allocation des ressources attribuées à la PTME en fonction de leur origine.

**Tableau 3: Répartition des dépenses allouées à la PTME en fonction des sources de financement en 2007 (FCFA)**

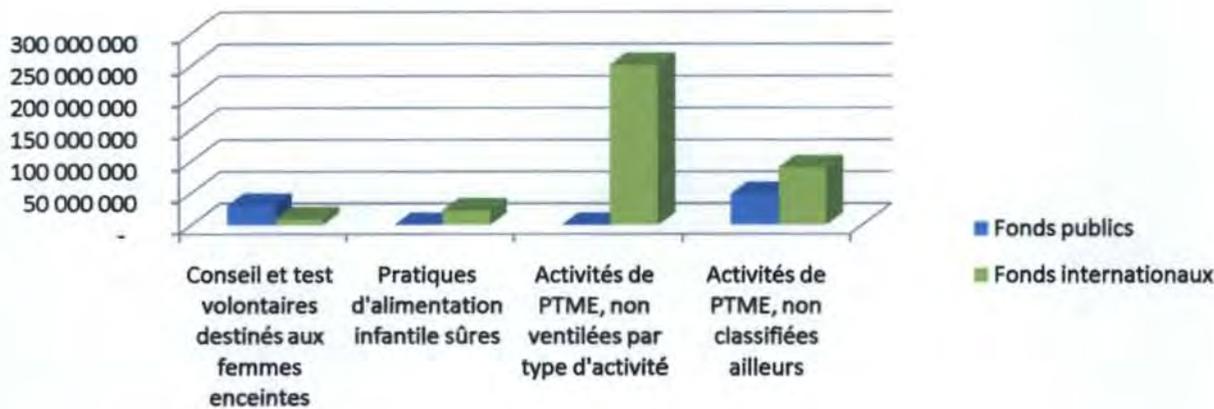
Catégories de dépenses	FS.01 Fonds publics	FS.02 Fonds privés	FS.03 Fonds extérieurs	TOTAL	%
ASC.01.17.01 Conseil et test volontaires destinés aux femmes enceintes dans le cadre des programmes de PTME	30 000 000	-	8 921 500	38 921 500	8,66%
ASC.01.17.03 Pratiques d'alimentation infantile sûres (s'agissant y compris de la substitution du lait maternel)	-	-	22 393 400	22 393 400	4,98%
ASC.01.17.98 Activités de PTME, non ventilées par type d'activité	-	-	250 500 000	250 500 000	55,72%
ASC.01.17.99 Activités de PTME, non classifiées ailleurs (n.c.a.)	48 000 000	-	89 769 580	137 769 580	30,64%
ASC.01.17 Total PTME	78 000 000	-	371 584 480	449 584 480	100%
%	17,35%	-	82,65%	100%	

Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

Les fonds ayant financé la PTME en 2007 au Sénégal proviennent exclusivement de deux types de sources : les partenaires extérieurs (82,65%) et les sources publiques (17,35%).

Concernant les composantes de la PTME, les activités de PTME, non ventilées par type d'activité, représentent la sous-catégorie la plus financée (55,72%) suivie des activités n.c.a. (30,64%), des conseils et tests volontaires destinés aux femmes enceintes (8,66%) et des pratiques d'alimentation infantile sûres (4,98%).

**Figure 7 : Financement des composantes de la PTME en fonction des sources en 2007 (FCFA)**

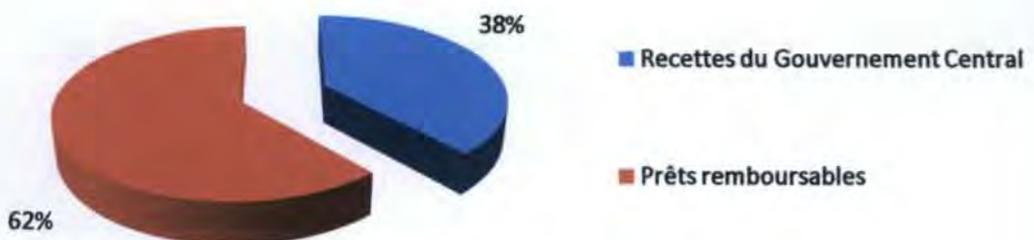


Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

Ce graphique montre que les fonds internationaux ont contribué au financement des diverses composantes de la PTME, à l'opposé des fonds publics qui n'ont servi à financer que les conseils et tests volontaires destinés aux femmes enceintes ainsi que les activités de PTME n.c.a.

Ces fonds publics sont constitués des recettes du Gouvernement central qui s'élèvent à 30 millions de FCFA (38%) et des prêts remboursables estimés à 48 millions de FCFA (62%).

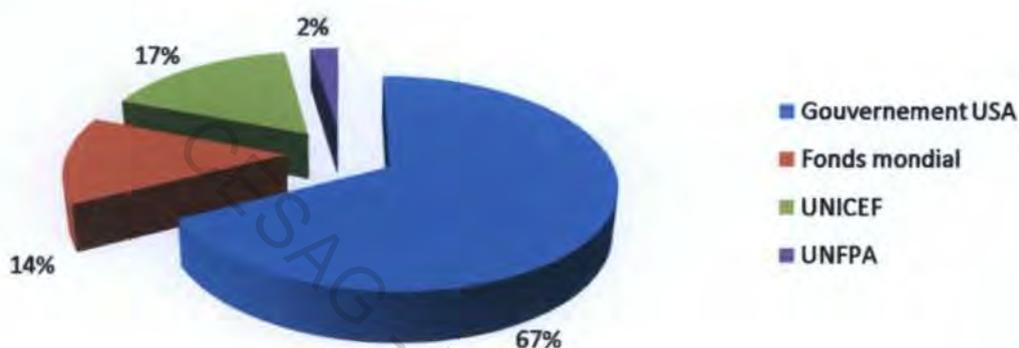
**Figure 8 : Décomposition des financements publics de la PTME en 2007**



Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

Quant aux fonds extérieurs, il s'agit essentiellement de la coopération bilatérale américaine qui a déboursé 250 500 000 FCFA (67%) et de trois organismes multilatéraux : le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'UNICEF et l'UNFPA dont les participations respectives s'élèvent à 28 000 000 FCFA (14%), 61 769 580 FCFA (17%) et 8 921 500 FCFA (2%).

**Figure 9: Décomposition des financements extérieurs de la PTME en 2007**



Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

### II.1.3- Analyse des dépenses de la PTME en fonction des agents de financement en 2007

La répartition des fonds entre les sources de financement et leurs agents est notifiée dans le tableau suivant.

**Tableau 4: Répartition des dépenses de la PTME par agent en fonction des sources de financement en 2007 (FCFA)**

Sources		FS.01 Fonds publics			FS.03 Fonds internationaux					Total	%
		Recettes du Gouvernement central	Prêts remboursables	Total Fonds publics	Gouvernement USA	Fonds Mondial	UNICEF	UNFPA	Total Fonds extérieurs		
Agents											
<b>FA.01 Secteur public</b>	Ministère de la Santé	30 000 000	-	30 000 000	-	-	61 769 580	8 921 500	70 691 080	100 691 080	22,40%
	CNLS	-	48 000 000	48 000 000	-	22 393 400	-	-	22 393 400	70 393 400	15,65%
	Total Secteur public	30 000 000	48 000 000	78 000 000		22 393 400	61 769 580	8 921 500	93 084 480	171 084 480	38,05%
<b>FA.02 Secteur privé (Institutions à but non lucratif autres que l'assurance sociale)</b>		-	-	-	-	28 000 000	-	-	28 000 000	28 000 000	6,23%
<b>FA.03 Agents internationaux (Organisations et fondations internationales à but non lucratif)</b>		-	-	-	250 500 000	-	-	-	250 500 000	250 500 000	55,72%
<b>Total</b>		30 000 000	48 000 000	78 000 000	250 500 000	50 393 400	61 769 580	8 921 500	371 584 480	449 584 480	100%

Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

Les fonds alloués à la PTME en 2007 ont transité par 3 principaux agents de financement que sont : le secteur public, le secteur privé et les organismes acquéreurs internationaux.

Les organisations et fondations internationales à but non lucratif ont géré la majeure partie des ressources, soit 55,72 % des fonds totaux, preuve de leur pouvoir décisionnel important dans la mise en œuvre de la PTME cette année-là. Leurs ressources proviennent exclusivement de la coopération bilatérale américaine.

L'Etat, à travers le Ministère de la Santé et le CNLS, vient en deuxième position en gérant 38,05% des ressources de la PTME. Les fonds gérés par ce secteur public sont issus des recettes du Gouvernement central, des prêts remboursables et de la coopération multilatérale (Fonds mondial, UNICEF, UNFPA).

Enfin, le secteur privé, qui bien que n'ayant pas octroyé directement des fonds dans la politique de réduction de la TME, est néanmoins intervenu dans une certaine mesure (6,23%) en affectant une partie des ressources déployées par le Fonds mondial.

**Tableau 5: Répartition des dépenses allouées à la PTME en fonction des agents de financement en 2007 (FCFA)**

Catégories de dépenses	FA.01 Secteur public	FA.02 Secteur privé	FA.03 Organismes acquéreurs internationaux	TOTAL	%
ASC.01.17.01 Conseil et test volontaires destinés aux femmes enceintes dans le cadre des programmes de PTME	38 921 500	-	-	38 921 500	8,66%
ASC.01.17.03 Pratiques d'alimentation infantile sûres (s'agissant y compris de la substitution du lait maternel)	22 393 400	-	-	22 393 400	4,98%
ASC.01.17.98 Activités de PTME, non ventilées par type d'activité	-	-	250 500 000	250 500 000	55,72%
ASC.01.17.99 Activités de PTME, non classifiées ailleurs	109 769 580	28 000 000	-	137 769 580	30,64%
ASC.01.17 Total PTME	171 084 480	28 000 000	250 500 000	449 584 480	100%
%	38,05%	6,23%	55,72%	100%	

Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

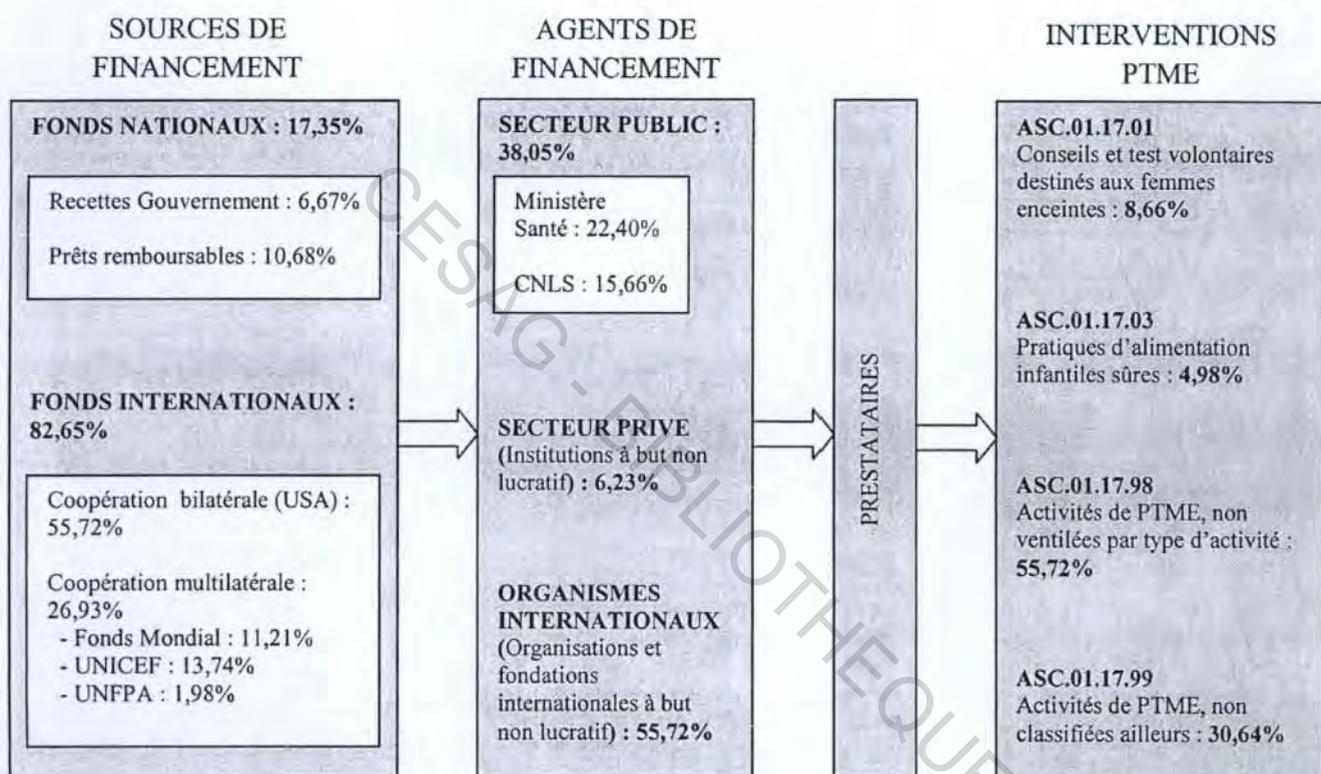
Le tableau ci-dessus illustre l'allocation des ressources de la PTME en fonction des agents de financement précédemment cités.

Le secteur public a alloué des ressources aux différentes composantes de la PTME, hormis les activités de PTME non ventilées par type à l'opposé du secteur privé qui lui n'a affecté les fonds qu'aux activités de PTME n.c.a. Les agents internationaux quant à eux n'ont géré que les ressources destinées aux activités de PTME non ventilées par type.

## II.1.4- Synthèse des flux de ressources pour le financement de la PTME en 2007

Le graphique ci-dessous résume les transactions financières effectuées dans la mise en œuvre de la PTME en 2007, depuis les sources de financement jusqu'aux différentes catégories de dépenses.

Figure 10: Flux du financement de la PTME en 2007



Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

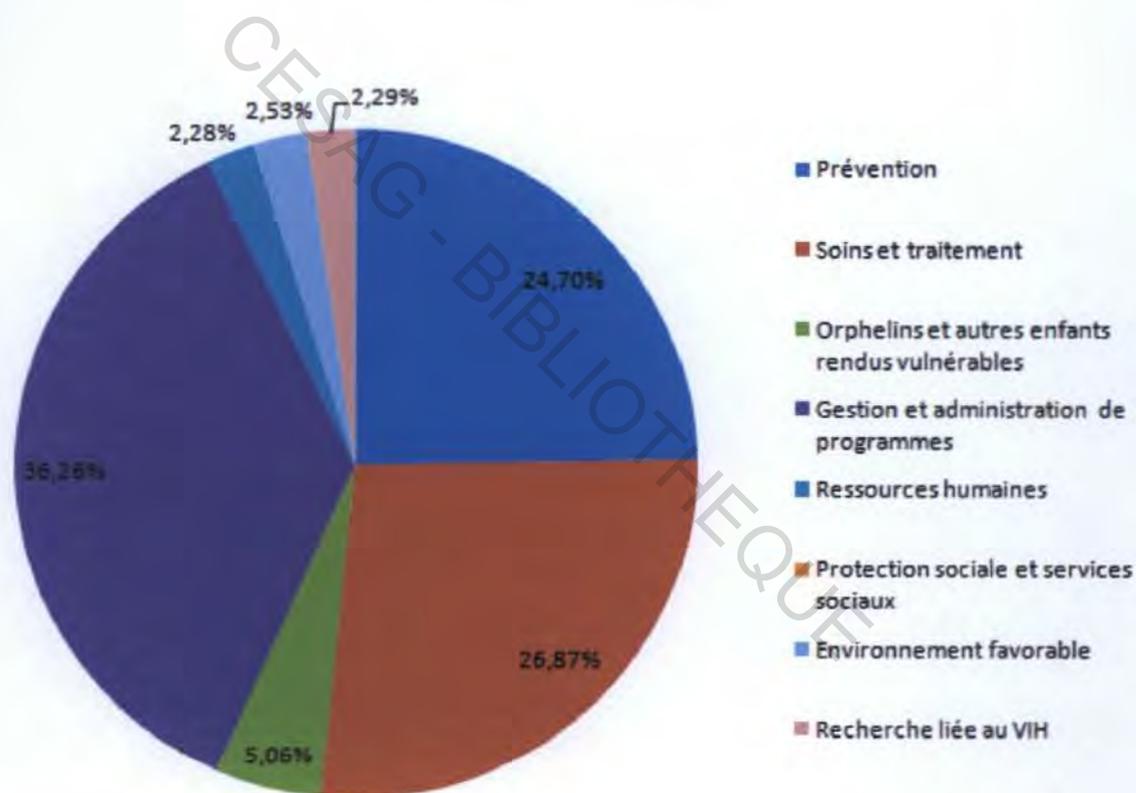
Les ressources ayant servi à financer les différentes composantes de la PTME, proviennent des fonds nationaux constitués des recettes du Gouvernement central et des prêts remboursables, et des fonds internationaux représentés par les fonds de la coopération bilatérale américaine et ceux de la coopération multilatérale (Fonds mondial, UNICEF, UNFPA). Ces fonds ont ensuite transité par le Ministère de la Santé, le CNLS, les institutions à but non lucratif et les organisations et fondations internationales à but non lucratif qui les ont octroyés aux prestataires en vue de l'exécution des différents services de la PTME.

## II.2- FINANCEMENT DE LA PTME EN 2008

### II.2.1- Financement global de la riposte au VIH en 2008

13 093 573 890 FCFA ont été engagés en 2008 dans la lutte contre l'épidémie du VIH. Trois grandes composantes du programme de lutte ont été majoritairement financées : la gestion et administration de programmes (36,26%), suivie des soins et traitement (26,87%) et de la prévention (24,70%).

**Figure 11: Répartition des dépenses globales de la riposte au VIH par chapitre d'intervention en 2008**



Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

Dans le chapitre de la prévention, le volet PTME ne figure qu'en 4<sup>ème</sup> position des rubriques les plus financées (14,97%), après les conseils et tests volontaires (24,02%), le marketing social du préservatif (19,70%), et la communication pour le changement social et comportemental (15,15%). 484 206 174 FCFA lui ont été octroyés, soit 3,70% des ressources totales engagées dans la riposte au VIH.

**Tableau 6: Répartition des dépenses de prévention en 2008 (FCFA)**

Domaines d'intervention	Montant	Pourcentage
ASC.01.01 Communication pour le changement social et comportemental	490 119 080	15,15%
ASC.01.02 Mobilisation communautaire	56 724 650	1,75%
ASC.01.03 Conseil et Test Volontaire (CTV)	776 845 119	24,02%
ASC.01.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais accessibles	59 193 325	1,83%
ASC.01.05 Prévention - jeunes gens scolarisés	68 019 747	2,10%
ASC.01.06 Prévention - jeunes gens non scolarisés	36 971 000	1,14%
ASC.01.07 Prévention de la transmission du VIH parmi les PVVIH	-	0,00%
ASC.01.08 Programmes de prévention destinés aux professionnels du sexe et à leurs clients	269 956 819	8,35%
ASC.01.09 Programmes destinés aux HSH	56 740 900	1,75%
ASC.01.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail	20 488 678	0,63%
ASC.01.12 Marketing social du préservatif	637 243 394	19,70%
ASC.01.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial	111 680 500	3,45%
ASC.01.14 Mise à disposition de préservatifs féminins dans les secteurs public et commercial	31 349 875	0,97%
ASC.01.16 Prévention, diagnostic et traitement des IST	53 071 468	1,64%
ASC.01.17 PTME	484 206 174	14,97%
ASC.01.19 Sécurité transfusionnelle	81 547 652	2,52%
<b>Total Prévention</b>	<b>3 234 158 381</b>	<b>100,00%</b>

Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

## II.2.2- Analyse des dépenses de la PTME en fonction des sources de financement en 2008

Les fonds, attribués à la PTME en 2008, sont notifiés dans le tableau suivant, en fonction de leur provenance.

**Tableau 7: Répartition des dépenses allouées à la PTME en fonction des sources de financement en 2008 (FCFA)**

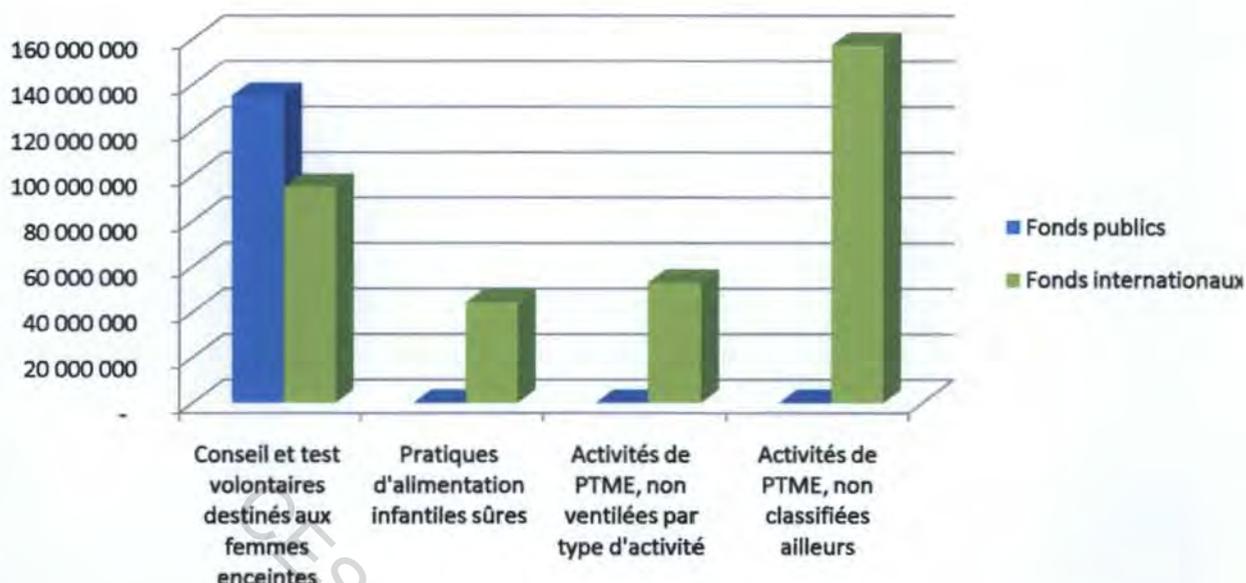
Catégories de dépenses	FS.01 Fonds publics	FS.02 Fonds privés	FS.03 Fonds extérieurs	TOTAL	%
ASC.01.17.01 Conseil et test volontaires destinés aux femmes enceintes dans le cadre des programmes de PTME	135 000 000	-	95 000 000	230 000 000	47,50%
ASC.01.17.03 Pratiques d'alimentation infantile sûres (s'agissant y compris de la substitution du lait maternel)	-	-	44 118 830	44 118 830	9,11%
ASC.01.17.98 Activités de PTME, non ventilées par type d'activité	-	-	52 849 700	52 849 700	10,91%
ASC.01.17.99 Activités de PTME, non classifiées ailleurs (n.c.a.)	-	-	157 237 644	157 237 644	32,47%
ASC.01.17 Total PTME	135 000 000	-	349 206 174	484 206 174	100%
%	27,88%	-	72,12%	100%	

Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

Comme en 2007, les ressources ayant été octroyées à la PTME l'année suivante émanent exclusivement de deux sources : les partenaires internationaux (72,12%) et les sources publiques (27,88%).

Les conseils et tests volontaires destinés aux femmes enceintes constituent la rubrique ayant reçu le plus de ressources (47,50%), suivie des activités de PTME n.c.a. (32,47%), des activités non ventilées par type (10,91%) et des pratiques d'alimentation infantile sûres (9,11%).

**Figure 12 : Financement des composantes de la PTME en fonction des sources en 2008 (FCFA)**



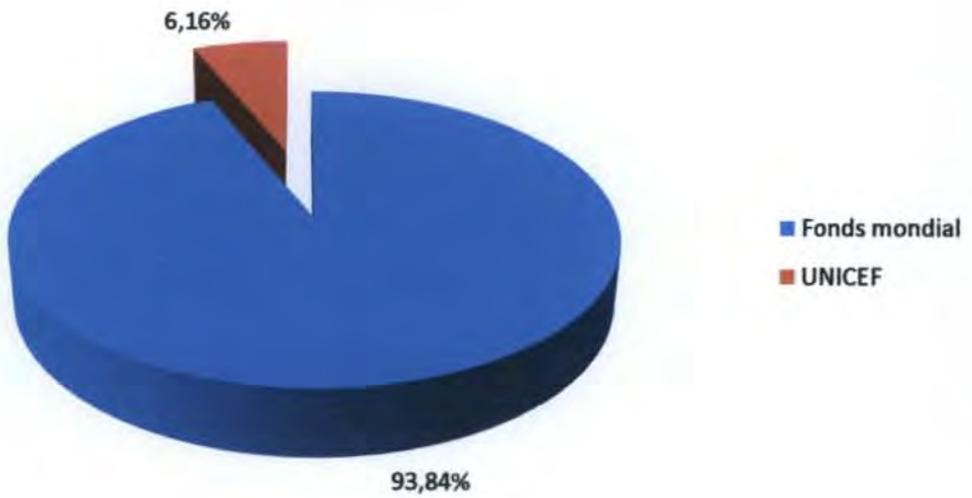
Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

Le graphique précédent montre que les fonds des partenaires extérieurs ont servi à financer les 4 composantes de la PTME. Les ressources publiques quant à elles n'ont été utilisées que pour les conseils et tests volontaires destinés aux femmes enceintes.

Ces ressources publiques estimées à 135 millions de FCFA, proviennent exclusivement des recettes du Gouvernement central.

Les ressources extérieures, cette année-là, ne se sont limitées qu'à la coopération multilatérale à travers le Fonds mondial ayant octroyé 327 695 797 FCFA (soit 93,84% des fonds internationaux) et l'UNICEF ayant déboursé 21 510 377 FCFA (6,16%).

**Figure 13: Décomposition des financements extérieurs de la PTME en 2008**



Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

### **II.2.3- Analyse des dépenses de la PTME en fonction des agents de financement en 2008**

Le tableau suivant illustre la répartition des fonds entre les sources de financement et leurs agents dans le cadre de la PTME.

**Tableau 8: Répartition des dépenses de la PTME par agent en fonction des sources de financement en 2008 (FCFA)**

Sources		FS.01 Fonds publics			FS.03 Fonds internationaux					Total	%
		Recettes du Gouvernement central	Prêts remboursables	Total Fonds publics	Gouvernement USA	Fonds Mondial	UNICEF	UNFPA	Total Fonds extérieurs		
Agents											
	<b>FA.01 Secteur public</b>										
	Ministère de la Santé	135 000 000	-	135 000 000	-	-	21 510 377	-	21 510 377	156 510 377	32,32%
	CNLS	-	-	-	-	44 118 830	-	-	44 118 830	44 118 830	9,11%
	Total Secteur public	135 000 000	-	135 000 000	-	44 118 830	21 510 377	-	65 629 207	200 629 207	41,43%
	<b>FA.02 Secteur privé</b> (Institutions à but non lucratif autres que l'assurance sociale)	-	-	-	-	283 576 967	-	-	283 576 967	283 576 967	58,57%
	<b>FA.03 Agents internationaux</b> (Organisations et fondations internationales à but non lucratif)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Total</b>	135 000 000	-	135 000 000	-	327 695 797	21 510 377	-	349 206 174	484 206 174	100%

Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

Le secteur privé, représenté essentiellement par les institutions à but non lucratif, a géré la majeure partie des ressources attribuées à la PTME en 2008 (58,57%). Ces ressources lui ont été octroyées par le Fonds mondial.

Quant au secteur public, il vient en deuxième position en gérant 41,43% des ressources de la PTME, fonds émanant des recettes du Gouvernement central et de la coopération multilatérale (Fonds mondial, UNICEF).

Par contre, les agents internationaux n'ont géré aucun fonds cette année-là.

L'allocation des ressources de la PTME en fonction des agents de financement précédemment cités est notifiée dans le tableau suivant.

**Tableau 9: Répartition des dépenses allouées à la PTME en fonction des agents de financement en 2008 (FCFA)**

Catégories de dépenses	FA.01 Secteur public	FA.02 Secteur privé	FA.03 Organismes acquéreurs internationaux	TOTAL	%
ASC.01.17.01 Conseil et test volontaires destinés aux femmes enceintes dans le cadre des programmes de PTME	135 000 000	95 000 000	-	230 000 000	47,50%
ASC.01.17.03 Pratiques d'alimentation infantile sûres (s'agissant y compris de la substitution du lait maternel)	44 118 830	-	-	44 118 830	9,11%
ASC.01.17.98 Activités de PTME, non ventilées par type d'activité	-	52 849 700	-	52 849 700	10,91%
ASC.01.17.99 Activités de PTME, non classifiées ailleurs	21 510 377	135 727 267	-	157 237 644	32,47%
ASC.01.17 Total PTME	200 629 207	283 576 967	-	484 206 174	100%
%	41,43%	58,57%	-	100%	

Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

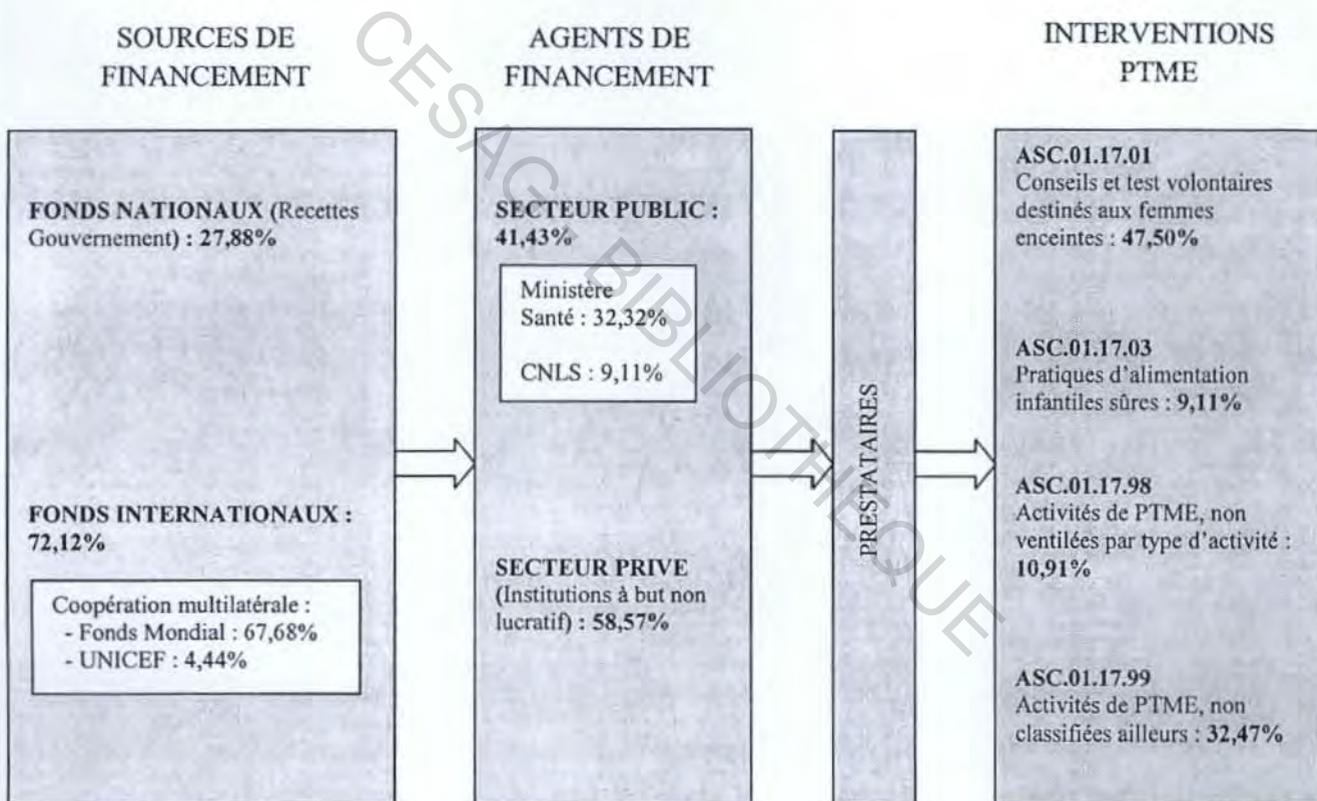
Le secteur public a alloué les fonds qu'il a gérés aux différentes composantes de la PTME, à l'exception des activités de PTME non ventilées par type.

Quant au secteur privé, il a octroyé les fonds aux conseils et tests volontaires, aux activités de PTME non ventilées par type et aux activités n.c.a.

## II.2.4- Synthèse des flux de ressources pour le financement de la PTME en 2008

Le schéma suivant récapitule tous les flux financiers relatifs à la PTME en 2008.

Figure 14: Flux du financement de la PTME en 2008



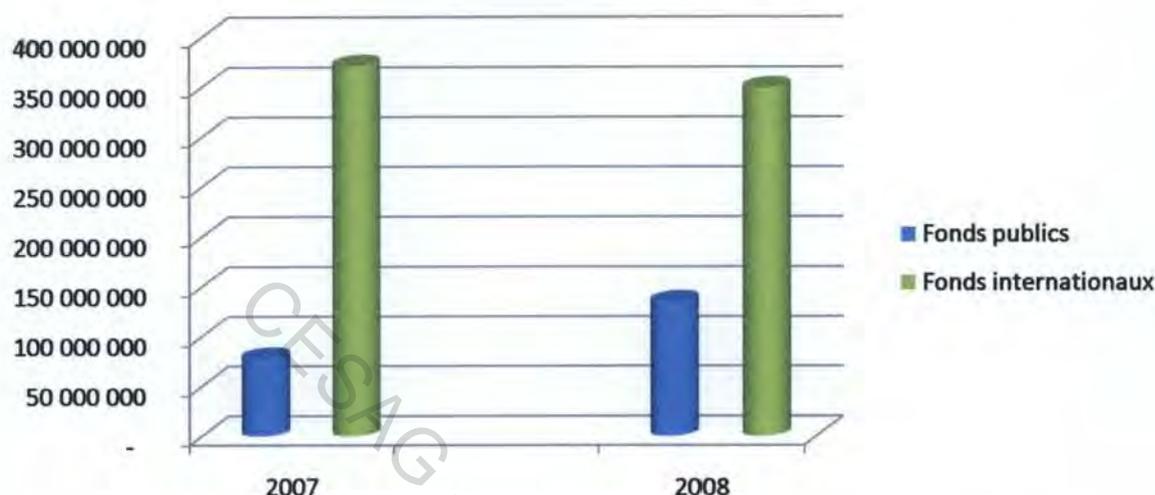
Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

Les sources de financement, composées essentiellement des recettes du Gouvernement et des fonds de la coopération multilatérale (Fonds mondial, UNICEF), ont attribué leurs ressources aux différentes composantes de la PTME, via le secteur public représenté par le ministère de la santé et le CNLS et le secteur privé constitué par les institutions à but non lucratif.

### II.3- FINANCEMENT GLOBAL DE LA PTME DE 2007 A 2008

Le graphique et le tableau ci-après illustrent l'évolution du financement de la PTME en fonction de l'origine des fonds.

**Figure 15: Evolution des ressources octroyées à la PTME en fonction de leur origine**



Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

**Tableau 10: Répartition des dépenses allouées à la PTME en fonction des sources de financement (FCFA)**

Sources de financement		2007		2008		Cumul 2007-2008		
		Montant	%	Montant	%	Montant	%	
Fonds publics	Recettes du gouvernement central	30 000 000	6,67%	135 000 000	27,88%	165 000 000	17,67%	
	Prêts remboursables	48 000 000	10,68%	-	0,00%	48 000 000	5,14%	
	<b>Total Fonds publics</b>	<b>78 000 000</b>	<b>17,35%</b>	<b>135 000 000</b>	<b>27,88%</b>	<b>213 000 000</b>	<b>22,81%</b>	
Fonds extérieurs	Contributions bilatérales directes (USA)	250 500 000	55,72%	-	0,00%	250 500 000	26,83%	
	Organismes multilatéraux	Fonds mondial	50 393 400	11,21%	327 695 797	67,68%	378 089 197	40,49%
		UNICEF	61 769 580	13,74%	21 510 377	4,44%	83 279 957	8,92%
		UNFPA	8 921 500	1,98%	-	0,00%	8 921 500	0,96%
		<b>Total Fonds multilatéraux</b>	<b>121 084 480</b>	<b>26,93%</b>	<b>349 206 174</b>	<b>72,12%</b>	<b>470 290 654</b>	<b>50,36%</b>
<b>Total Fonds extérieurs</b>	<b>371 584 480</b>	<b>82,65%</b>	<b>349 206 174</b>	<b>72,12%</b>	<b>720 790 654</b>	<b>77,19%</b>		
<b>TOTAL</b>		<b>449 584 480</b>	<b>100%</b>	<b>484 206 174</b>	<b>100%</b>	<b>933 790 654</b>	<b>100%</b>	

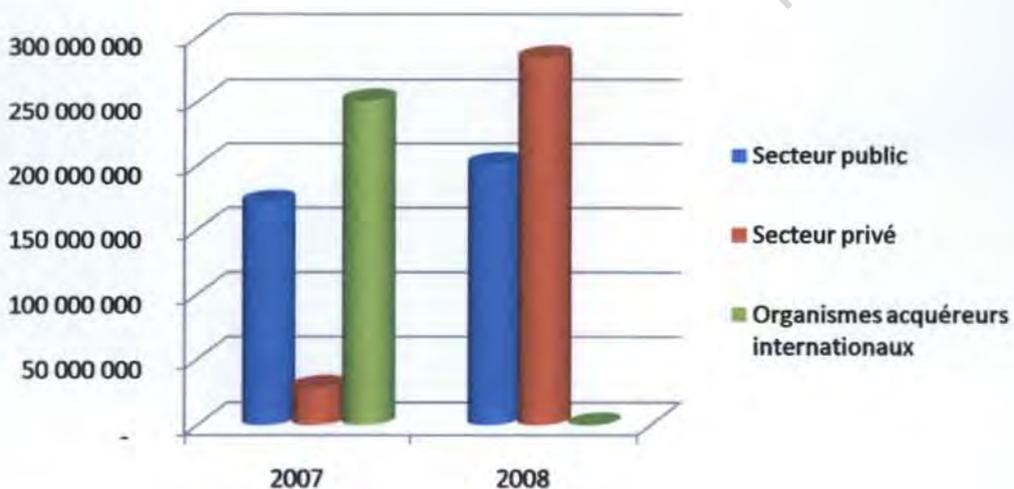
Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

Les fonds des partenaires extérieurs représentent plus de la moitié des ressources totales mobilisées pour la PTME (77,19%). Ces fonds ont cependant subi une légère baisse de 2007 à 2008, du fait de l'absence de contributions de la coopération américaine et de l'UNFPA la deuxième année et d'une diminution de plus de la moitié des ressources provenant de l'UNICEF. Les apports du Fonds Mondial ont cependant connu une augmentation importante de l'ordre de 550,27%.

Quant aux fonds publics, ils constituent 22,81% des ressources globales mobilisées pour la PTME durant la période d'étude. Ces fonds ont quasiment doublé entre 2007 et 2008, en dépit de l'absence de prêts remboursables la deuxième année. Cette forte hausse résulte en fait d'une augmentation considérable des recettes du Gouvernement central (350%) par rapport à 2007.

Le graphique ci-dessous présente l'allocation globale des différentes ressources en fonction des agents de financement. Il permet dans une certaine mesure de déterminer le pouvoir de décision de chaque agent dans la riposte nationale à l'infection à VIH pédiatrique.

**Figure 16: Evolution des ressources octroyées à la PTME en fonction des agents de financement**



Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

**Tableau 11: Répartition des dépenses allouées à la PTME en fonction des agents de financement (FCFA)**

Agents de financement		2007		2008		Cumul 2007-2008	
		Montant	%	Montant	%	Montant	%
Secteur public	Ministère de la Santé	100 691 080	22,40%	156 510 377	32,32%	257 201 457	27,54%
	CNLS	70 393 400	15,66%	44 118 830	9,11%	114 512 230	12,26%
	Total Secteur public	171 084 480	38,05%	200 629 207	41,43%	371 713 687	39,81%
Secteur privé (Institutions internationales à but non lucratif)		28 000 000	6,23%	283 576 967	58,57%	311 576 967	33,37%
Organismes acquéreurs internationaux (Organisations et fondations internationales à but non lucratif)		250 500 000	55,72%	-	0,00%	250 500 000	26,83%
TOTAL		449 584 480	100%	484 206 174	100%	933 790 654	100%

Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport REDES 2007-2008 (CNLS)

Le secteur public, a été le premier gestionnaire des fonds mobilisés pour la PTME pour la période cumulée de 2007 à 2008 (39,81%). Le rôle de décideur du Ministère de la santé, s'est notamment accru durant la deuxième année d'étude, par rapport à celui du CNLS qui, lui, a été moindre.

En ce qui concerne le secteur privé représenté essentiellement par les institutions à but non lucratif, il vient en deuxième position en gérant 33,37% des fonds cumulés. Bien que ne fournissant pas directement des fonds pour la PTME, son pouvoir de décision dans la gestion de ceux-ci a considérablement augmenté en 2008.

Quant aux organisations et fondations internationales, elles n'ont géré que 26,83% des fonds pour la période cumulée d'étude. Il convient de préciser que si elles se sont vues confiées la plus grande partie des ressources en 2007, elles n'ont cependant rien reçu ni géré en 2008.

### **III- DISCUSSION**

La présente étude a permis d'apporter quelques éclaircissements sur le financement de la PTME au Sénégal.

#### **➤ *Place de la PTME dans le financement de la riposte nationale à l'infection au VIH***

Les ressources allouées à la PTME représentent 3,7% des dépenses totales de lutte contre le VIH, aussi bien en 2007 qu'en 2008, bien que la part accordée aux dépenses de prévention d'une manière générale ait diminué en 2008 (24,70% contre 29,64% l'année précédente). Cette proportion est inférieure au taux de 6,5% prévu dans le budget prévisionnel du PSL 2007-2011. En effet, dans ce plan, les budgets respectifs pour la riposte globale et pour la PTME sur les cinq années d'éligibilité étaient estimés à 51 833 351 418 FCFA et à 3 367 531 835 FCFA [10].

Aussi, les dépenses effectives de la PTME pour la période d'étude s'élèvent à 933 790 654 FCFA, soit 27,73% des prévisions des ressources de la PTME du PSL 2007-2011. Si l'on suppose que les besoins ont été correctement évalués et que les dépenses étaient prévues pour être régulières, 40% du budget auraient donc dû être normalement utilisés pour ces deux années. Autrement dit, un tiers des ressources initialement prévues pour la PTME n'a pas été consommé.

Ces deux résultats confirment notre première hypothèse selon laquelle la part des dépenses totales de la riposte au VIH octroyée à la PTME est plus faible que celle initialement budgétisée dans le PSL.

Toutefois, la mobilisation des ressources pour prévenir l'infection à VIH pédiatrique est plus importante au Sénégal que dans les autres pays de la sous région.

En effet, au Niger où le profil épidémiologique est quasi-similaire à celui qui prévaut au Sénégal (épidémie de type concentré avec une prévalence moyenne

de 0,7%), seulement 0,37% des ressources totales de la lutte contre le Sida ont été octroyés à la PTME en 2007 et 0,18% en 2008 [17, 18].

Quant aux autres pays de la sous-région où l'épidémie sévit sous une forme généralisée avec une prévalence nettement plus élevée, seul le Bénin a accordé une plus grande proportion de ses ressources totales de lutte contre le Sida au volet PTME (4,27%) en 2007 [3], le Burkina-Faso et le Mali ayant attribué des taux plus faibles (1,73% et 1,37%) [15, 27].

### ➤ *Origine des ressources attribuées à la PTME*

Les fonds attribués à la PTME au Sénégal proviennent exclusivement des partenaires extérieurs qui ont financé la majeure partie (77,19%) et dans une moindre mesure, des sources publiques (22,81%) sur la période cumulée de 2007 à 2008. Ce résultat confirme bien notre seconde hypothèse stipulant que les aides extérieures représentent les principales sources de financement de la PTME. Ces fonds extérieurs sont issus de la coopération bilatérale américaine et de la coopération multilatérale représentée par le Fonds mondial, l'UNICEF et l'UNFPA.

Il convient cependant de préciser que le montant accordé par les sources extérieures a baissé de 2007 à 2008 (371 584 480 FCFA à 349 206 174 FCFA), du fait de l'absence de contribution de la coopération américaine et l'UNFPA et de la diminution du volume de fonds octroyés par l'UNICEF en 2008.

Par contre, l'engagement financier de l'Etat Sénégalais s'est accru en 2008, malgré l'absence de prêts remboursables cette année-là. En effet, on note un apport considérable des recettes du Gouvernement central, passant de 30 millions de FCFA en 2007 à 135 millions l'année suivante. Nous pouvons donc en déduire que notre troisième hypothèse, selon laquelle le financement accordé par les sources publiques, bien que minoritaire, augmente d'année en année, est vérifiée.

Toutefois, on n'observe pas le même constat dans les autres pays de la sous-région.

Ainsi, si en 2007 au Mali, les fonds extérieurs en majeure partie et les fonds publics finançaient la PTME, les acteurs extérieurs en ont été les uniques pourvoyeurs en 2008 [27].

Dans d'autres pays comme le Niger et le Burkina-Faso, on ne note aucun engagement financier direct de la part de l'Etat pour prévenir l'infection à VIH pédiatrique, la PTME étant entièrement financée par les partenaires extérieurs [15, 17].

Le Botswana fait néanmoins figure d'exception en Afrique subsaharienne. En effet, dans ce pays où l'accès universel à la PTME est pratiquement atteint, plus de 80% des ressources de la PTME sont d'origine gouvernementale. Ce qui explique sans doute, en plus d'autres facteurs tels que le suivi et l'évaluation méthodique du programme, la viabilité et l'efficacité de leur politique de PTME [31, 32, 35].

### ➤ *Gestion des fonds de la PTME*

Le secteur public, via le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale et le CNLS, a été le principal gestionnaire des fonds octroyés à la PTME (39,81%) pour les deux années cumulées. Il a ainsi eu la possibilité de décider des décaissements dans une proportion supérieure à sa propre contribution qui est de 22,81%. D'où la validation de notre quatrième hypothèse d'après laquelle le financement de la PTME est principalement ordonnancé par le secteur public. Les fonds gérés par ce secteur proviennent aussi bien de ses propres ressources (57,30%) que de celles des partenaires extérieurs (42,70%), excepté la coopération américaine. Cette responsabilisation du secteur public dans la gestion des ressources témoigne du pouvoir important de décision confié à l'Etat dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique nationale de PTME. Une telle

responsabilisation de l'Etat dans la gestion des fonds de la PTME est plus prononcée au Burkina-Faso où en 2008, ce dernier a géré 91,78% des fonds alloués à la politique de réduction de la TME [15].

Quant au secteur privé, essentiellement représenté par les institutions à but non lucratif autres que l'assurance sociale et bien que n'ayant apporté directement aucune ressource, il a géré 33,37% des fonds de PTME. Les ressources, qui ont transité par ces institutions, émanent essentiellement du Fonds mondial et représentent 82,41% des contributions de ce dernier sur la période cumulée d'étude.

Les agents internationaux ont, pour leur part, décidé de l'affectation des ressources dans 26,83% des cas. Il s'agit uniquement des organisations et fondations internationales à but non lucratif qui, rappelons-le, ne figurent pas parmi les donateurs internationaux pour la PTME. Les fonds gérés par ces organisations sont issus du Gouvernement américain. Autrement dit, les partenaires extérieurs ayant contribué au financement de la PTME sont eux-mêmes absents de la gestion des fonds qu'ils ont octroyés.

### ➤ *Atteinte des objectifs du PSLS*

Les objectifs ciblés dans le PSLS 2007-2001 pour le volet PTME étaient de dépister 523 650 femmes enceintes d'ici 2011 et d'administrer le traitement antirétroviral à 80% des femmes enceintes séropositives.

Concernant l'atteinte de ces objectifs, 155 828 femmes enceintes ont été conseillées et dépistées de 2007 à 2008, soit une proportion de 29,75% par rapport à la cible. Quant au pourcentage de femmes enceintes séropositives recevant une prophylaxie ARV pour réduire le risque de la TME, il est passé de 69% en 2007 à 59% en 2008, soit une moyenne de 64% [11, 14].

Les résultats sur le terrain, bien qu'encourageants dans l'ensemble, ne sont donc pas encore très satisfaisants. Ils semblent refléter certaines insuffisances quant à

l'utilisation optimale des ressources allouées à la PTME. Il y a, de ce fait, lieu de s'interroger sur les causes du déficit de financement précédemment évoqué (27,73% au lieu des 40% budgétisés) qui pourrait peut-être expliquer ces lacunes, notamment la baisse enregistrée quant à l'administration de la prophylaxie antirétrovirale aux femmes enceintes.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## ***CONCLUSION/RECOMMANDATIONS***

La PTME, pilier de la riposte à l'infection à VIH chez l'enfant, fait partie des axes cruciaux que l'Etat sénégalais s'est engagé à renforcer dans son PSLS en cours. Dans le contexte actuel de rareté des ressources, il s'est avéré nécessaire de se renseigner sur le financement de ce volet essentiel de la lutte contre le Sida. D'où la présente analyse au terme de laquelle la vérification des hypothèses émises permet de tirer les conclusions suivantes :

- les dépenses effectives de la PTME sont inférieures aux dépenses prévisionnelles ;
- les partenaires extérieurs en sont les principaux pourvoyeurs de fonds ;
- l'engagement financier de l'Etat, bien que minime par rapport à celui des donateurs internationaux, augmente d'année en année ;
- les sources privées nationales n'octroient aucun fonds à la PTME ;
- le pouvoir de décision des décaissements incombe plus au secteur public. Le secteur privé aussi y intervient dans une moindre mesure. Quant aux agents internationaux, leur participation dans la gestion des fonds est la plus faible.

En somme, le financement de la PTME au Sénégal est majoritairement assuré par les donateurs internationaux qui, cependant, responsabilisent l'Etat sénégalais en lui confiant la gestion de la majeure partie des fonds. Toutefois, le caractère incertain de ce financement extérieur pourrait entraver l'aptitude de ce pays à couvrir les besoins pour l'avenir, vu que la disponibilité et le volume des fonds de certains donateurs varient d'une année à l'autre. La pérennité de la riposte au VIH/SIDA exigeant un financement fiable et suffisant, il s'avère donc crucial de s'interroger sur les modalités d'accroissement de ces ressources.

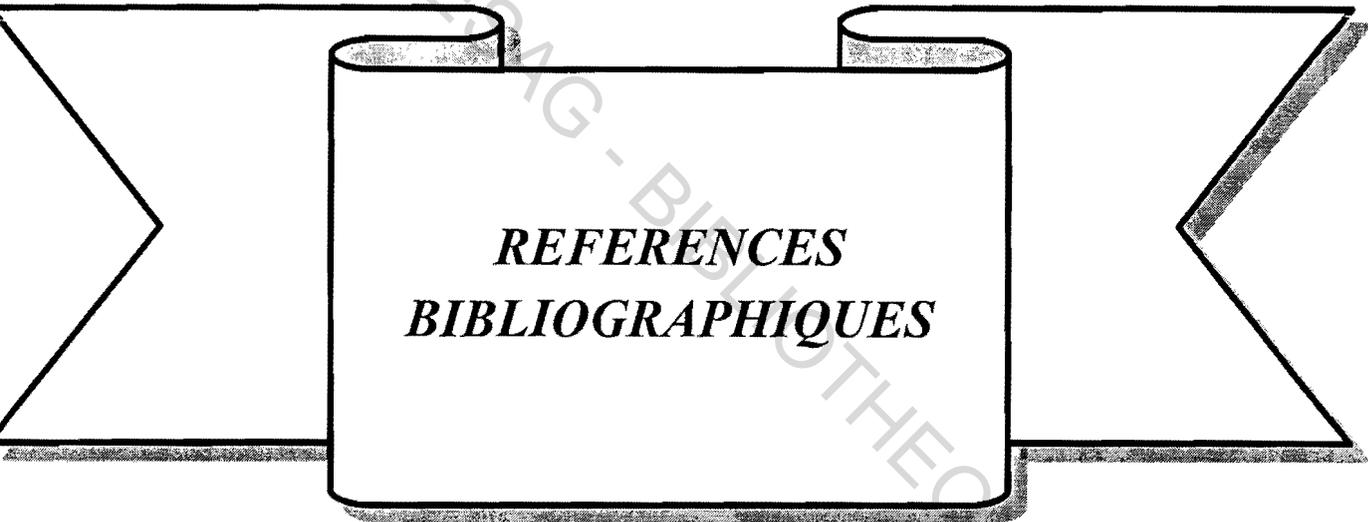
D'où l'importance des recommandations suivantes adressées aux différents acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA :

➤ **A l'endroit de l'Etat :**

- persévérer dans l'augmentation des ressources intérieures octroyées à la PTME ;
- encourager la mise en place de mécanismes innovants et durables pour financer comme il se doit la riposte au VIH, notamment la création de taxes spécifiques sur les produits les plus rentables de l'économie sénégalaise ;
- susciter l'engagement des entreprises privées dans le financement de la PTME, entre autres par la défiscalisation pour celles ayant fait des dons pour les activités liées à la riposte comme c'est le cas dans les pays du Nord ;
- concevoir des dispositifs de financement pérennes de la PTME en cas de rupture des contributions extérieures ;
- réaliser régulièrement et de manière plus détaillée des études d'estimation des dépenses engagées dans la riposte au VIH dans un souci de transparence et pour encourager les bailleurs de fonds à continuer à financer cette riposte ;
- disposer de bases de données complètes et concordantes, aussi bien au niveau du Ministère de la Santé qu'au niveau du CNLS et de la DLSI, afin de garantir la fiabilité de ces dernières pour toute étude se rapportant au financement d'un volet du PNLS.

➤ **A l'endroit des partenaires extérieurs :**

- augmenter de façon substantielle leurs contributions à la PTME afin d'en accélérer l'accès universel d'ici 2015 ;
- fournir une assistance technique et financière afin de soutenir la réalisation annuelle des rapports REDES ;
- soutenir la mise en place de dispositifs financiers novateurs, permettant de générer des recettes plus stables et plus prévisibles destinées à combler les besoins de la riposte, en particulier ceux de la PTME, à long terme. Il pourrait s'agir d'un système de fonds commun selon lequel plusieurs donateurs regroupent leur financement en subventions pluriannuelles ou d'une taxe de solidarité comme la taxe Chirac sur les voyages aériens.



***REFERENCES  
BIBLIOGRAPHIQUES***

1. **CELLULE MONDIALE DE REFLEXION POUR UNE MEILLEURE COORDINATION ENTRE LES ORGANISMES MULTILATERAUX ET LES DONATEURS INTERNATIONAUX DANS LA RIPOSTE AU SIDA**  
*Rapport final, 2005.*
2. **CENTRE DE RECHERCHE POUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN DU SENEGAL**  
*Enquête démographique et de santé (EDS IV), 2005.*
3. **COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU BENIN**  
*Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le VIH/SIDA ET LES IST (REDES) de 2006-2007.*
4. **COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU BENIN**  
*Rapport national de situation à l'intention de l'UNGASS, 2008.*
5. **COMMISSION DU VIH/SIDA ET DE LA GOUVERNANCE EN AFRIQUE**  
*Préservez notre avenir : rapport de la commission du VIH/Sida et de la gouvernance en Afrique, 2008.*
6. **COMMISSION ON AIDS IN ASIA, 2008.**
7. **CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU BURUNDI**  
*Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales contre le VIH/SIDA et les IST (EF-REDES) de 2007-2008.*
8. **CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU SENEGAL**  
*Bulletin épidémiologique n°13 de la surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez la femme enceinte, 2008.*
9. **CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU SENEGAL**  
*Estimation nationale des ressources et des dépenses de lutte contre le Sida (REDES) de 2003-2004.*

**10. CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU SENEGAL**

*Plan stratégique de lutte contre le sida 2007-2011.*

**11. CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU SENEGAL**

*Rapport annuel 2008 du programme national multisectoriel de lutte contre le Sida.*

**12. CONSEIL NATIONAL DU LUTTE CONTRE LE SIDA DU SENEGAL**

*Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/SIDA au Sénégal-2005.*

**13. CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU SENEGAL**

*Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/SIDA au Sénégal : 2006-2007.*

**14. CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU SENEGAL**

*Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH au Sénégal : 2008-2009.*

**15. CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST DU BURKINA FASO**

*Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (EF-REDES) en 2008.*

**16. CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST DU BURKINA FASO**

*Rapport UNGASS 2010 du Burkina Faso sur le suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA.*

**17. COORDINATION INTERSECTORIELLE DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU NIGER**

*Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (REDES) de 2007-2008.*

**18. COORDINATION INTERSECTORIELLE DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU NIGER**

*Rapport national UNGASS 2010.*

**19. DE COCK KM, FOLLER MG, MERCIER E et al.**

*Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. JAMA 1 Mar 2000. 283(9): 1175-82.*

**20. DIARRA K.**

*Contribution à l'amélioration de l'application de la PTME au Sénégal : cas du Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar. Mémoire de fin de cycle, CESAG, 2009.*

**21. DIRECTION DE LA PREVISION ET DES ETUDES ECONOMIQUES DU SENEGAL**

*Situation économique et financière en 2007 et perspectives en 2008.*

**22. DIVISION DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST DU SENEGAL**

*Directives nationales sur la PTME, 2009.*

**23. DIVISION DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST DU SENEGAL**

*Politique nationale de prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH au Sénégal, 2005.*

**24. DIVISION DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST DU SENEGAL**

*Politique nationale de prise en charge de l'infection à VIH/SIDA au Sénégal, 2006.*

**25. DIVISION DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST DU SENEGAL**

*Portail d'informations sur le Sida au Sénégal, [www.divisionsida-ist.sn](http://www.divisionsida-ist.sn)  
Consulté le 10 Février 2010.*

**26. DIVISION DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST DU SENEGAL**

*Rapport annuel d'activités, 2008.*

**27. HAUT CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA DU MALI**

*Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (EF-REDES) de 2007-2008.*

**28.HAUT CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA  
DU MALI**

*Rapport national UNGASS 2008.*

**29.HAUT CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA  
DU MALI**

*Rapport national UNGASS 2010.*

**30.MINISTERE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA DE COTE  
D'IVOIRE**

*Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : rapport national de la Côte d'Ivoire, 2008.*

**31.NATIONAL AIDS COORDINATING AGENCY OF  
BOTSWANA**

*Progress report of the national response to the UNGASS declaration of commitment on HIV/AIDS 2008.*

**32.NATIONAL AIDS COORDINATING AGENCY OF  
BOTSWANA**

*Progress report of the national response to the 2001 declaration of commitment on HIV and AIDS 2010.*

**33.NATIONAL HIV/AIDS SECRETARIAT OF SIERRA LEONE**

*Country report on declaration of commitment to HIV and AIDS for the period 2006-2007.*

**34.NATIONAL HIV/AIDS SECRETARIAT OF SIERRA LEONE**

*National aids spending assessment (NASA) for the period 2006-2007.*

**35.OMS**

*Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : rapport sur l'initiative « 3millions d'ici 2005 » et au-delà, Mars 2006.*

**36.ONUSIDA**

*Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2008.*

**37.ONUSIDA**

*Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2009.*

**38.REPUBLIQUE DU SENEGAL**

*Document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté 2006-2010.*

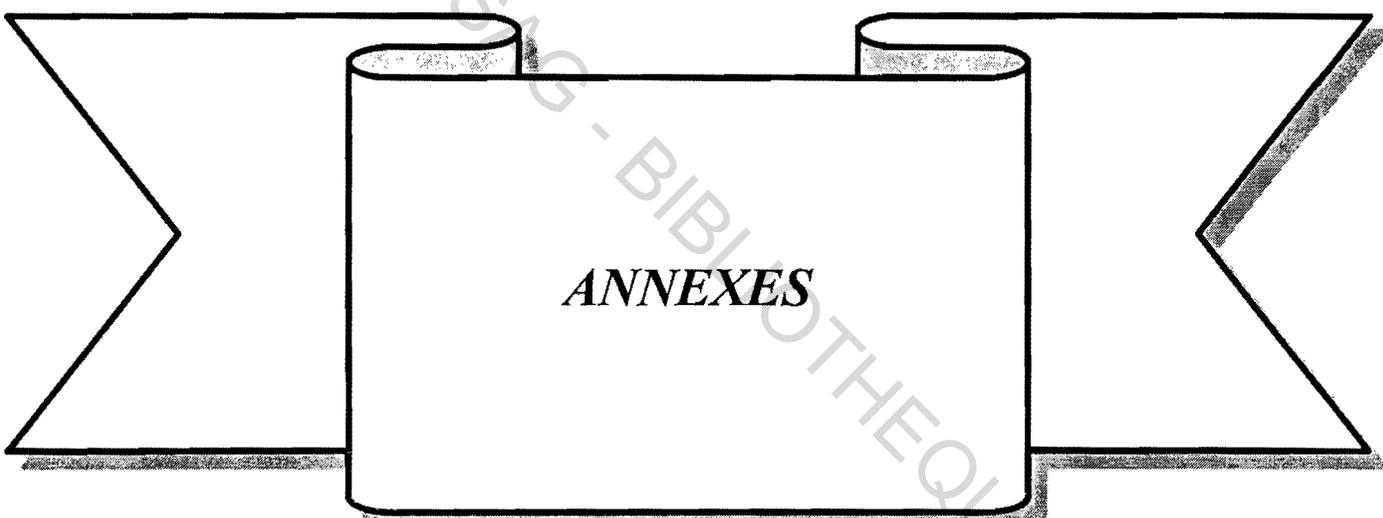
**39. RESEAU AFRICAIN POUR LES SOINS AUX ENFANTS  
AFFECTES PAR LE SIDA**

*Manuel sur le Sida pédiatrique en Afrique, 2006.*

**40. SALOMON JA ET AL**

*Integrating HIV Prevention and Treatment: From Slogans to Impact.*  
PLoS Medicine. Janvier 2005, Vol 2, Issue 1.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



***ANNEXES***

## Annexe I : Synthèse des dépenses engagées dans la lutte contre le VIH par chapitre d'interventions en 2007 (FCFA)

	<b>FS.01 Fonds publics</b>	<b>FS.02 Fonds privés</b>	<b>FS.03 Fonds internationaux</b>	<b>Total</b>
<b>ASC.01 Prévention</b>	787 561 629	11 769 150	2 804 445 916	3 603 776 695
<b>ASC.02 Soins et traitement</b>	397 279 828	1 554 659 347	1 341 138 498	3 293 077 673
<b>ASC.03 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables</b>	-	-	131 444 139	131 444 139
<b>ASC.04 Gestion et administration de programmes</b>	1 315 555 252	-	2 725 371 108	4 040 926 360
<b>ASC.05 Ressources humaines</b>	198 329 075	-	540 684 094	739 013 169
<b>ASC.06 Protection sociale et services sociaux</b>	-	-	2 526 310	2 526 310
<b>ASC.07 Environnement favorable</b>	11 622 000	-	55 468 935	67 090 935
<b>ASC.08 Recherche liée au VIH</b>	-	-	281 771 258	281 771 258
<b>Total</b>	<b>2 710 347 784</b>	<b>1 566 428 497</b>	<b>7 882 850 258</b>	<b>12 159 626 539</b>

## Annexe II : Synthèse des dépenses engagées dans la lutte contre le VIH par chapitre d'interventions en 2008 (FCFA)

	<b>FS.01 Fonds publics</b>	<b>FS.02 Fonds privés</b>	<b>FS.03 Fonds internationaux</b>	<b>Total</b>
<b>ASC.01 Prévention</b>	397 758 960	9 900 000	2 826 499 421	3 234 158 381
<b>ASC.02 Soins et traitement</b>	748 916 289	1 594 769 558	1 175 014 320	3 518 700 167
<b>ASC.03 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables</b>	465 986 144	-	196 130 093	662 116 237
<b>ASC.04 Gestion et administration de programmes</b>	1 106 251 035	-	3 641 395 694	4 747 646 729
<b>ASC.05 Ressources humaines</b>	72 771 261	-	225 968 476	298 739 737
<b>ASC.06 Protection sociale et services sociaux</b>	-	-	-	-
<b>ASC.07 Environnement favorable</b>	20 840 200	-	311 075 298	331 915 498
<b>ASC.08 Recherche liée au VIH</b>	-	-	300 297 141	300 297 141
<b>Total</b>	2 812 523 889	1 604 669 558	8 676 380 443	13 093 573 890

**Annexe III: Structure détaillée des dépenses allouées à la PTME en fonction des sources de financement en 2007 (FCFA)**

Catégories de dépense	FS.01 Fonds publics			FS.02 Fonds privés	FS.03 Fonds internationaux				Total	
	FS.01.01 Fonds des Gouvernements territoriaux		Total Fonds publics		FS.03.01 Contributions bilatérales directes	FS.03.02 Organismes multilatéraux administrant des subventions préaffectées				Total Fonds internationaux
	FS.01.01.01 Recettes du Gouvernement central	FS.01.01.04 Prêts remboursables				FS.03.01.22 Gouvernement américain	FS.03.02.07 Fonds mondial	FS.03.02.09 UNICEF		
ASC.01.17.01 Conseil et test volontaires destinés aux femmes enceintes dans le cadre des programmes de PTME	30 000 000	-	30 000 000	-	-	-	-	8 921 500	8 921 500	38 921 500
ASC.01.17.03 Pratiques d'alimentation infantile sûres (s'agissant y compris de la substitution du lait maternel)	-	-	-	-	-	22 393 400	-	-	22 393 400	22 393 400
ASC.01.17.98 Activités de PTME, non ventilées par type d'activité	-	-	-	-	250 500 000	-	-	-	250 500 000	250 500 000
ASC.01.17.99 Activités de PTME, non classifiées ailleurs	-	48 000 000	48 000 000	-	-	28 000 000	61 769 580	-	89 769 580	137 769 580
Total PTME	30 000 000	48 000 000	78 000 000	-	250 500 000	50 393 400	61 769 580	8 921 500	371 584 480	449 584 480

**Annexe IV : Structure détaillée des dépenses allouées à la PTME en fonction des sources de financement en 2008 (FCFA)**

Catégories de dépense	FS.01 Fonds publics			FS.02 Fonds privés	FS.03 Fonds internationaux				Total	
	FS.01.01 Fonds des Gouvernements territoriaux		Total Fonds publics		FS.03.01 Contributions bilatérales directes	FS.03.02 Organismes multilatéraux administrant des subventions préaffectées				Total Fonds internationaux
	FS.01.01.01 Recettes du Gouvernement central	FS.01.01.04 Prêts remboursables				FS.03.01.22 Gouvernement américain	FS.03.02.07 Fonds mondial	FS.03.02.09 UNICEF		
ASC.01.17.01 Conseil et test volontaires destinés aux femmes enceintes dans le cadre des programmes de PTME	135 000 000	-	135 000 000	-	-	95 000 000	-	-	95 000 000	230 000 000
ASC.01.17.03 Pratiques d'alimentation infantile sûres (s'agissant y compris de la substitution du lait maternel)	-	-	-	-	-	44 118 830	-	-	44 118 830	44 118 830
ASC.01.17.98 Activités de PTME, non ventilées par type d'activité	-	-	-	-	-	52 849 700	-	-	52 849 700	52 849 700
ASC.01.17.99 Activités de PTME, non classifiées ailleurs	-	-	-	-	-	135 727 267	21 510 377	-	157 237 644	157 237 644
Total PTME	135 000 000	-	135 000 000	-	-	327 695 797	21 510 377	-	349 206 174	484 206 174

**Annexe V: Structure détaillée des dépenses allouées à la PTME en fonction des agents de financement en 2007 (FCFA)**

Catégories de dépense	FA.01 Secteur public		FA.02 Secteur privé	FA.03 Organismes acquéreurs internationaux	Total	
	FA.01.01 Gouvernements territoriaux		FA.02.05 Institutions à but non lucratif (autres que pour l'assurance sociale)	FA.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif		
	FA.01.01.01 Autorités centrales ou fédérales			FA.03.03.99 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif		
	FA.01.01.01.01 Ministère de la Santé (ou entité du même secteur)	FA.01.01.01.10 Organisme national de coordination de la lutte contre le Sida				
ASC.01.17.01 Conseil et test volontaires destinés aux femmes enceintes dans le cadre des programmes de PTME	38 921 500	-	38 921 500	-	38 921 500	
ASC.01.17.03 Pratiques d'alimentation infantile sûres (s'agissant y compris de la substitution du lait maternel)	-	22 393 400	22 393 400	-	22 393 400	
ASC.01.17.98 Activités de PTME, non ventilées par type d'activité	-	-	-	250 500 000	250 500 000	
ASC.01.17.99 Activités de PTME, non classifiées ailleurs	61 769 580	48 000 000	109 769 580	28 000 000	137 769 580	
Total PTME	100 691 080	70 393 400	171 084 480	28 000 000	250 500 000	449 584 480

**Annexe VI : Structure détaillée des dépenses allouées à la PTME en fonction des agents de financement en 2008 (FCFA)**

Catégories de dépense	FA.01 Secteur public		Total Secteur public	FA.02 Secteur privé	FA.03 Organismes acquéreurs internationaux	Total
	FA.01.01 Gouvernements territoriaux			FA.02.05 Institutions à but non lucratif (autres que pour l'assurance sociale)	FA.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif	
	FA.01.01.01 Autorités centrales ou fédérales				FA.03.03.99 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif	
	FA.01.01.01.01 Ministère de la Santé (ou entité du même secteur)	FA.01.01.01.10 Organisme national de coordination de la lutte contre le Sida				
ASC.01.17.01 Conseil et test volontaires destinés aux femmes enceintes dans le cadre des programmes de PTME	135 000 000	-	135 000 000	95 000 000	-	230 000 000
ASC.01.17.03 Pratiques d'alimentation infantile sûres (s'agissant y compris de la substitution du lait maternel)	-	44 118 830	44 118 830	-	-	44 118 830
ASC.01.17.98 Activités de PTME, non ventilées par type d'activité	-	-	-	52 849 700	-	52 849 700
ASC.01.17.99 Activités de PTME, non classifiées ailleurs	21 510 377	-	21 510 377	135 727 267	-	157 237 644
Total PTME	156 510 377	44 118 830	200 629 207	283 576 967	-	484 206 174