



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

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE (DESS/ES)**

11^{ème} Promotion 2008-2009

**CONTRIBUTION A L'ANALYSE DU FINANCEMENT DU
PROGRAMME NATIONAL DE PRISE EN CHARGE MEDICALE
DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PNPEC) EN COTE
D'IVOIRE DE 2005 à 2009**

Présenté par :

Marie-Annick KOKORA

Docteur en Pharmacie

Sous la direction de :

Mr Marcel Bénéié KOUADIO

Professeur agrégé en Sciences

Economiques



DEDICACES & REMERCIEMENTS

A la très Sainte Trinité

Je veux dire merci au Seigneur ; de tout mon cœur je veux remercier le Dieu trois fois Saints. Oui, je veux remercier le Seigneur sans oublier un seul de ses bienfaits. (Ps 103, 1-2).

A la Vierge Marie et à Saint Joseph

En suivant Marie, on ne dévie pas en la priant on ne désespère pas en pensant à elle, on ne se trompe pas. Si elle est avec toi, tu es sur d'arriver au but. (Saint Bernard) Merci Maman Marie.

Saint Joseph, ta présence sur mon chemin, elle est discrète comme ton silence ; mais je te reconnais bien à ton regard attentif, à ton cœur disponible, à ta main secourable. Tu prends ma main et me conduis-moi, lorsque l'ombre et la nuit rendent mes pas incertains. Merci Papa ! (Sanctuaire de Saint-Joseph de Mont-Rouge).

A mes parents chéris, Solange et Louis-Charles

Seigneur, exauce la prière que du fond du cœur, je t'adresse pour mes parents. Assiste-les dans toutes leurs nécessités, rends-leur au centuple, le bien qu'ils me font chaque jour et aide moi à faire tout ce qu'il est possible pour eux. Accorde leur une longue vie paisible et heureuse. Garde-les dans ta grâce et dans ton amitié. Amen ! Merci Seigneur !

A mes frères et sœurs : Alexis Esther Hervé Carine Hans et Ménélick

Merci pour votre amour, vos conseils et votre soutien. Que Dieu vous garde

A ma nièce Marie-Yves Sarah

Merci ma puce, pour ces moments de joie.

A mon papi chéri Georges E.

Je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien.
Homme au grand cœur, tu es un modèle à suivre pour moi.

A tonton Martin et à sr Myriam

Merci pour toutes vos prières incessantes qui m'accompagnent jour et nuit.
Que Dieu vous garde.

A Daniel-Christian

Ton soutien et ta gentillesse ont toujours été source de réconfort et d'encouragement pour moi. Merci du fond du cœur.

Au personnel de l'ISMS

Merci pour le cadre de travail convivial et paisible.

A mes amis de la 11ème promotion DSES du CESAG

Je vous souhaite une carrière professionnelle et une vie familiale riches et pleines de succès.

A Victoire, Nadège et Roland

Merci de m'avoir offert votre amitié. J'espère que ces liens tissés au cours de cette année dureront toute la vie.

A Assane, Natacha, Rita, Idriss, Grand B, Ange-Patrick

Merci de votre estime et de votre amitié. Que Dieu vous le rende au centuple.

Au Directeur Coordonnateur du PNPEC, Dr Traoré Virginie

La promptitude avec laquelle vous avez accepté de nous prendre dans votre structure témoigne de votre amabilité et de votre disponibilité. Vous écrivez actuellement les plus belles du Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire: que vous dirigez de mains de maître. Merci de nous avoir permis d'apprendre à vos côtés

Au Dr TUHO

Votre humilité et votre ardeur au travail font de vous un homme aimé et admiré de tous. Merci pour votre disponibilité et votre aide sans cesse renouvelées à mon égard.

Au Drs Likane, Badia et à tout le personnel du PNPEC

Merci pour votre accueil, votre disponibilité et votre coopération.

A Mr Kouadio (MEF de Côte d'Ivoire) et A Dr Tai (BNETD)

Vos nombreuses occupations ne vous ont pas empêché pas de répondre à chacune de mes sollicitations. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance.

Au Dr Blédi Trouin Félix (MSHP de Côte d'Ivoire)

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude et l'assurance que votre rectitude et le sérieux que vous mettez à l'ouvrage, demeurent une source d'inspiration réelle. Comment pourrions-nous oublier ?

Au Pr Kouadio Bénié Marcel

Malgré votre expertise dans le domaine des Sciences Economiques et la pertinence de votre enseignement, vous demeurez un homme de grande humilité. Cela n'a de cesse de forcer notre admiration à votre égard. Merci d'avoir accepté de me prendre sous votre direction.

A Mr Morris Kouamé

Merci pour votre trop grande générosité et votre propension à vouloir partager et aider.

A l'AIC

Merci pour ces moments de fraternité et de convivialité.

A Adrien (école vétérinaire de Dakar)

Merci pour ta courtoisie.

A tous mes amis et à mes « bébés » du CESAG

Que Dieu vous accorde le succès.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à ce travail

Trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A tous ceux qui m'ont accordé leur soutien de tout temps

Infiniment merci ! Que Dieu vous bénisse !

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Budget de l'Etat pour le PNPEC et du MLS de 2005-2009.....	p17-18
Tableau n°2 : Financement total du PNPEC de 2005 à 2009	p30
Tableau n°3 : Répartition du financement du PNPEC suivant les sources de financements de 2005 -2009 (en F CFA).....	p32
Tableau n°4 : Répartition du financement total du PNPEC selon les activités de 2005 à 2009.....	p40
Tableau n°5 : Répartition du financement des activités du PNPEC par année.....	p 42
Tableau n° 6 : répartition du financement de chaque activité du PNPEC sur la période 2005-2009	p43
Tableau n°7: Tableau croisée des activités du PNPEC en fonction des sources de financement du PNPEC de 2005-2009.....	p46

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTES DES GRAPHIQUES

Graphique n°1 : Schéma d'analyse.....	p10
Graphique n 2: Organigramme fonctionnel du PNPEC	p21
Graphique n°3 : Evolution du financement total du PNPEC de 2005- 2009	p31
Graphique n°4 : Evolution sur la période 2005-2009 de différentes sources de financement	p33
Graphique n°5 : Evolution des différents types de contribution au financement du PNPEC de 2005- 2009.....	p36
Graphique n°6 : Schéma du dispositif de financement du PNPEC	p38
Graphique n°7 : Total du financement attribué à chacune des activités sur la période de 2005-2009.....	p41
Graphique n°8: évolution du financement des activités du PNPEC sur la période 2005-2009.....	p44
Graphique n°9: Evolution du financement de l'Etat en fonction des différentes activités du PNPEC de 2005-2009.....	p49
Graphique n°10 : Evolution du financement du PEPFAR en fonction des différentes activités du PNPEC de 2005- 2009	p50
Graphique n°11 : Evolution du financement de l'UNICEF en fonction des différentes activités du PNPEC de 2005- 2009	p51
Graphique n°12: Evolution du financement du Fonds Mondial en fonction des différentes activités du PNPEC de 2005- 2009	p52

ABREVIATIONS & ACRONYMES

AC: Autorisations de crédits

APHL: Association of Public Health Laboratories

ARV: Antirétroviraux

CARE International: Cooperative for Assistance and Relief Everywhere

CD /CDV : Conseil Dépistage/ Conseil Dépistage Volontaire

CFA : Communauté Financière Africaine

CP : Crédits de Paiements

DIEM : Direction des Infrastructures de l'Équipement et de la Maintenance

DIPE : Direction de la Planification de la Planification et de l'Évaluation

DIS : Les activités de décentralisation et intégration des soins au niveau de la pyramide sanitaire/mise en place des structures de prise en charge

DFR : Direction de la Formation et de la Recherche

DGS : Direction Générale de la Santé

DPNP : Les activités de définition de politiques nationale de prise en charge médicale des PVVIH/ planification des interventions de lutte contre IST/VIH/sida

DRH : Direction des Ressources Humaines

ECD : Equipe Cadre de District

EDN : les activités d'élaboration de documents normatifs (politique national, normes directives nationales, guides nationaux de prise en charge, formation etc.)

EGPAF: Elisabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation

ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau

FHI: Family Health International

FNLS : Fonds National de Lutte contre le Sida

GP : les activités d'administration et de gestion de programme

HAI: HIV/AIDS Alliance

ICAP: International Center for Aids Care and Treatment Programs

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MLS : Ministère de la Lutte contre le Sida

MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

MSM Men who have Sex with Men

OEV : Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du sida

OMS: Organisation Mondial de la Santé

PATH: Program for Appropriate Technology in Health

PEC : Prise En Charge

PECT : prise en charge thérapeutique

PEPFAR: President's Emergency Plan for AIDS Relief

PNPEC : Programme National de Prise En Charge des Personnes Vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire

PNOEV : Programme Nationale de prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables du fait du VIH/sida

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PS : Professionnels du sexe

PTME : Prévention de la Transmission Mère -Enfant

PUMLS: Projet d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le Sida

PHV: Populations Hautement Vulnérables

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

RCP : Les activités de renforcement des capacités du personnel/ formation des formateurs

SSP : Les activités de supervision des activités de prise en charge médicale/ suivi et évaluation des différentes interventions de la prise en charge médicale

UNICEF: Fonds des Nations unies pour l'Enfance

UNGASS : United Nations General Assembly Special Session (en français Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida)

USAID : Agence des Etats-Unis pour le développement international

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE: CADRE THEORIQUE.....	5
GENERALITES	5
I. Contexte général de l'étude : la Côte d'Ivoire.....	5
II. Problématique	6
III. Justification et intérêt de l'étude	7
IV. Les objectifs	8
IV.1 Objectif général	8
IV.2 Objectifs spécifiques.....	8
IV.3 Hypothèses de l'étude.....	9
V. Méthodologie	9
V.1 Logique d'étude ou méthode d'analyse.....	9
V.2 Technique de recueil des données.....	10
V.2.1 La recherche documentaire.....	10
V.2.2 Les entretiens	11
V.3 Les limites de l'étude :.....	11
CHAPITRE 1 : Politique et financement de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire	12
I. Politique de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire.....	12
I.1 Engagement de l'Etat	12
I.2 Engagement de la société civile	13
II. Les objectifs et les stratégies de la lutte contre le VIH	13
II.1 Objectifs.....	14
II.2 Stratégies.....	14
III. Quelques chiffres sur la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire.....	15
IV. Financement de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire.	16
CHAPITRE 2 : Missions, organisation et fonctionnement du PNPEC.....	20
I. Missions et organisation du PNPEC.....	20
I.1 Missions du PNPEC	20
I.2 Organisation du PNPEC :.....	20
I.2.1 Organigramme.....	20
I.2.2 Fonctionnement du PNPEC	22
I.3 Relations du PNPEC avec les structures du MSHP et les partenaires au développement....	23
I.3.1 Relations avec les autres structures du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique .	23
I.3.2 Les partenaires de mise en œuvre du PNPEC	23

I.4	Activités du PNEPC	25
I.4.1	Présentation des différentes activités du PNPEC	26
DEUXIEME PARTIE: CADRE OPERATIONNELLE		29
CHAPITRE 3 : Présentation, analyse et discussion des résultats		30
I.	Présentation et analyse des résultats	30
I.1	Description de l'évolution du financement total du PNPEC de 2005- 2009.....	30
I.2	Analyse des sources de financement du PNPEC de la période 2005-2009	31
I.3	Description de l'évolution des dépenses totales par activités du PNPEC de la période 2005-2009.....	39
I.4	Analyse des dépenses pour les activités du PNPEC de la période 2005-2009.	41
I.5	Analyse des dépenses des activités du PNPEC selon les sources de financement du PNPEC de la période 2005-2009.	45
I.6	Evolution du financement de quelques sources de financement en fonction des différentes activités du PNPEC sur la période 2005-2009.	49
I.6.1	Etat	49
I.6.2	PEPFAR.....	50
I.6.3	UNICEF.....	51
I.6.4	Fonds Mondial.....	52
II.	DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	53
II.1	Discussion	53
II.2	Recommandations.....	61
CONCLUSION		62
BIBLIOGRAPHIE.....		64
ANNEXES		

INTRODUCTION GENERALE

En l'an 2000, l'objectif 6 des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui est de « combattre le VIH le paludisme et d'autres maladies » s'était fixé entre autres cibles « D'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/sida et commencer à inverser la tendance actuelle » [4].

En effet, fléau des temps modernes, le VIH/sida constitue pour le monde en général et pour nos pays en développement en particulier, une menace pour notre sécurité et notre développement. De ce fait, aucune politique de développement durable ne peut être menée efficacement en ignorant le facteur VIH/sida [24]. Au regard de ce qui précède, il apparaît clairement que le VIH/sida constitue un obstacle majeur au développement en se fondant également sur les conclusions des études menées sur l'impact du VIH/sida [16]. En effet, les résultats de ces études ont mis en exergue les effets dévastateurs dans tous les secteurs avec une désorganisation accrue du secteur économique et des fondements sociaux.

Cependant, si l'on assiste depuis quelques années à une certaine stabilisation de l'épidémie sur la base des différents rapports émis par les acteurs de la lutte contre le VIH/sida, il n'en demeure pas moins que la maladie continue de miner lourdement les nombreux efforts entrepris pour réduire son impact sur les populations. En effet, le rapport 2008 de l'ONUSIDA [16] sur la pandémie, fait noter qu'au niveau mondial, on dénombre entre 30,3 et 36,1 millions de personnes vivant avec le VIH dont un peu plus de la moitié est représentée par les femmes et environ 2 millions d'enfants de moins de 15 ans ». En outre, le rapport estime entre 2,2 et 3,2 millions le nombre de personnes nouvellement infectées dont une moyenne de 370 000 enfants. En ce qui concerne le nombre de décès dû au VIH/sida, ledit rapport l'estime entre 1,8 et 2,3 millions de personnes, dont environ 270 000 enfants de moins de 15 ans.

En Afrique, les tendances divergent en fonction des zones géographiques et à l'intérieur d'une même zone. L'Afrique australe continue de supporter une part disproportionnée du fardeau mondial du VIH avec 35% des infections à VIH et 36% des décès dus au sida en 2007. Quant à l'Afrique subsaharienne, elle demeure la zone la plus durement touchée par le VIH au monde. Selon les estimations du rapport cité plus haut, il y a entre 1,6 et 2,1 millions de nouvelles infections, soit deux

tiers (67%) du total mondial. Trois quarts (75%) des décès dus au sida appartiennent à cette zone.

A l'instar de certains pays de l'Afrique de l'ouest, la situation en Côte d'Ivoire n'est guère reluisante en dépit des efforts consentis et qui ont contribué à la baisse du taux de prévalence passant de 4,7% en 2005[25] à 3,9% en 2008 selon le rapport 2008 de l'ONUSIDA.

En 2008, le rapport actualisé de l'ONUSIDA estime à 480 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH, à 420 000 les Orphelins et Enfants Vulnérables(OEV) du fait de l'épidémie, à 46 600 le nombre de décès dus au Sida et enfin à 51 833 de personnes sous traitement antirétroviraux (ARV).

Face à ce sombre tableau, la Côte d'Ivoire a fait de la lutte contre le VIH/sida, une priorité majeure qui s'est traduite d'abord, par une politique de prévention et aujourd'hui, par une politique de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH à travers la création d'une structure de coordination : « le Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire (PNPEC) ».

Aussi, la mise en œuvre d'un tel programme nécessite la mobilisation de plusieurs ressources notamment financières. Mais compte tenu des ressources limitées de nos Etats, les gouvernants sollicitent l'appui de l'extérieur. Cette intervention des partenaires au développement par le biais du financement de la santé dans les pays en voie de développement constitue un second souffle pour ces derniers en particulier en ce qui concerne la lutte contre le Sida. De ce fait, leur désengagement pourrait entraver l'atteinte des objectifs assignés à certains programmes. En effet, les résultats issus de l'évaluation des précédents plans stratégiques de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire (2002-2004 et intérimaire 2005) ont mis en exergue la faible mobilisation interne des ressources financières dans la mise en œuvre des différentes activités.

Le PNPEC, constituant une stratégie pertinente dans la politique de lutte contre le VIH/sida et une voie « d'amélioration » de la vie des Personnes Vivant avec le VIH, pourrait difficilement atteindre ces objectifs en cas d'une absence d'appui financier des partenaires au développement. De ce fait, il reviendrait alors à l'Etat de Côte d'Ivoire de mobiliser les ressources additionnelles pour la pérennisation des activités du programme. Une telle entreprise nécessite donc une maîtrise des activités et des

ressources financières nécessaires à leur réalisation. Tel est l'objet de cette présente étude dont le sujet est :

« CONTRIBUTION A L'ANALYSE DU FINANCEMENT DU PROGRAMME NATIONAL DE PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PNPEC) EN COTE D'IVOIRE DE 2005-2009 ».

Notre étude s'articulera autour de trois axes majeurs :

- le premier prendra en compte la politique de financement du VIH en Côte d'Ivoire ;
- le second s'intéressera au cadre opérationnel avec les missions, l'organisation et le fonctionnement du PNPEC,
- enfin le dernier axe traitera de la présentation de l'analyse et de la discussion des résultats.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

Le cadre théorique traitera de généralités sur le sujet, de la politique et du financement de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire et enfin des missions et organisations.

GENERALITES

I. Contexte général de l'étude : la Côte d'Ivoire

Située en Afrique occidentale, la Côte d'Ivoire présente des caractéristiques géographiques ressemblantes aux autres pays de la sous-région. Elle couvre une superficie de 322 462 km² et est limitée au nord par le Mali et le Burkina Faso, à l'ouest par le Libéria et la Guinée, à l'est par le Ghana et au sud par le Golf de Guinée.

La population de la Côte d'Ivoire était estimée à 20 581 770 habitants en 2007 d'après les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) [6]. Elle est caractérisée par une forte proportion de jeunes et une diversité socioculturelle qui s'est enrichie au fil des décennies grâce à l'apport de l'immigration émanant des pays frontaliers.

Le niveau d'alphabétisation est relativement faible. La population adulte sachant lire et écrire est de 53% en 2005 dont 61% d'hommes et 46% de femmes.

En 2006, les résultats de l'enquête à indicateur multiple par grappe (MICS) estimaient le taux net de fréquentation du cycle primaire à 55% et le taux de scolarisation des fillettes à 51% [5].

Son cheminement vers la démocratie moderne a débuté en 1990 avec l'avènement du multipartisme et a été émaillé d'une succession de crises sociopolitiques [13].

Au plan socio-économique, ces années de crise ont débouché sur l'aggravation du phénomène de la pauvreté. En effet, le taux de pauvreté est passé de 10% en 1985 à 48,9% en 2008 [23]. Les secteurs sociaux tels que la Santé et l'Education ont été parmi les plus affectés par cette situation. Ainsi, malgré l'engagement pris par les Chefs d'Etat africains en 2001 à Abuja, d'affecter 15% du budget de l'Etat aux dépenses de santé, la Côte d'Ivoire n'a pu excéder les 7% [3].

Dans ce contexte général marqué par la crise militaro-politique, la paupérisation des populations, la morosité économique, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH sida est restée une priorité pour l'état de Côte d'Ivoire.

Pour marquer son engagement, depuis les années 2000, plusieurs structures ont été mises en place dans le cadre de la lutte contre cette pandémie (MLS, PNPEC, PNOEV, FNLS etc.).

II. Problématique

En Côte d'Ivoire, la lutte contre le VIH/sida s'est matérialisée par l'adoption d'une politique de prise de charge des personnes vivant avec le VIH notamment avec le PNPEC et à travers l'élaboration de plusieurs plans stratégiques. La politique de prise en charge médicale coordonnée par le PNPEC passe par le Conseil et Dépistage Volontaire (CDV), la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME), l'accès aux soins, la gestion des médicaments et autres intrants, la gestion des ressources pour l'approvisionnement des médicaments et autres intrants et la mobilisation sociale. Toutes ces activités mobilisent d'énormes ressources humaines, matérielles et financières.

Cependant, il est admis que le financement de la santé des pays du sud n'est pas le seul fait de leurs ressources propres. Ils bénéficient des aides de plusieurs partenaires au développement. En effet, la part du budget total de l'Etat dépensé dans le secteur de la santé représentait en 2004 seulement 4,9% au Maroc, 7,7 % au Bangladesh, 5,5 en Colombie et 7,5 en Côte d'Ivoire [2]. En s'appuyant sur ces données, la problématique du financement pérenne des programmes de santé se pose avec beaucoup plus d'acuité d'autant plus que l'appui du financement des bailleurs s'inscrit toujours dans une optique de projet/programme ce qui entrevoit un désengagement des bailleurs et une prise en main du financement par les Etats. Si le financement du VIH/sida continue de susciter un engouement de la part des partenaires au développement, il n'est pas à écarter qu'il connaisse à l'avenir le sort contraire.

En effet, une étude menée par Kaddar Miloud sur la vaccination sous l'égide de GAVI, recommande aux Etats de sortir de la dépendance des financements extérieurs, d'examiner des opportunités pour faire des économies, de mettre en place un système de gestion orienté vers l'efficience, de renforcer la capacité au niveau national et régional à conduire des études sur le coût et le financement afin de mieux cerner les besoins de financement.[1]

Ainsi, se pose la question de l'autonomie de nos Etats et la problématique récurrente de la pérennisation des programmes. Le PNPEC nécessite donc pour sa mise en œuvre, une gestion rigoureuse des ressources financières afin de mener à bien les activités de mobilisation sociale, de conseil et dépistage volontaire, de prévention de la transmission mère enfant et de traitement et de soins des PVVIH.

Ainsi donc, comment pérenniser les activités du PNPEC ? Telle pourrait être la problématique qui guide cette réflexion. De celle-ci découle un certain nombre d'interrogations :

- Quelles sont les ressources financières nécessaires pour les activités ?
- Quelles sont les sources de financement des activités du PNPEC ?
- Quelle est l'évolution des sources de financement du PNPEC ?
- Quelle est l'évolution du financement des activités du PNPEC ?
- Quelle est la contribution des bailleurs aux activités du PNPEC ?

Ce sont autant de préoccupations que nous tenterons d'élucider à travers cette étude.

III. Justification et intérêt de l'étude

Plusieurs raisons fondent cette étude. Le VIH/sida demeure aujourd'hui une maladie non encore guérissable. Son traitement est illimité, ce qui fait d'elle une maladie chronique au même titre que le diabète et l'hypertension artérielle. De ce point de vue, la mobilisation des ressources pour les actions de prévention et de traitement demeure indispensable et doit s'inscrire dans une perspective durable. L'analyse du financement du PNPEC, structure de coordination de la prise en charge médicale des PVVIH, s'inscrit largement dans cette optique. Les résultats de l'étude fourniront des renseignements sur la contribution effective des partenaires au développement dans le cadre du financement du PNPEC. En procédant à cette analyse, nous obtiendrons probablement des informations d'ordre pratique quant à la gestion de ressources financières mobilisées et ainsi ouvrir des cadres de réflexions quant à l'épineuse problématique de l'indépendance des financements extérieurs.

En outre, la Côte d'Ivoire est engagée dans le processus d'élaboration des comptes nationaux de la santé. Les informations recueillies pourront permettre aux responsables d'avoir une idée des dépenses liées à la prise en charge médicale des

personnes vivant avec le VIH. Les résultats de l'étude pourront également fournir des informations aux planificateurs dans la programmation des interventions de lutte contre le VIH/sida.

Enfin, dans un environnement de rareté des ressources, le rôle de l'économiste de la santé est de conduire des réflexions pour une gestion efficiente des ressources financières. La rédaction du mémoire s'inscrit également dans le cadre de la deuxième partie de la formation du diplôme d'économie de la santé. Elle permet au stagiaire d'allier théorie et pratique et constitue un test pour le stagiaire dans sa future fonction d'analyste des questions liées au financement de la santé.

IV. Les objectifs

IV.1 Objectif général

Analyser le financement du PNPEC pour assurer une meilleure politique de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH.

IV.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques qui découlent de l'objectif général de l'étude sont :

- déterminer les ressources financières nécessaires pour les activités de 2005 à 2009 ;
- identifier les différentes sources de financement¹ du PNPEC de 2005 à 2009 ;
- décrire l'évolution des sources de financement du PNPEC de 2005 à 2009 ;
- décrire l'évolution du financement des activités du PNPEC de 2005 à 2009 ;

¹ Selon le REDES 2006,2007 et 2008 du MLS de la Côte d'Ivoire

-Sources de financement= entités qui fournissent des ressources aux agents financiers pour être mis en communs et distribués aux prestataires Elles peuvent être publiques, privées ou du reste du monde

-Agents financiers = entités qui reçoivent des ressources financières de différentes sources de financement et les transfèrent à d'autres agents (prestataires) qui vont à leur tour réaliser les différentes interventions (prévention, prise en charge etc.). Ils sont soit du secteur public, privé ou international

- Prestataires= entités qui fournissent une ou plusieurs interventions ou activités en réponse au VIH/sida. Ils peuvent être du gouvernement du privé et de l'étranger

- faire une analyse de la contribution de chaque source de financement aux activités du PNPEC.

IV.3 Hypothèses de l'étude

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

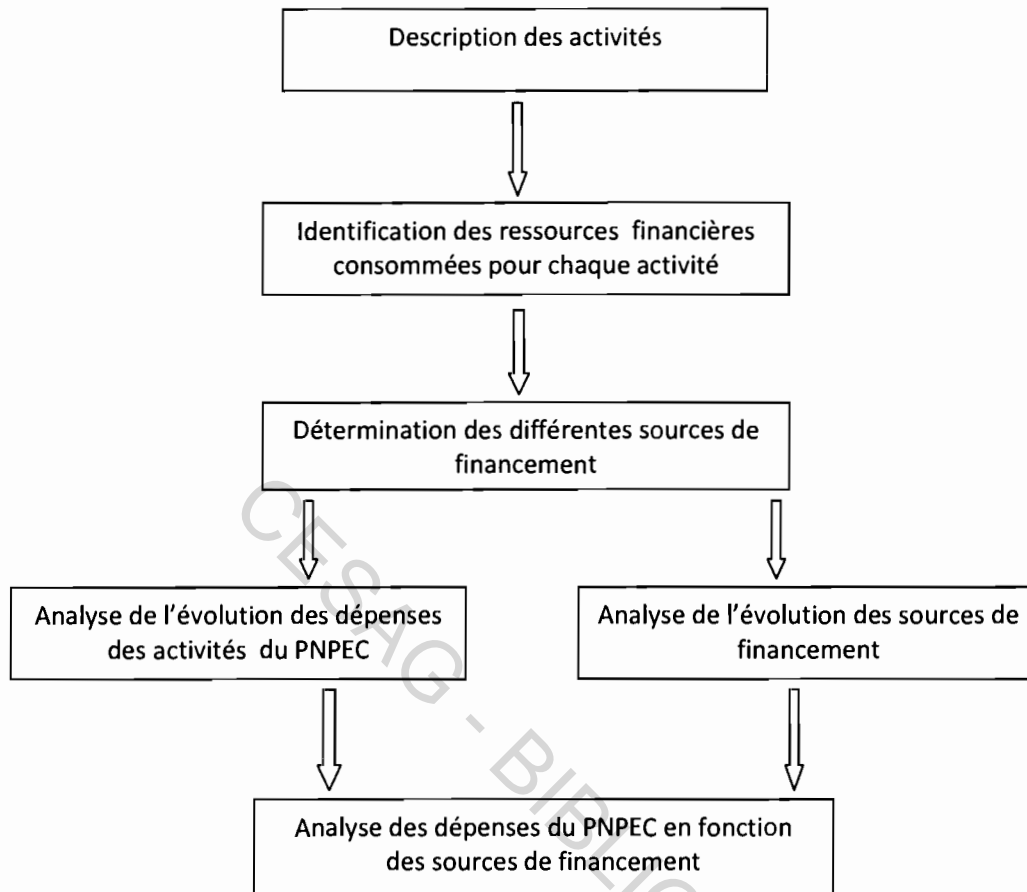
- le PNPEC est fortement dépendant de l'aide des partenaires au développement dans le cadre du financement de ses activités ;
- les financements des partenaires internationaux sont discontinus.

V. Méthodologie

V.1 Logique d'étude ou méthode d'analyse

Cette étude décrit les différentes activités menées par le PNPEC et analyse les différentes sources de financement de ces activités. Elle a donc pour objet de fournir des informations sur les activités du PNPEC, sur les financements reçus dans le cadre de ces activités, sur l'évolution des sources de financement du PNPEC, sur l'évolution des dépenses par activité du PNPEC et enfin de faire une analyse des dépenses par activité du PNPEC en fonction des sources de financement. Pour atteindre ces résultats, nous adopterons la démarche suivante :

Graphique 1 : schéma d'analyse



Source : nous-mêmes à partir de la logique d'étude

V.2 Technique de recueil des données

Il a été question de deux grandes approches : l'approche documentaire et l'approche d'enquête sous la forme d'entretien.

V.2.1 La recherche documentaire

Elle a consisté d'abord à recenser et à consulter par la suite tous les documents relatifs aux rapports d'activités aux rapports financiers. Cela a permis de cerner les domaines d'interventions du PNPEC et d'avoir une idée des différents acteurs du financement de ce programme. Nous avons également consulté les archives du Ministère de l'Economie et des Finances dans un souci de renforcement des données recueillies au niveau du PNPEC.

V.2.2 Les entretiens

Des entretiens avec l'ensemble des différents responsables ont été menés dans un cadre informel afin d'appréhender de façon approfondie toute la philosophie du PNPEC et les différentes approches de financement de ses activités. Il convient de noter tout de même que l'approche documentaire a été maintenue durant toute la période de la collecte des données.

V.3 Les limites de l'étude :

Au cours de notre travail de recherche nous avons été confrontés à plusieurs difficultés notamment :

- ❖ la disponibilité des données au niveau du PNPEC ; les deux principales raisons de ce problème sont le manque d'archivage des données et la mobilité² du personnel du programme ;
- ❖ la contrainte de temps : en raison de nos ressources limitées, nous nous étions fixés un délai de 3 mois pour la collecte des informations sur le terrain,
- ❖ le manque de coopération de certaines structures du MSPH qui nous ont renvoyé vers le service administratif et financier du PNPEC ce qui compromet le recoupement des données obtenues ;
- ❖ les informations recueillies au niveau du PNPEC ne nous ont pas permis d'utiliser l'une des classifications conventionnelles en matière de santé et / ou de lutte contre le sida telles que celles du REDES³ ou des Comptes Nationaux de la Santé (CNS).

² On entend ici par mobilité le fait que la plupart des membres du personnel dans un souci de mieux être après avoir acquis l'expérience au sein du PNPEC s'orientent vers les organisations internationales pour poursuivre leurs carrières professionnelles

³ REDES= estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le Sida

CHAPITRE 1 : Politique et financement de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire.

Ce chapitre retrace l'organisation de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire. Il s'agit de rappeler les objectifs, les stratégies, le financement engagé dans cette lutte et enfin de faire l'état des lieux de la pandémie.

I. Politique de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire

La riposte à la pandémie du VIH/sida en Côte d'Ivoire s'est traduite par deux faits majeurs à travers l'engagement de l'Etat et la mobilisation de la société civile.

I.1 Engagement de l'Etat

Face à la menace potentielle du VIH/sida dès la découverte du premier cas en 1985, l'engagement de la Côte d'Ivoire s'est traduit par plusieurs étapes. Dans un premier temps, un Bureau Central de Coordination (BCC) a été mis en place en 1987 avec l'élaboration de plan à court terme pour les périodes 1987-1989 (PMTI, II). En 1989, un Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) a été créé puis un Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) en 1992. En 1995, il a été créé un programme National de lutte contre le sida, les Infections Sexuellement Transmissibles et la Tuberculose (PNLS/IST/TUB), sous l'égide du Ministère de la Santé afin de mieux cerner la problématique de la lutte. S'appuyant sur les différentes déclarations issues des sommets d'Abuja I et de l'UNGASS sur l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien, le 21 janvier 2001, la création d'un Ministère délégué auprès du Premier Ministre spécifiquement chargé de la lutte contre le sida traduit bien la volonté politique de placer la lutte contre le sida au premier rang des priorités nationales. Cependant, la crise politico-militaire de 2002 a entravé l'atteinte des différents objectifs assignés au plan stratégique 2002-2004 dans la perspective de traduire les objectifs internationaux. C'est ainsi que face aux nouveaux défis et au regard des nouvelles orientations en matière de lutte contre le VIH/sida, un Ministère de Lutte contre le Sida (MLS) est créé en 2003, d'une part dans un souci de coordination et d'efficacité et d'autre part pour collaborer à la philosophie de la multisectorialité qui sous tend la lutte contre la maladie.

Le décret N°2003-102 du 24 avril 2003 portant attributions des membres du Gouvernement de Réconciliation Nationale, tel que modifié par le décret N°2003-398 du 24 octobre 2003 confie la tutelle de la prise en charge médicale des PVVIH au Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la population. Ainsi, le 28 décembre 2001 a été créé le Programme National de prise en Charge médicale des Personnes vivant avec le VIH par arrêté n° 411 du 28 décembre 2001 modifié par l'arrêté N° 158 /CAB/MEMSP du 06 janvier 2005, résurgence de l'ancien PNLIS [7]. Avec le processus de sortie de crise, un nouveau plan stratégique de lutte contre le VIH/sida couvrant la période 2006-2010 fut élaboré avec comme objectifs majeurs, la prévention et l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux. Cette forte implication de l'Etat a contribué à une adhésion massive des partenaires au développement avec à la clé une mobilisation financière accrue.

I.2 Engagement de la société civile

Les résultats satisfaisants enregistrés à ce jour en termes de taux de prévalence sont dus en grande partie à la mobilisation de la société civile face à la pandémie du VIH/sida. Cette mobilisation s'est manifestée à travers une émergence de plusieurs Organisations Non Gouvernementales (ONG) qui se sont investies tant dans la prévention que dans la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). A cet engagement de la société civile, il convient d'ajouter la forte mobilisation du secteur privé surtout au niveau des entreprises (Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire pour la lutte Contre le sida : CECI) qui ont adhéré massivement à la philosophie de la lutte multisectorielle en installant des comités de prévention et de prise en charge au sein des entreprises.

II. Les objectifs et les stratégies de la lutte contre le VIH

Il est question dans ce sous-chapitre de parler l'objectif national en matière de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire tel que défini dans le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida 2009-2013 et des rappeler les stratégies développés pour atteindre cet objectif.

II.1 Objectifs

Selon le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida, l'objectif poursuivi dans le cadre de la prise en charge est l'amélioration de la couverture et de la qualité des interventions de prévention et de prise en charge globale du VIH en Côte d'Ivoire d'ici 2013 ; le défi étant d'arriver à arrêter la propagation actuelle du VIH/sida afin de réduire la mortalité et la morbidité liées à cette pandémie. Les actions prioritaires à mener dans ce cadre concernent : l'intensification de la prévention et le renforcement de la prise en charge des PVVIH, l'amélioration de la coordination des activités de prise en charge des PVVIH, les activités d'IEC/CCC et de mobilisation sociale, le Conseil et Dépistage Volontaire (CDV), la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME), la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles, la sécurité transfusionnelle et sécurité des injections, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, la prise en charge axée sur le traitement et les soins palliatifs, la prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), le soutien nutritionnel des PVVIH, le soutien socio-économique et le soutien juridique.

II.2 Stratégies

En tant que cadre prioritaire d'orientation des activités de lutte contre le sida, le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida (PSN) 2006-2010 s'articule autour de sept (7) axes stratégiques d'intervention à savoir: la prévention, la prise en charge, la coordination, le suivi-évaluation, le renforcement des capacités, le financement et la recherche opérationnelle. Chacun de ses axes stratégiques se décline en domaines d'actions prioritaires.

A titre illustratif, pour le financement, la revue des Plans Stratégiques 2002-2004 et Intérimaires 2005 a montré une bonne mobilisation des ressources pour le financement des différentes activités de lutte contre le VIH/sida en Côte. En effet, 81% du financement prévu a pu être mobilisé grâce aux efforts conjugués du Gouvernement et de ses Partenaires. Cependant, deux grands problèmes ont été identifiés : la faible mobilisation des ressources internes et l'insuffisance de coordination des ressources.

Au niveau de la mobilisation des ressources internes, l'on a noté une faible participation de l'Etat et des entreprises malgré l'existence de dispositions légales accordant des avantages fiscaux aux entreprises qui financent des interventions de

lutte contre le VIH/sida [23]. En ce qui concerne la coordination des ressources, la revue a montré une insuffisance de suivi des ressources des bailleurs. A cela s'ajoutent les difficultés d'obtention des informations financières relatives aux activités de certains partenaires.

Ainsi donc, dans le PSN 2006-2010, l'accent est mis sur l'amélioration de la coordination et le renforcement de la mobilisation des ressources. Il a également été proposé l'élaboration d'un Plan de pérennisation du Financement tenant compte de la fin de certains projets.

III. Situation de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire

Les domaines d'activités pris en compte sont le Conseil Dépistage Volontaire (CDV), la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) et la Prise en charge thérapeutique (PEC).

En 2008, on dénombrait 378 sites pour le CDV, 358 sites pour la PTME et 359 sites pour la PEC.

Le nombre de districts sanitaires offrant une couverture était de 51 soit 71% pour le CDV, 69 soit 83% pour la PTME et de 48 soit 67% pour la PEC [14].

On dénombrait 31 944 clients VIH+ (personnes qui ont fait le test de VIH et qui sont déclarées positives), 12 718 femmes enceintes séropositives, 9296 femmes enceintes ayant bénéficié d'une thérapie antirétrovirale pour réduire la transmission de la mère-enfant, 4743 le nombre de femmes enceintes ayant reçu une dose ARV pour leur enfant et 51 820 le nombre de patients actifs sous ARV à la fin de l'année.

En Cote d'Ivoire, on assiste à une forte féminisation de la pandémie; le taux de prévalence étant de 6,4% chez les femmes contre 2,9% chez les hommes. La séroprévalence en milieu rural est estimée à 4,1% contre 5,4% en milieu urbain. Les pôles économiques du Centre-Est (5.8%), du sud (5.5%) et de la ville d'Abidjan (6.1%) sont les plus touchés [24].

Les causes de la propagation du VIH résident dans le multi partenariat sexuel, dans la précocité des rapports sexuels, dans le faible niveau de connaissance des populations et de perception du risque sur le VIH, dans la persistance des inégalités du genre et de certaines pratiques culturelles telles que l'excision, le tatouage, le piercing, le lévirat, le sororat.

Les groupes les plus exposés au VIH sont les jeunes ayant leur premier rapport sexuel entre 15 et 17 ans, les femmes adultes victimes d'abus et de violence sexuels (30-34 ans), les couples sérodiscordants, les professionnels du sexe.

La co-infection VIH/tuberculose varie de 42 à 49 % selon les études. Depuis l'avènement de l'infection à VIH, on note une progression de 10 % des cas de tuberculose chaque année. La tuberculose constitue la principale cause de décès et d'infection opportuniste chez les personnes vivant avec le VIH/sida avec respectivement une prévalence de 32% et 36%.

IV. Financement de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, les ressources mobilisées et dépensées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, pour les années 2006, 2007 et 2008 provenaient de trois principales sources : l'Etat, le secteur privé et les partenaires au développement. En 2006, 21,5 milliards de F CFA ont été consentis pour la lutte contre le VIH/SIDA, 33,3 milliards de F CFA en 2007 et 31,3 milliards. Ce qui fait un total de 86 150 000 000 F CFA sur cette période. La contribution des partenaires au développement sur ces trois années s'élevaient à 75,1 milliards soit 87,22% du montant total démontrant ainsi la forte dépendance extérieure du financement de la lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire. Ces fonds internationaux étaient respectivement suivis par les fonds publics de 9,01% et les fonds privées à hauteur de 3,77%.

Ces financements ont servi essentiellement à la prise en charge de trois catégories de dépenses ou d'interventions. Il s'agit de la prise en charge des soins et traitements, de la prévention ainsi que de l'administration et de la gestion des programmes. En 2006 et 2007, les ressources et les dépenses consacrées à la lutte contre les IST et le VIH sida représentaient respectivement 0,41% et 0,63% du PIB soit une légère hausse dans la part des dépenses du sida dans le PIB [9]. En Côte d'Ivoire, les budgets du Ministère de la Lutte contre le Sida (MLS) et du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) destiné au Programme de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida des années 2005, 2006, 2007, 2008 et 2009 [8] sont indiqués comme suit :

Tableau 1 : Budget de l'Etat pour le programme de prise en charge des PVVH et du MLS de 2005-2009

Titre3 : dépenses d'investissement (en milliers de francs CFA)	Autorisation d'engagement/crédit de paiement (2005)	Autorisation d'engagement/crédit de paiement (2006)	Autorisation d'engagement/crédit de paiement (2007)	Autorisation d'engagement/crédit de paiement (2008)	Autorisation d'engagement/crédit de paiement (2009)
21-immobilisations incorporelles	NR	NR	NR	15000	10000
23-immubles	NR	NR	NR	27000	17000
24-meubles	4000	0	6500	14650	12650
61-dépenses de personnel	12180	6480	17366	42071	32471
62-achats de biens et services	28020	0	48700	52000	40000
69-provisions et imprévues	0	55500	0	NR	NR
652-centres de santé urbains	0	80000	0	NR	NR
656-centres de santé ruraux	0	41000	0	NR	NR
67-prévoyance sociale	NR	0	50000	72895	33895
> Famille et promotion de la femme					
> Promotion des jeunes	NR	NR	NR	97802	64802
Total section 24 :	10510592	11242889	16561173	20364938	23149088
MSPH :					
> Autorisation de crédits					
> Crédits de paiement	10811956	11290861	16596417	20364938	23149088

Source : nous-mêmes à partir des données de l'ordonnance portant budget de l'Etat de 2005, 2006, 2007, 2008 et 2009 (MEF de Côte d'Ivoire) [9].

ND : non disponible

NR : non renseigné

Titre3 : dépenses d'investissement (en milliers de francs CFA)	Autorisation d'engagement/crédit de paiement (2005)	Autorisation d'engagement/crédit de paiement (2006)	Autorisation d'engagement/crédit de paiement (2007)	Autorisation d'engagement/crédit de paiement (2008)	Autorisation d'engagement/crédit de paiement (2009)
Appui institutionnel au MLS	229 741	202 411	NR	NR	NR
Enquêtes sur les indicateurs du sida	ND	20 070	40 000	NR	NR
Lutte contre le sida	ND	21 2000	21 2000	110 500	167 600
Appui à la décentralisation de la lutte contre le sida	ND	0	118 000	NR	NR
Projet multisectoriel de lutte contre le sida	ND	NR	NR	1 500 000	1 430 000
Projet prévention et prise en charge IST/VIH/SIDA des professionnelles su sexe				13 700	13 700
TOTAL SECTION MLS	ND	434 481	358 100	1 624 200	1 508 700

L'analyse et le traitement des données de la section 24 du tableau n° 1 nous ont permis de dégager la proportion que représente la subvention du PNPEC sur l'allocation budgétaire du MSHP sur la période 2005-2009. Ainsi, en 2005 la subvention du PNPEC représentait 1,069% en Autorisations d'Engagement (AE) et 1,108 %en Crédit de Paiement (CP). En 2006, c'est 0,608% en AE et 0,606 en CP. En 2007, nous avons enregistré une hausse de la proportion de la subvention du PNPEC sur l'allocation du MSHP qui était de 1,083% en AE et à 1,082 en CP. La hausse observée l'année antérieure s'est accentuée en 2008 avec 2,358% aussi bien en AE et en CP. Enfin en 2009, nous avons enregistré 2,125% en AE et 1,693 en CP.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 2 : Missions, organisation et fonctionnement du PNPEC.

Dans ce chapitre, il est question du cadre opérationnel de notre étude : le Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH (PNPEC) dont nous présentons les missions, l'organisation et le fonctionnement

I. Missions et organisation du PNPEC

I.1 Missions du PNPEC

Le PNPEC a été créé par arrêté n°411 du 23 Décembre 2001, complété par l'arrêté n°035 du 26 Janvier 2004 définissant les services et attributions des chefs de service et modifié par l'arrêté n°169 du 21 Juin 2007 portant organisation et fonctionnement puis par l'arrêté n°072/MSHP du 11 avril 2008 portant réorganisation du PNPEC.

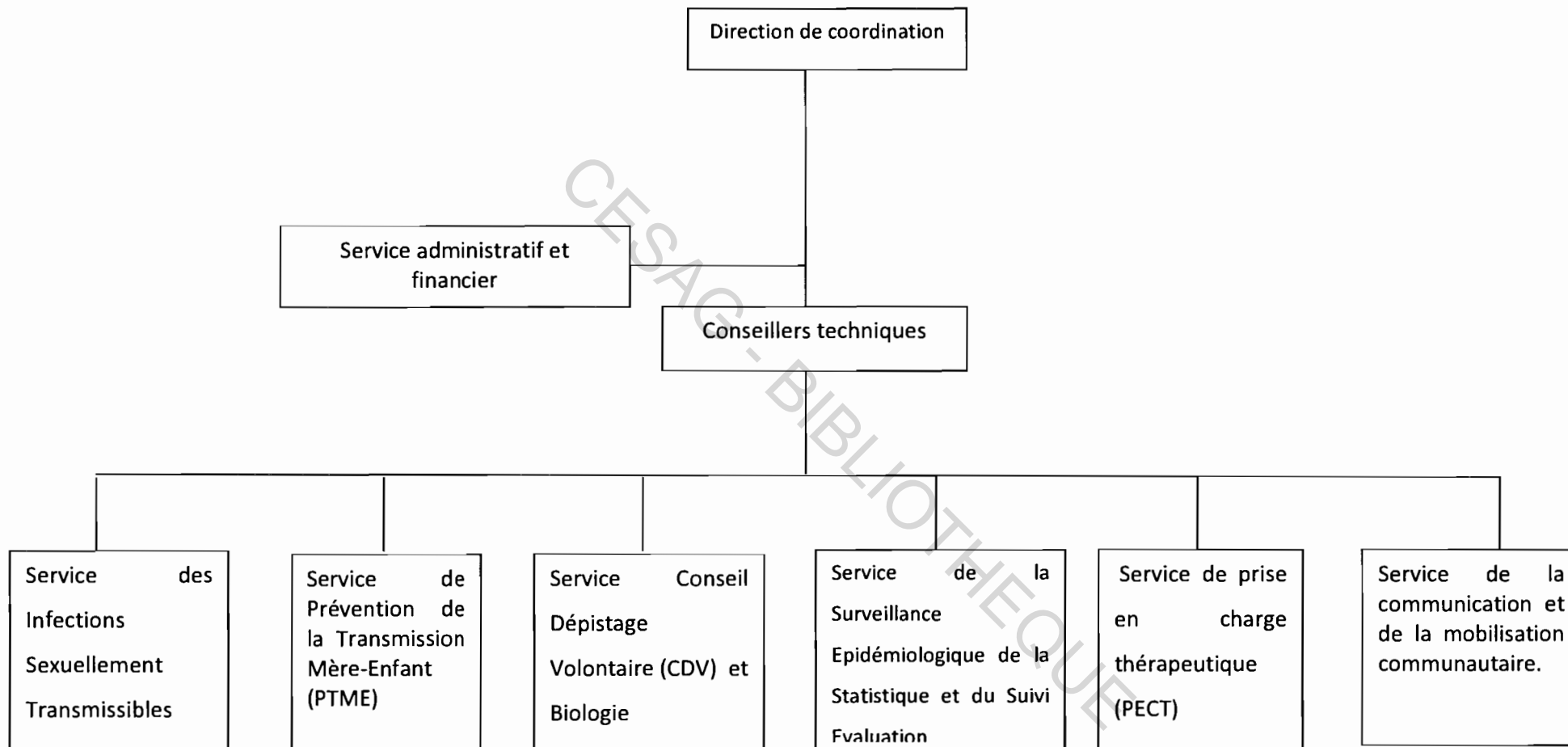
Le PNPEC a pour missions de :

- coordonner les activités relevant du volet sanitaire de la lutte contre les IST/VIH/sida,
- contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux IST/VIH/sida par des activités de type promotionnel, préventif, curatif et de recherche.

I.2 Organisation du PNPEC :

I.2.1 Organigramme

Graphique 2 : Organigramme fonctionnel du PNPEC



Source : nous-mêmes à partir du constat du fonctionnement du PNPEC

I.2.2 Fonctionnement du PNPEC [10]

Le PNEC est dirigé par un Directeur Coordonnateur secondé par un directeur coordonnateur adjoint. Ils sont aidés de sept (7) chargés d'études qui ont la charge les services suivants :

- le service des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ;
- le service de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) ;
- le service Conseil Dépistage Volontaire (CDV) et Biologie ;
- le service de la Surveillance Epidémiologique de la Statistique et du Suivi Evaluation ;
- le service de prise en charge thérapeutique (PECT) ;
- le service administratif et financier ;
- le service de la communication et de la mobilisation communautaire.

Sous la conduite de la Direction de la Santé Communautaire(DSC) du MSHP, le Directeur Coordonnateur du PNPEC est responsable de l'animation et de l'atteinte des objectifs du programme. A ce titre, il est chargé de :

- conduire l'élaboration des plans stratégiques et autres outils de gestion de programme ;
- faire valider le plan opérationnel d'activités annuelles et autres outils de gestion de programme ;
- coordonner la mise en œuvre des activités découlant du plan d'activités ;
- déterminer les besoins du programme et veiller à leur satisfaction ;
- suivre et évaluer les activités du programme en liaison avec tout autre service du ministère de la santé, ayant cette compétence ;
- élaborer les rapports d'activités trimestrielles et annuelles

L'administration, l'animation et l'appui scientifique du PNPEC sont assurés par la direction de coordination du programme et le groupe scientifique d'appui (GSA).

Le GSA est un groupe d'experts nommés par arrêté du Ministre en charge de la santé sur proposition du directeur coordonnateur. Il appuie la mise en œuvre du PNPEC, la finalisation des outils de gestion élaborés par la direction de coordination du programme.

Le PNPEC se réunit une fois par semaine et autant de fois que possible sur convocation du directeur coordinateur. Le Directeur Coordinateur participe avec ses collaborateurs aux rencontres avec les différents partenaires. Le programme peut recourir aux services de consultants spécialistes moyennant rémunération. Il est établi tous les 3 mois un rapport d'activités sur le fonctionnement du programme adresser à la Direction de la Santé Communautaire (DSC). Il est établi à la fin de chaque année un rapport annuel d'activités sur le fonctionnement du programme adressé au ministre en charge de la santé.

Pour mener à bien ses missions, le PNPEC collabore régulièrement aussi bien avec des structures nationales et internationales.

I.3 Relations du PNPEC avec les structures du MSHP et les partenaires au développement

I.3.1 Relations avec les autres structures du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

Au niveau du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le PNPEC travaille fréquemment avec d'autres structures notamment : la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction de la Planification et de l'Evaluation (DIPE), la Direction des Infrastructures de l'Equipeement et de la Maintenance (DIEM), la Direction des Ressources Humaines (DRH), la Direction de la Formation et de la Recherche (DFR), le Programme National de Nutrition (PNN), le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), le Programme National de Lutte de Tuberculose (PNLT) et la Pharmacie de la Santé Publique (PSP).

I.3.2 Les partenaires de mise en œuvre du PNPEC

On entend par partenaires de mise en œuvre, les ONG internationales ou nationales qui en collaboration avec les agents de santé des structures de santé offrent les activités de lutte contre les IST/VIH/sida.

Les principaux partenaires de mise en œuvre du PNPEC sont :

➤ **CARE International : *Cooperative for Assistance and Relief Everywhere***

Elle participe à la prise en charge communautaire, aux soins, aux soutiens (soutiens psychologique, médicale, juridique nutritionnel et éducatif) à l'accompagnement thérapeutique, à l'observance du traitement. Elles travaillent avec des ONG locales notamment IDE Afrique, Afrique Espoir.

➤ **ICAP: International Center for Aids Care and Treatment Programs**

Elle contribue à la PTME, à la prise en charge pédiatrique aux CDV, à la lutte contre les IST et à la prise en charge médicale.

➤ **EGPAF: Elisabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation**

Elle contribue à la PTME, à la prise en charge pédiatrique aux CDV, à la lutte contre les IST et à la prise en charge médicale.

➤ **ACONDA-VS (il s'agit d'une ONG nationale)**

Elle contribue à la PTME, à la prise en charge pédiatrique aux CDV, à la lutte contre les IST et à la prise en charge médicale.

➤ **HAI : HIV/AIDS Alliance (ex Alliance Internationale)**

. Elle contribue à la PTME, à la prise en charge pédiatrique aux CDV, à la lutte contre les IST et à la prise en charge médicale.

➤ **PATH: Program for Appropriate Technology in Health**

Elle participe à l'alimentation et à la nutrition des PVVIH

➤ **ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau**

Son champ d'intervention est le milieu carcéral. C'est une ONG française qui participe aux activités de CDV, de prise en charge médicale.

➤ **UNITAID**

Elle contribue à l'extension de l'accès au traitement pour le VIH/sida le paludisme et la tuberculose, essentiellement pour les populations des pays à faible revenu, en obtenant une baisse des prix de produits diagnostiques et médicaments de qualité et en accélérant le rythme de leur mise à disposition. Elle participe surtout à l'approvisionnement en ARV pédiatriques.

➤ **FHI: Family Health International**

Elle intervient au niveau des Populations Hautement Vulnérables (Professionnels du sexe, les MSM, les lesbiennes etc.) dans le milieu du travail c'est-à-dire lutte contre le sida au niveau des entreprises.

➤ **Measure Evaluation-JSI/M&E (Monitoring and Evaluation)**

C'est un projet financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), pour la mise au point et l'application de méthodes de suivi et d'évaluation des programmes de population. Il intervient dans le renforcement du système national d'information sanitaire (suivi-évaluation). Elle bénéficie de financement du PEPFAR.

I.4 Activités du PNPEC

La réalisation des missions passe par l'exécution d'activités que nous avons regroupées en fonction des responsabilités du PNPEC et par souci de présentation, selon la classification ci-après :

- ❖ les activités de gestion de programme (elles renferment toutes les dépenses qui ont été engagées dans le cadre de fonctionnement et de l'investissement du PNPEC (**GP**) ;
- ❖ les activités d'élaboration de documents normatifs (politique nationale, normes directives nationales, guides nationaux de prise en charge, formation etc. (**EDN**) ;
- ❖ les activités de définition de politique nationale de prise en charge médicale des PVVIH et de planification des interventions de lutte contre IST/VIH/sida (**DPNP**) ;
- ❖ les activités de décentralisation et intégration des soins au niveau de la pyramide sanitaire et de mise en place des structures de prise en charge (**DIS**) ;
- ❖ les activités de supervision des activités de prise en charge médicale/ et de suivi et évaluation des différentes interventions de la prise en charge médicale (**SSP**) ;
- ❖ les activités de renforcement des capacités du personnel et de formation des formateurs(**RCP**) ;
- ❖ les activités de représentation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
- ❖ les activités de mobilisation de ressources

Observations :

- ❖ *N'ayant pas eu assez d'informations la concernant, la dernière activité ne sera pas prise en compte dans nos tableaux et analyses.*
- ❖ *Le financement du PNPEC que nous avons relevé au cours de notre étude concerne exclusivement les ressources fournies au dit programme sous la forme financière.*
- ❖ *Les activités de représentation du MSHP sont transversales puisque le PNPEC répond au nom du MSHP pour les questions relevant de son mandat.*

I.4.1 Présentation des différentes activités du PNPEC

I.4.1.1 Les activités de gestion de programme : (GP)

Elles renferment toutes les dépenses qui ont été engagées dans le cadre de fonctionnement et de l'investissement du PNPEC. Il s'agit ici de tout ce qui est nécessaire pour la bonne marche d'une telle structure : location des locaux, achat de matériel bureautique et informatique, mobilier etc.

I.4.1.2 Activités d'élaboration de documents normatifs (politique nationale, normes directives nationales, guides nationaux de prise en charge, formation etc. (EDN)

Ces activités ont pour seul objectif d'élaborer tous les documents de référence au niveau national de lutte contre les IST/VIH/sida (guide de formation, document de politique nationale etc.)

I.4.1.3 Activités de définition de politique nationale de prise en charge médicale des PVVIH et de planification des interventions de luttés contre les IST/VIH/sida (DPNP)

Ces activités ont pour but de définir les orientations nationales conformément aux normes internationales et à la spécificité du pays en matière de lutte contre les IST/VIH/sida notamment le CDV à l'initiative du prestataire, les schémas thérapeutiques et de faire les planifications annuelles, stratégiques (ou quinquennales) des interventions de lutte contre les IST/VIH/sida.

I.4.1.4 Activités de décentralisation et intégration des interventions au niveau de la pyramide sanitaire et de mise en place des structures de prise en charge (DIS)

Ces activités ont pour objectif principal d'améliorer la couverture nationale de la prise en charge médicale des PVVIH et ce dans les différents domaines programmatiques que sont : la PTME, les IST, la CDV/biologie, la PEC thérapeutique par les ARV y compris la co-infection TB/VIH.

I.4.1.5 Activités de supervision des activités de prise en charge médicale et de suivi et évaluation des différentes interventions de la prise en charge médicale (SSP)

Ces activités de supervision des activités de prise en charge médicale et de suivi et évaluation des différentes interventions de la prise en charge médicale sont essentielles pour améliorer la qualité des prestations et soins des PVVIH. Elles permettent au niveau central de disposer d'informations sur les difficultés et progrès dans la mise en œuvre des activités en vue de prendre des mesures correctrices. Ces activités ont pour objectif général d'améliorer l'offre de service de prise en charge globale des PVVIH et de façon spécifique :

- d'inventorier les offres de soins (PEC / ARV, PTME, CDV, PEC des IST) ;
- d'identifier les ressources humaines (personnel administratif, médecins, infirmiers sages-femmes, aides soignants, conseillers communautaires, bio technologues, biologistes, pharmaciens et autres) ;
- d'évaluer le plateau technique des centres de références et des structures satellites au niveau des districts ;
- de tester les grilles de supervision ;
- de diffuser les outils de collecte nationaux et les documents de politique, normes et directives si besoin ;
- et de sensibiliser les ECD à l'élaboration d'un micro plan des interventions VIH/sida et mettre à disposition le canevas de micro planification pour l'élaboration de ces micros plans.

Enfin, ces activités permettent également de faire l'analyse des résultats du rapport annuel, présenter les indicateurs de qualité, d'échanger sur le niveau de réalisation des enquêtes de la surveillance et évaluer les difficultés rencontrées par les responsables de suivi-évaluation et de la surveillance dans l'exercice de leur fonction.

I.4.1.6 Les activités de renforcement des capacités du personnel / formation des formateurs (RCP)

Les activités de renforcement des capacités du personnel / formation des formateurs (RCP) visent à :

- renforcer les compétences des acteurs clés dans la mise en œuvre des activités VIH/sida (CDV/biologie, PTME, IST etc.) et du Système d'Information Sanitaire ;
- former un pool de formateurs à la méthodologie de la supervision du niveau central vers les districts sanitaires et les établissements sanitaires ;
- renforcer les capacités managériales du staff du PNPEC.

Ces activités devraient également permettre de développer un potentiel d'action dans le pays, d'établir la tendance rétrospective de la prévalence du VIH, d'apporter un appui aux ECD pour faire l'analyse situationnelle, d'orienter les ECD à l'élaboration de micros plans et de finaliser les micros plans de lutte contre le VIH/sida élaborés par les districts.

Enfin, elles contribuent à renforcer la collaboration dans la lutte contre VIH en rapprochant des chercheurs d'horizons diverses à travers la mise en commun des connaissances, favoriser une plus grande contribution des partenaires dans le domaine de la recherche et faire des recommandations fortes pour faire avancer la recherche dans le VIH.

Le cadre théorique nous a permis de présenter brièvement la Côte d'Ivoire, de poser la problématique, la justification, l'intérêt et les objectifs de notre étude. Ensuite, après la méthodologie, nous avons présenté de la politique de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire, les objectifs et les stratégies de cette lutte, l'état actuel de la situation de la pandémie et le financement de sa lutte en Côte d'Ivoire. Enfin, nous avons présenté le PNPEC à travers les missions qui lui sont assignées, son organisation, son fonctionnement et ses activités.

**DEUXIEME PARTIE :
CADRE
OPERATIONNELLE**

Le cadre opérationnelle traitera dans un premier temps de la présentation des résultats de notre étude et de l'analyse de ces résultats. Enfin dans un second temps il s'agira de la discussion des résultats obtenus et de recommandations qui émaneront de notre travail.

CHAPITRE 3 : Présentation, analyse et discussion des résultats

Il s'agit dans ce chapitre de présenter les résultats de notre étude de les analyser et de discuter les tendances qui se découlent de l'analyse.

I. Présentation et analyse des résultats

I.1 Description de l'évolution du financement total du PNPEC de 2005-2009.

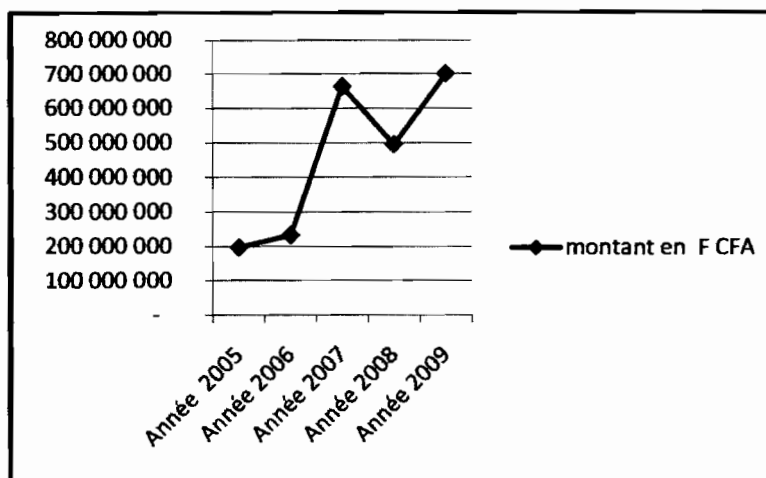
Tableau n° 2 : financement total du PNPEC de 2005 à 2009

Année	2005	2006	2007	2008	2009	Total général
Total annuel des financements en F CFA	196 894 354	233 301 881	662 726 225	494 602 803	699 840 363,5	2 287 365 626,5
Pourcentages	9%	10%	29%	22%	30%	100%

Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

En s'appuyant sur le tableau n° 2 , sur la période couverte par notre étude, le PNPEC a engagé une dépense total de 2 287 365 626,5 F CFA. Le maximum se situant en 2009 avec 699 840 363,5 F CFA soit 29% du montant total.

Graphique n°3 : évolution du financement total du PNPEC de 2005- 2009



Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

Le graphique 3 nous révèle que le financement total reçu par le PNPEC a une tendance à la stabilisation de 2005 à 2006 ; puis il augmente fortement entre 2006 et 2007 avec plus de 600 000 000 F CFA (presque le triple de l'année antérieure). En 2008, il y a une baisse d'environ 100 000 000 F CFA par rapport à l'année précédente. Quelle pourrait en être la cause ? Enfin en 2009, on note une nouvelle hausse du financement total du PNPEC avoisinant les 700 000 000 F CFA.

I.2 Analyse des sources de financement du PNPEC de la période 2005-2009

Les différentes sources de financement du PNPEC que nous avons pu répertoriées sont : l'Etat, le PEPFAR, l'OMS, l'UNICEF, le Fonds Mondial, la Banque Mondiale, APHL et MSF Hollande. Cependant, il convient de noter que la contribution de ces différents agents est intervenue à différentes périodes comme l'indique le tableau ci après.

Tableau n°3 : répartition du financement du PNPEC suivant les sources de financements de 2005 -2009 (en F CFA)

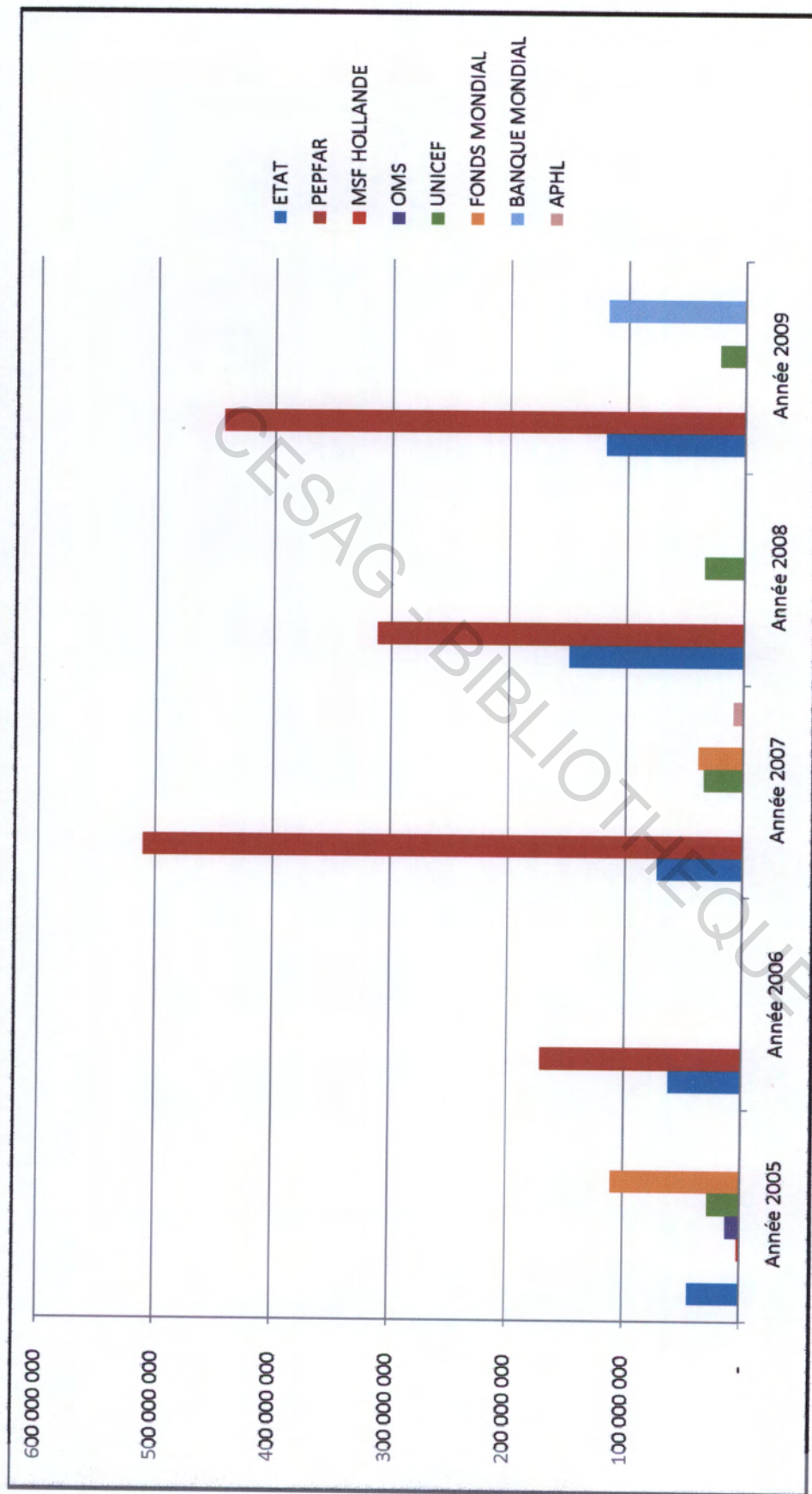
SOURCE	Année 2005		Année 2006		Année 2007		Année 2008		Année 2009		Total Général		
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	
ETAT	44 156 610	22%	61 890 000	27%	72 566 000	11%	148 710 500	30%	118 120 500	17%	445 443 610	19%	
Reste du Monde (RDM)	PEPFAR	-	0%	171 411 881	73%	510 496 294	77%	312 023 803	63%	443 317 778,5	63%	1 437 249 756,5	63%
	MSF HOLLANDE	2 350 942	1%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	2 350 942	0%
	OMS	11 919 500	6%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	11 919 500	1%
	UNICEF	28 049 179	14%	-	0%	33 347 300	5%	33 868 500	7%	21 531 500	3%	116 796 479	5%
	FONDS MONDIAL	110 418 123	56%	-	0%	38 205 931	6%	-	0%	-	0%	148 624 054	6%
	BANQUE MONDIALE	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	116 870 585	17%	116 870 585	5%
	APHL	-	0%	-	0%	8 110 700	1%	-	0%	-	0%	8 110 700	0%
TOTAL	196 894 354	100%	233 301 881	100%	662 726 225	100%	494 602 803	100%	699 840 363,5	100%	2 287 365 626,5	100%	

Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

Le tableau 3, nous dévoile le classement par ordre décroissant des sources de financement du PNPEC de 2005 à 2009 :

- le PEPFAR avec 1 437 249 756,5 F CFA soit 63% ;
- l'Etat avec 445 443 610 F CFA soit 19% ;
- le Fonds Mondial avec 148 624 054 F CFA soit 6% ;
- la Banque Mondiale avec 116 870 585 F CFA soit 5% ;
- l'Unicef avec 116 796 479 F CFA soit 5% ;
- l'OMS avec 11 919 500 F CFA soit 1% ;
- APHL avec 8 110 700 F CFA avec un taux négligeable ;
- MSF Hollande avec 2 350 942 F CFA avec un taux négligeable.

Graphique n°4 : Evolution sur la période 2005-2009 de différentes sources de financement



Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

Le graphique n°4 ci-dessus révèle que la contribution des différentes sources de financements évolue en dents de scie. Il nous permet de voir que le financement des activités du PNPEC est largement tributaire de l'extérieur, ce qui devrait attirer l'attention du PNPEC et de l'Etat en particulier pour trouver des solutions au financement du Programme National la Prise En Charge médicale des personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire. Il permet également de voir les sources de financement « régulières⁴ » c'est-à-dire celles sur lesquelles on pourrait s'appuyer pour perpétuer les activités du PNPEC. Ainsi comme sources « régulières », nous avons l'Etat, le PEPFAR et l'UNICEF ; comme sources « irrégulières » nous avons le Fonds Mondial, l'OMS, MSF Hollande l'APHL et la Banque Mondiale. Hormis le Fonds Mondial qui a contribué au financement des activités du PNPEC sur 2 ans, les autres sources irrégulières sont intervenues pendant une année autrement dit de manière « ponctuelle ».

La question fondamentale à se poser est de savoir si le financement des activités du PNPEC par les partenaires est orienté par les priorités dudit programme ou se fait selon les orientations des partenaires.

L'Etat

Le graphique 4 nous montre que de 2005 à 2007, l'apport de l'Etat a connu une légère hausse (44 156 610 à 72 566 000 F CFA) jusqu'en 2008 où il a atteint un pic de 148 710 500 F CFA (soit un taux d'accroissement⁵ de + 33%) avant de descendre légèrement en 2009 sans passer en deçà de la barre des 100 000 000 F CFA.

Il est bon de rappeler que le financement de l'Etat correspond à la contribution nationale étant donné qu'elle est l'unique source de financement nationale du PNPEC. En effet, dans le financement des activités du PNPEC, il n'y a pas d'interventions directes des entreprises privées ni des ménages.

⁴ On entend par source de financement « régulière » celle qui apporte un financement au programme au moins pendant deux années successives contrairement à une source dite « irrégulière » qui apporte un financement au programme sur une année ou des années non successives.

⁵ Taux d'accroissement= (montant année 2 – montant année 1/ montant année 1)* 100

Le PEPFAR

L'analyse du graphique 4, nous montre que c'est à partir de l'année 2006 que le partenariat entre le PNPEC et le PEPFAR a démarré. Sur la base des résultats, le soutien financier du PEPFAR a connu une évolution en dents de scie durant les quatre années. Elle passe de 171 411 881 F CFA en 2006, à 510 496 294 F CFA en 2007, à 312 023 803 F CFA en 2008 et à 443 317 778 F CFA en 2009. 2007 fut l'année où le PNPEC a bénéficié du plus grand apport financier du PEPFAR (environs le triple de la somme de 2006). Quelles pourraient être les raisons de la baisse de l'apport du PEPFAR en 2008 ?

L'UNICEF

En ce qui concerne la contribution de l'UNICEF, les données du tableau n° 3, indiquent que le financement de l'UNICEF a été relativement constant sur 3 années, gravitant autour des 30 000 000 F CFA (2005, 2007 et 2008). Mais en 2009, il a enregistré une baisse passant de 33 688 500 F CFA en 2008 à 21 531 500 F CFA en 2009 (soit une baisse de -36%). Qu'est ce qui pourrait expliquer la non intervention de l'UNICEF au financement des activités du PNPEC en 2006 ?

Le Fonds Mondial

Le soutien du Fonds Mondial aux activités du PNPEC durant les deux années d'intervention (2005 et 2007) s'élève à 148 624 054 F CFA et a connu une baisse entre ces deux années passant de 110 410 123 F CFA (74% de son apport total sur la période) en 2005 à 38 205 331 F CFA (26% de son apport total sur la période) en 2007 soit une baisse de -65,39%. Qu'est ce qui pourrait expliquer l'absence du Fonds Mondial en 2006, 2008 et 2009 au financement des activités du PNPEC ?

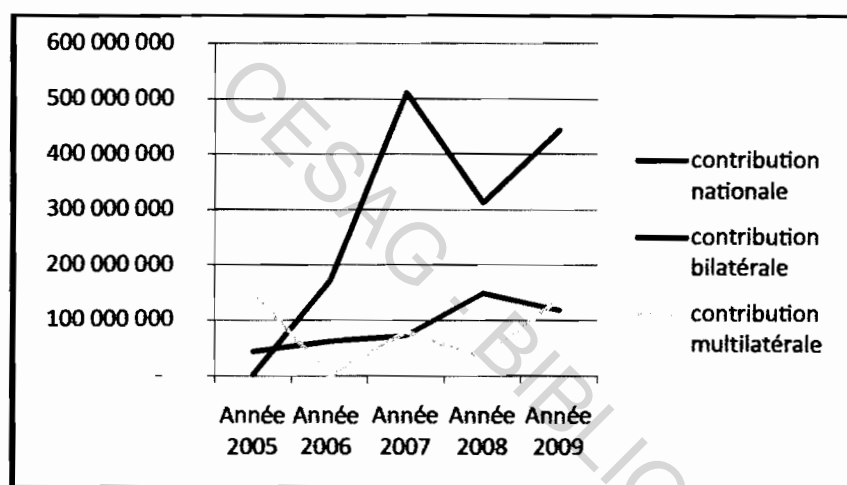
Enfin, les autres sources de financements sont intervenues de manière ponctuelle. L'OMS et MSF Hollande sont intervenus en 2005 avec respectivement 11 919 500 F CFA et 2 350 942 F CFA. C'est en 2007 qu'APHL a financé les activités du PNPEC avec 8 110 700 F CFA. Enfin la Banque Mondiale dans le cadre de son Plan d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PUMLS) a apporté un financement au PNPEC à hauteur de 116 870 585 F CFA en 2009.

A partir des constats ci-dessus, on peut donc dire que notre deuxième hypothèse est vérifiée c'est-à-dire que les financements extérieurs sont discontinus.

Les sources de financement du PNPEC peuvent aussi être regroupées en contribution nationale (Etat), contribution bilatérale (MSF Hollande et PEPFAR) et la contribution multilatérale (OMS, Fonds Mondial, APHL et Banque Mondiale).

La contribution nationale s'élève à 445 443 610 F CFA soit 19% du financement total reçu par le PNPEC sur la période 2005-2009. Les contributions bilatérale et multilatérale sont respectivement de 1 439 600 698,5 F CFA (soit 63%) et de 402 321 318 F CFA (soit 18%).

Graphique 5 : Evolution des différents types de contribution au financement du PNPEC de 2005-2009



Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

Le graphique 5 nous montre que la plus grande part du financement des activités du PNPEC est fournie par la contribution bilatérale suivie de la contribution nationale (Etat) et la contribution multilatérale.

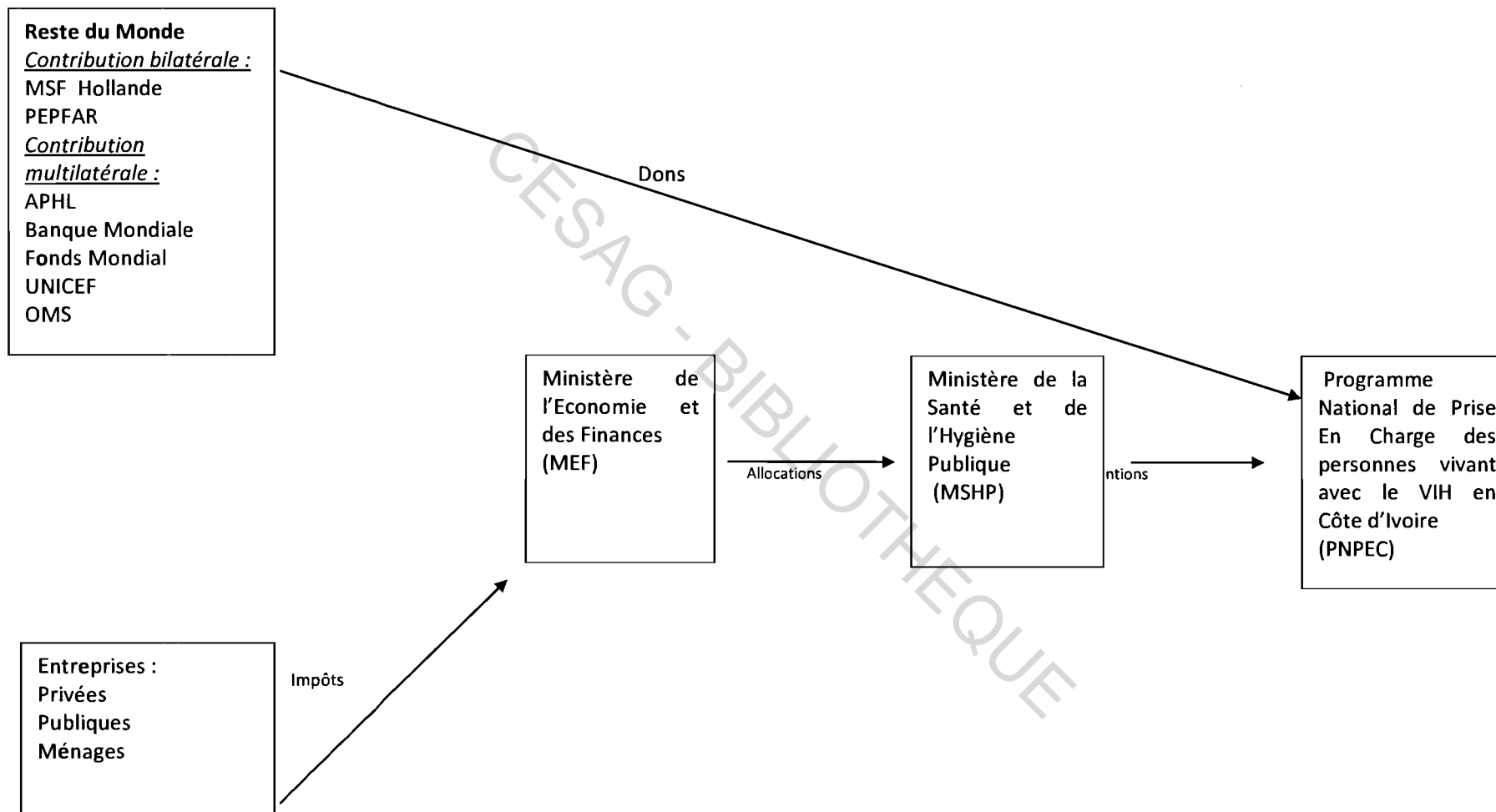
La contribution bilatérale a commencé en 2005 très faiblement et a évolué de manière irrégulière de 2006 jusqu'en 2009 avec une forte hausse de 2006 à 2008 puis une baisse entre 2008 et 2009.

La contribution multilatérale a une progression variable sur la période de l'étude avec les sommes les plus importantes en 2005 : 150 386 802 F CFA(37% du total de cette contribution) et 2009 : 138 321 318 F CFA (34% du total de cette contribution).

En 2005, la contribution bilatérale était le seul fait de MSF hollande mais de 2006 à 2009 son financement est entièrement constitué de fonds apportés par le PEPFAR (coopération ivoiro-américaine).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Graphique n° 6: Schéma du dispositif de financement du PNPEC



Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

Le graphique 6 nous permet d'apprécier le dispositif de financement du PNPEC.

Le financement du PNPEC issu du reste du Monde (contribution bilatérale et multilatérale confondues) est apporté au PNPEC directement sous la forme de dons ; bien sûr après la signature d'un accord de partenariat entre l'Etat ivoirien et la source de financement.

La contribution de l'Etat au PNPEC est issu des impôts des entreprises privées et publiques qui participe au budget de l'Etat que le Ministère de l'Économie et des Finances de Cote d'Ivoire se charge de répartir sous forme d'allocations budgétaires entre les différents ministères notamment le MSHP dans notre cas qui enfin donne une subvention au PNPEC, un programme sous tutelle du MSHP.

I.3 Description de l'évolution des dépenses totales par activités du PNPEC de la période 2005-2009.

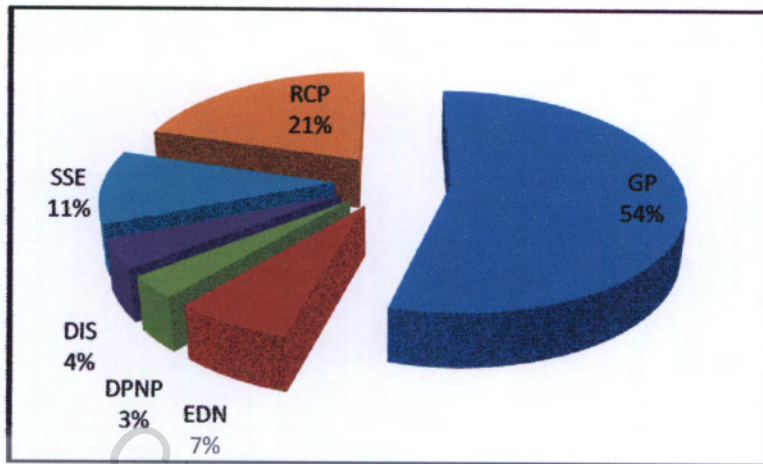
Tableau n° 4 répartition du financement total du PNPEC selon les activités de 2005 à 2009

RUBRIQUES	GP	EDN	DPNP	DIS	SSE	RCP	TOTAL
total annuel des financements en FCFA	1 240 670 194,50	157 916 216	75 634 780	97 607 452	246 654 752	468 882 232	2 287 366 226,50
%	54%	7%	3%	4%	11%	21%	100%

Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

S'agissant des dépenses liées spécifiquement aux activités de 2005 à 2009, le tableau 4 montre que le PNPEC a engagé au titre de gestion des programmes (GP) une dépense totale de 1 240 670 194,5 F CFA (54%). En ce qui concerne des dépenses liées à l'élaboration de documents normatifs (politique nationale, normes directives nationales, guides nationaux de prise en charge, formation etc.) : EDN, le PNPEC a dépensé 157 916 216F CFA (7%). Les charges de définition de politique nationale de prise en charge médicale des PVVIH et de planification des interventions de lutte contre les IST/VIH/sida (DPNP) s'élèvent à 75 634 780 F CFA (3%). Quand aux dépenses de décentralisation et intégration des interventions au niveau de la pyramide sanitaire/ mise en place des structures de prise en charge (DIS) , Supervision des activités de prise en charge médicale et de suivi et évaluation des différentes interventions de la prise en charge médicale (SSE) et de Renforcement des capacités du personnel / formation des formateurs (RCP), elles sont respectivement de 97 607 452 F CFA (4%) , 246 654 752F CFA (11%) et 468 882 232F CFA. (21%).

Graphique 7 : Total du financement attribué à chacune des activités sur la période de 2005-2009



Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

L'analyse du graphique 7 nous montre que ce sont les activités de GP qui englobent un peu plus de la moitié du financement du PNPEC (54%) suivies de celles de RCP soit 21%. Hormis les activités de SSE (11%), les autres activités ont des taux inférieurs à 10% :

- activités d'EDN 157 916 216 F CFA (7%) ;
- activités de DIS 97 607 452 F CFA (4%) ;
- activités de DPNP 75 634 780 F CFA (3%).

Ces activités de GP non seulement englobent tout le financement que l'Etat alloue au programme mais également une bonne partie du financement des partenaires.

I.4 Analyse des dépenses pour les activités du PNPEC de la période 2005-2009.

Tableau n° 5 : répartition du financement des activités du PNPEC par année

Montant des Activités En F CFA	GP	%	EDN	%	DPNP	%	DIS	%	SSE	%	RCP	%	TOTAL
Année 2005	95 134 621	48%	4 777 500	2%	3 178 000	2%	4 695 842	2%	12 400 000	6%	76 708 391	39%	196 894 354
Année 2006	86 891 284	37%	7 840 150	3%	26 977 025	12%	12 929 380	6%	57 218 124	25%	41 445 918	18%	233 301 881
Année 2007	333 501 842	50%	92 639 179	14%	823 500	0%	13 091 300	2%	89 670 296	14%	133 000 108	20%	662 726 225
Année 2008	380 635 748	77%	3 600 000	1%	13 675 165	3%	16 487 000	3%	30 437 765	6%	49 767 125	10%	494 602 803
Année 2009	344 506 699,5	49%	49 059 387	7%	30 981 090	4%	50 403 930	7%	56 928 567	8%	167 960 690	24%	699 840 363,5
TOTAL	1 240 670 194,5	54%	157 916 216	7%	75 634 780	3%	97 607 452	4%	246 654 752	11%	468 882 232	20%	2 287 365 626,5

Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

En analysant les chiffres du tableau n°5, nous constatons que pour l'année 2005, ce sont les activités de GP et de RCP qui ont été le plus pourvues en ressources financières avec respectivement 95 134 621 FCFA (soit 48% du total) et 76 708 391 F CFA (soit 39% du total).

En 2006, ce sont également les activités de GP qui ont reçu le plus de financement avec 37% environ 89 millions de F CFA du financement total de cette année là suivies des activités de SSE avec presque 60 millions de F CFA. Concernant 2007, ce sont les activités de GP et de RCP qui ont reçu le plus de financements avec 333 501 842 FCFA pour le premier et 133 000 108 F CFA le deuxième. 2008 est l'année du plus grand financement des activités de GP avec 380 635 748 F CFA soit 77% du total. Enfin en 2009, ce sont les activités de GP et de RCP qui ont été les plus financés avec respectivement 344 506 699,5 F CFA (49% du total) et 167 960 690 F CFA (24%).

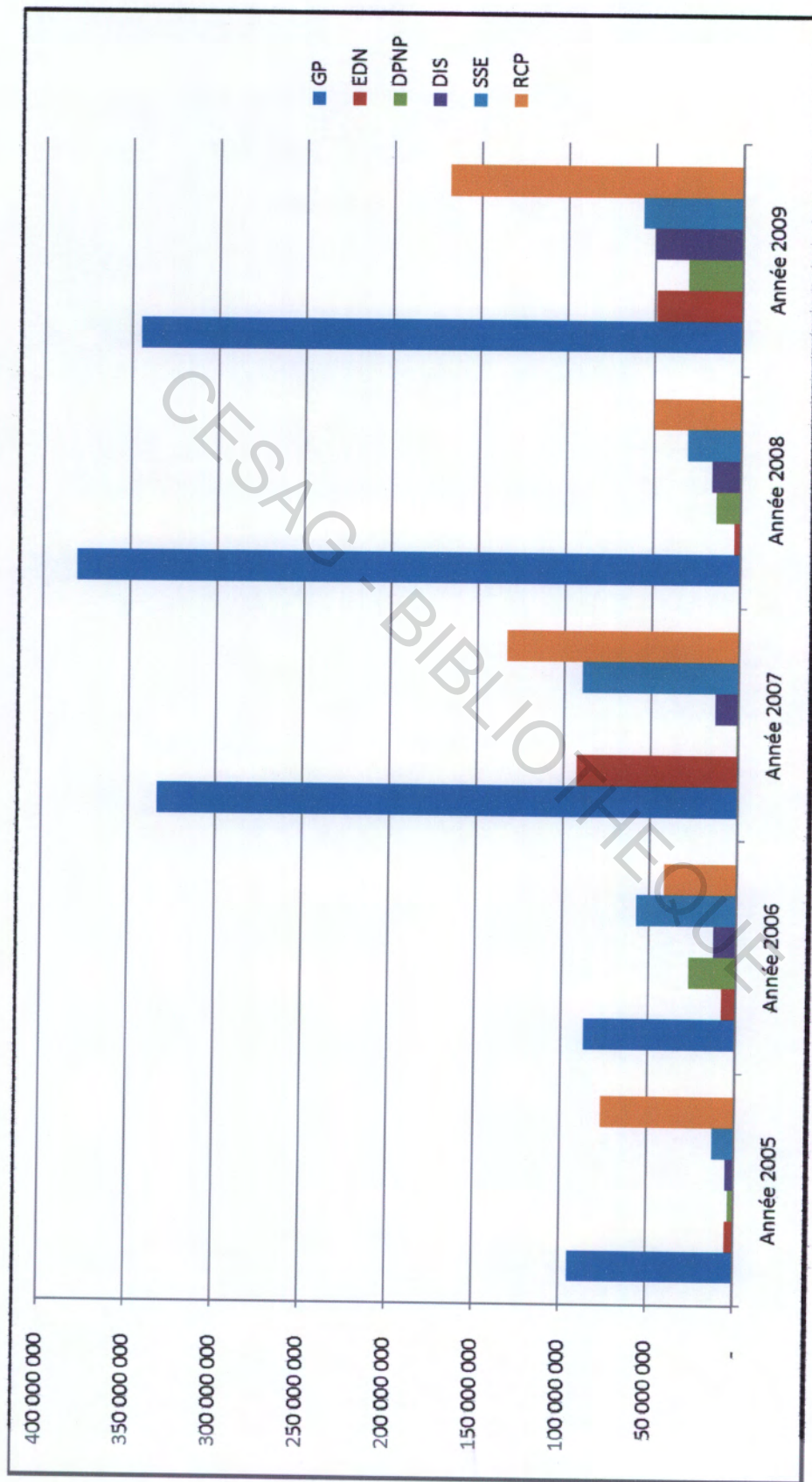
Tableau n° 6 : répartition du financement de chaque activité du PNPEC sur la période 2005-2009

Activités	GP		EDN		DPNP		DIS		SSE		RCP		TOTAL
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	
Année 2005	95 134 621	8%	4 777 500	3%	3 178 000	4%	4 695 842	5%	12 400 000	5%	76 708 391	16%	196 894 354
Année 2006	86 891 284	7%	7 840 150	5%	26 977 025	36%	12 929 380	13%	57 218 124	23%	41 445 918	9%	233 301 881
Année 2007	333 501 842	27%	92 639 179	59%	823 500	1%	13 091 300	13%	89 670 296	36%	133 000 108	28%	662 726 225
Année 2008	380 635 748	31%	3 600 000	2%	13 675 165	18%	16 487 000	17%	30 437 765	12%	49 767 125	11%	494 602 803
Année 2009	344 506 699,5	28%	49 059 387	31%	30 981 090	41%	50 403 930	52%	56 928 567	23%	167 960 690	36%	699 840 363,5
TOTAL	1 240 670 194,5	100%	157 916 216	100%	75 634 780	100%	97 607 452	100%	246 654 752	100%	468 882 232	100%	2 287 365 626,5

Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

Le tableau 6, nous permet d'apprécier l'évolution de chaque activité sur la période 2005-2009. Pour les activités de GP on constate qu'elles ont eu deux phases d'évolution, une relativement basse de 2005 à 2006 avec des taux avoisinant les 7% puis une phase de hausse avec des taux avoisinant les 30% de 2007 à 2009. Pour les activités d'EDN ont été fortement pourvues en 2007 avec 92 639 179 F CFA soit 59 % et 2009 avec 49 059 387 soit 31%. Les activités de DPNP, elles ont bénéficié d'un faible financement en 2005 et 2007 avec respectivement 3 178 000 F CFA et 823 500 F CFA. En ce qui concerne les activités de DIS, elles ont connue une évolution modérée de 2005 à 2009 et ont eu leur pic en 2009 avec 50 403 930 F CFA. Quant aux activités de SSE et de RCP ont connu une évolution en dent de scie sur toute la période de l'étude.

Graphique n° 8 : évolution du financement des activités du PNPEC sur la période 2005-2009



Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

En faisant l'analyse par rapport au total sur la période d'étude (graphique 8 ci-dessus), on note que les deux premières années les dépenses de GP avoisinaient les 100 000 000 F CFA mais à partir de 2007, elles connurent une hausse (au moins le triple) restant à ce niveau jusqu'en 2009 et avec des taux avoisinant les 30%.

C'est en 2007 que les activités d'EDN ont reçu le plus gros financement avec 92 639 179 F CFA soit 59% du financement total de cette activité sur la période de l'étude, suivi de l'année 2009 avec 31% alors que les autres années les taux étaient vraiment faibles (2,3 et 5%).

Les activités de DPNP ont connu un financement en dents de scie avec le point le plus bas en 2007 : 823 500 F CFA. Elles ont été fortement pourvues en 2006 (36%) et 2009 (41%).

Quand aux activités de DIS, après une augmentation modérée de 2006 à 2008, elles ont atteint leur maximum en 2009 avec 50 403 930 F CFA soit 52%.

Enfin, les activités SSE et de RCP ont reçu un financement assez variable sur toute la période de l'étude (2005-2009).

I.5 Analyse des dépenses des activités du PNPEC selon les sources de financement du PNPEC de la période 2005-2009.

A partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC, nous avons conçu le tableau récapitulatif ci-dessous.

Tableau n 7 : tableau croisé des activités du PNPEC en fonction des sources de financement du PNPEC de 2005-2009.

ACTIVITES	ETAT	PEPFAR	FONDS MONDIAL	UNICEF	OMS	MSF HOLLAN-DE	BANQUE MONDIALE	APHL	TOTAL
2005									
GP	44156610		50978011						95134621
EDN					4777500				4777500
DPNP				3178000					3178000
DIS				2344900		2 350 942			4695842
SSE			12400000						12400000
RCP			47040112	22526279	7142000				76708391
Total	44156610		110418123	28049179	11919500	2350942			196894354
2006									
GP	61890000	25001284							86891284
EDN		7840150							7840150
DPNP		26977025							26977025
DIS		12929380							12929380
SSE		57218124							57218124
RCP		41445918							41445918
Total	61890000	171411881							233301881
2007									
GP	72566000	237872531	23063311						33501842
EDN		85538479						7100700	92639179
DPNP		823500							823500
DIS				13091300					13091300
SSE		88350296		1320000					89670296
RCP		97911488	15142620	18936000				1010000	133000108
Total	72566000	510496294	38205931	33347300				8110700	662726225
2008									
GP	148710500	231925248							380635748
EDN		3600000							3600000
DPNP		13675165							13675165
DIS				16487000					16487000
SSE		30437765							30437765
RCP		32385625		17381500					49767125
Total	148710500	312023803		33868500					494603803
2009									
GP	118120500	208468204,5					17917995		344506699,5
EDN		49059387							49059387
DPNP		25192090					5789000		30981090
DIS		18404400		14061000			17938530		50403930
SSE		47485567					9443000		56928567
RCP		94708130		7470500			65782060		167960690
Total	118120500	443317778,5		21531500			116870585		699840363,5

Les données du tableau n° 6 indiquent qu'une somme de 1 240 670 194,5F CFA a été consacrée aux activités de GP sur la période couverte par l'étude soit 54% des dépenses totales du PNPEC sur les 5 ans. Cette dépense est répartie entre l'Etat (soit 35,90%) le PEPFAR (56,69%) le Fonds Mondial (5, 97%) et la Banque Mondiale (1, 44%). Si les deux premières années le montant semble stable, il convient de noter qu'il a connu une augmentation notable en 2007 (333 501 842 F CFA) ensuite une légère augmentation en 2008 passant de 333 501 842 F CFA à 380635748F CFA mais il enregistre une baisse relative en 2009 (344 506 699,5 F CFA). Cette augmentation est due au soutien financier du PEPFAR qui a injecté plus de 237 000 000 F CFA pour les activités de GP.

La forte hausse du financement de l'Etat de 2008 pourrait s'expliquer par le fait que l'Etat a essayé de combler la baisse de la contribution du PEPFAR aux activités du PNPEC cette année là mais toujours en intervenant dans le domaine de la gestion de programme.

En ce qui concerne les dépenses liées aux activités d'EDN, elles s'élèvent à 157 916 216 F CFA soit 7% des dépenses totales engagées. Cette somme est répartie comme suit : PEPFAR (92,47%) OMS (3,03%) et APHL (4,5%). Les dépenses engagées pour cette activité ont connu une importante hausse en 2007 passant de moins de 8 000 000 F CFA en 2006 à plus de 92 000 000 F CFA en 2007 soit une augmentation de 108,15%. Cette hausse est à mettre à l'actif du soutien financier du PEPFAR (85 538 479F CFA) et d'APHL (7 100 700F CFA). Cependant, on enregistre en 2008 une baisse drastique de -96,11%. Cette baisse est relative au retrait du financement d'APHL et à la baisse du montant alloué aux activités d'EDN de la part du PEPFAR.

Les dépenses liées aux activités de DPNP représentent 75 634 780 F CFA soit 3,3% des dépenses totales engagées par le PNPEC sur la période de l'étude. Cette somme est répartie entre le PEPFAR (88,1%), l'UNICEF (4,2%) et la Banque Mondiale (7,7%). Le financement de cette activité est très variable de 2005 à 2009. En effet de 2005 à 2006, il a connu une importante hausse de passant de 3178 000 F CFA à 26 977 025F CFA. Cette hausse est due à l'arrivée du PEPFAR comme source de financement cette année là avec plus de 25 000 000 F CFA .Mais l'année 2007 a été celle où les activités de DPNP ont été moins pourvues avec 823 500 F

CFA (apport du PEPFAR uniquement) soit 6 96,94%. Puis le financement des activités ont cru passant de 13 675 165 F CFA en 2008 à 30 981 090 F CFA en 2009 avec en plus du PEPFAR l'apport de la Banque Mondiale. Qu'est ce qui pourrait expliquer la baisse drastique du financement des activités de DPNP en 2007 ?

Quant aux dépenses liées aux activités de DIS, elles représentent 97 607 452 F CFA soit 4,3% des dépenses totales engagées par le PNPEC de 2005 à 2009. Cette somme est répartie entre le PEPFAR (32,1%) l'UNICEF (47,1%), MSF Hollande (2,4%) et la Banque Mondiale (18,4%). Le financement de ces activités a connu une évolution de 2005 à 2009 passant de 4 695 842 F CFA à 50 403 930 F CFA en 2009 L'augmentation la plus forte a eu lieu entre 2008 et 2009 avec une hausse de 20,57%.

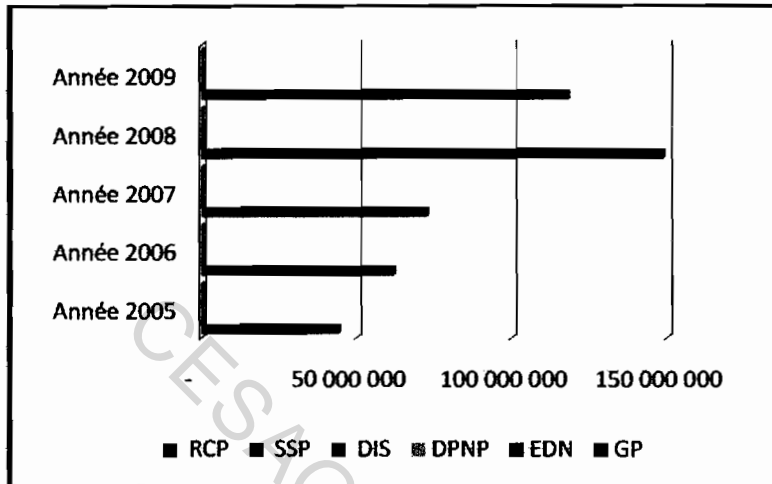
En ce qui concerne les dépenses liées aux activités de SSE, elles représentent 246 654 752 F CFA soit 10,7% des dépenses totales engagées par le PNPEC sur la période de l'étude. Cette somme est répartie entre le PEPFAR (90,6%), l'UNICEF (0,5%), la Banque Mondiale (3,9%) et le Fonds Mondial (5%). Ces activités ont connu un financement variable avec une hausse 62,31% de 2005 à 2007 passant de 12 400 000 F CFA à 89 670 296 F CFA avant d'atteindre un peu plus de 30 000 000 F CFA en 2008 et de remonter à 56 928 567 F CFA en 2009.

Les dépenses liées aux activités de RCP représentent 468 882 232 F CFA soit 20,6% des dépenses totales engagées par le PNPEC sur la période. Cette somme est répartie comme suit entre le PEPFAR (57%), l'OMS (1,5%), l'UNICEF (14%), le Fonds Mondial (13,3%), la Banque Mondiale (14%) et APHL (0,2%). Les activités de RCP ont connu un financement fluctuant avec une baisse de 2005 à 2006 passant de 75 708 391 F CFA à 41 445 918 F CFA soit -45,25% puis une augmentation en 2007 atteignant plus de 130 000 000 F CFA due en grande partie par les apports de l'UNICEF et du Fonds Mondial en plus du PEPFAR. En 2008, le financement des activités de RCP a baissé avec une valeur de 49 767 125 F CFA avant de remonter à 167 960 690 F CFA soit 23,74% grâce aux apports du PEPFAR de l'UNICEF et de la Banque Mondiale.

I.6 Evolution du financement de quelques sources de financement en fonction des différentes activités du PNPEC sur la période 2005-2009.

I.6.1 Etat

Graphique n°9: Evolution du financement de l'Etat en fonction des différentes activités du PNPEC de 2005- 2009

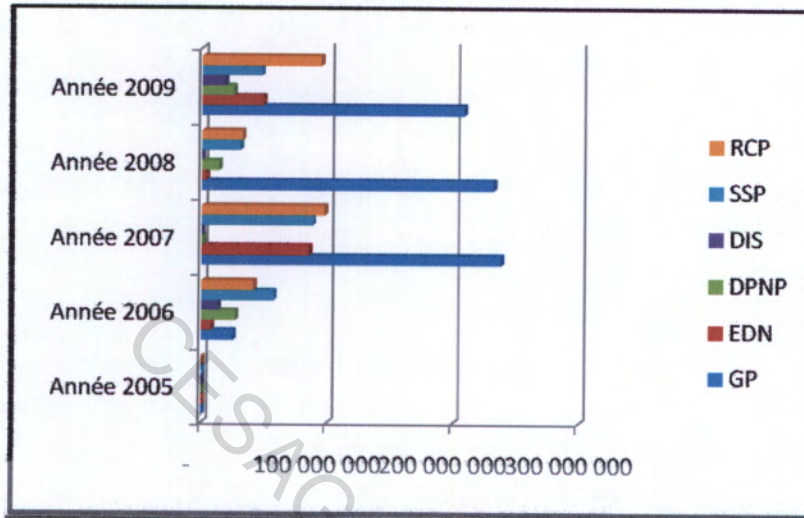


Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

L'Etat intervient exclusivement dans la gestion du PNPEC. Son apport financier s'est accru de 2005 à 2008 avoisinant les 150 000 000 F CFA avant de chuter en 2009. Au regard des données issues du tableau n°6, on note que la part de l'Etat dans le financement total des activités du PNPEC de 2005 à 2009 est de 445 443 610 F CFA (soit 19 %) couvrant exclusivement les activités de GP. Les résultats du graphique 9 montrent également que le financement des activités de gestion de programme par l'Etat a connu une évolution notable entre 2005 et 2008. Il est passé de 44 156 610 F CFA en 2005, à 61 890 000 F CFA en 2006, à 72 566 000 F CFA en 2007 et à 148 710 500 F CFA en 2008 soit une augmentation de plus de 148% de 2005 à 2008. Cependant, cette contribution a enregistré une baisse entre 2008 et 2009 passant de 148 710 500 F CFA à 118 120 500 F CFA.

I.6.2 PEPFAR

Graphique n° 10: Evolution du financement du PEPFAR en fonction des différentes activités du PNPEC de 2005- 2009

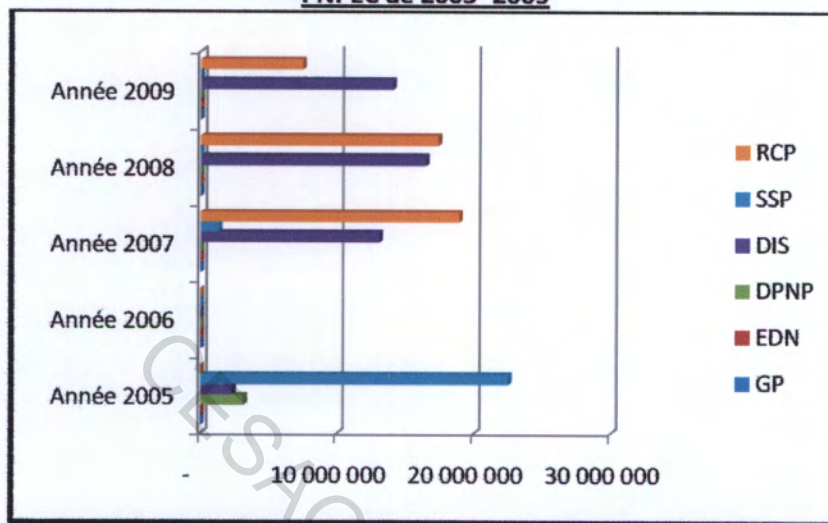


Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

On note que le domaine de prédilection par excellence du PEPFAR est celui de la gestion de programme avec des sommes au-delà de 200 000 000 F CFA à partir de 2007. Les autres activités ont reçu des financements inférieurs à 100 000 000 F CFA ; mais les plus financées sont celles du renforcement des capacités du personnel (RCP) et la Supervision des activités de prise en charge médicale (SSP). Les activités les moins pourvues par le PEPFAR sont celles de la décentralisation des interventions sanitaires (DIS).

1.6.3 UNICEF

Graphique 11: Evolution du financement de l'UNICEF en fonction des différentes activités du PNPEC de 2005- 2009



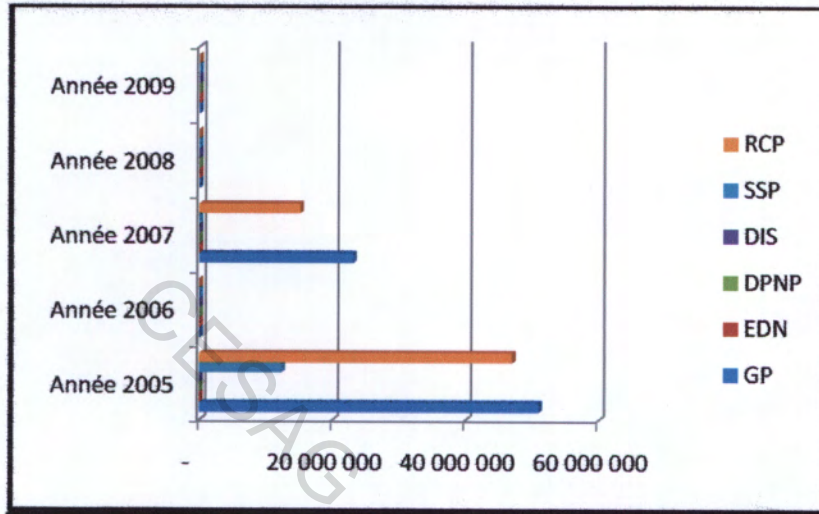
Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

Les activités du PNPEC qui bénéficiaient plus du financement de l'UNICEF à partir de 2007 sont celles du renforcement des capacités du personnel (RCP) et de la décentralisation des interventions sanitaires (DIS) et dans une moindre mesure celles de la supervision des activités de prise en charge médicale (SSP). Les activités d'élaboration de documents normatifs (EDN) et celles menées dans le cadre de l'administration de gestion du PNPEC n'ont reçu aucun financement.

Ceci s'explique par le fait que dans le cadre de sa coopération avec le MSH/PNPEC ce sont les activités de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) qui sont privilégiées afin de réduire la prévalence du VIH/sida chez les nouveaux nés.

1.6.4 Fonds Mondial

Graphique 12 : Evolution du financement du Fonds Mondial en fonction des différentes activités du PNPEC de 2005- 2009



Source : nous-mêmes à partir des rapports annuels et trimestriels, points financiers et activités du PNPEC

Les activités du PNPEC qui bénéficiaient plus du financement du Fonds Mondial sont celles du renforcement des capacités du personnel (RCP) surtout en 2005 et 2008 et celles engagées pour la gestion du PNPEC. Les activités d'élaboration de documents normatifs, de décentralisation des interventions sanitaires (DIS) et de Définition de Politique Nationale (DPNP) n'ont reçu aucun financement du Fonds Mondial.

II. DISCUSSION & RECOMMANDATIONS

II.1 Discussion

Au total, nous retenons que les résultats confirment les hypothèses formulées dans ce travail.

Au fil des différentes années de l'étude, plus des deux tiers du financement du PNPEC sont issus de fonds extérieurs. Ce sont les bailleurs de fonds internationaux qui financent pour la majeure partie les activités du Programme National de Prise en charge des Personnes vivant avec le VIH /sida en Côte d'Ivoire : 77% en 2005, 73% en 2006, 89% en 2007, 70% en 2008 et 83% en 2009. Ainsi donc, notre première hypothèse à savoir que le PNPEC est fortement dépendant de l'aide des partenaires au développement dans le cadre du financement de ses activités est vérifiée.

Les financements accordés au PNPEC toutes sources de financement confondues, sont assez fluctuants sur la période 2005-2009. En effet, de 2005 à 2007, on note une hausse dans le financement du PNPEC passant successivement de 196 894 354 F CFA en 2005 à 233 301 881 F CFA en 2006 puis à 662 726 225 F CFA en 2007. Mais en 2008, on note une baisse du financement à 494 602 803 F CFA avant de remonter en 2009 à 699 840 363,5 F CFA. C'est d'un total de 2 287 365 626,5 F CFA que le PNPEC a bénéficié sur la période de notre étude.

A la question de savoir, quelle pourrait être la raison de la baisse du financement total du PNPEC de 2008 à 2009, on pourrait répondre que c'est d'abord la variabilité du financement des différentes sources de financement du programme autant sur le plan pécunier c'est-à-dire la somme apportée que sur le plan de l'assiduité c'est-à-dire de leur présence respective au fil des années. De plus la mobilisation des ressources varie en fonction des objectifs et des besoins annuels du PNPEC mais aussi des orientations et priorités annuelles des partenaires au développement. Ceci pourrait justifier l'absence de financement de l'UNICEF pour les activités du PNPEC en 2006. A titre d'exemple, pour une année, l'OMS peut avoir pour domaine prioritaire la PTME et l'année d'après mettre l'accent sur l'hygiène hospitalière.

Les irrégularités des financements surtout des bailleurs de fonds internationaux expliquent celles observées au niveau global. En dehors de l'Etat qui est présent sur

toute la période de l'étude (en raison de son rôle régalien), du PEPFAR à partir de l'année 2006, et de l'UNICEF à partir de 2007, les autres sources de financement du reste du monde ne sont pas régulières et interviennent pour certaines de manière ponctuelle (OMS, APHL et Banque Mondiale) et pour d'autres (Fond Mondial) en 2005 et 2007 au financement du PNPEC. En effet, le plus gros du financement extérieur a été apporté par le PEPFAR.

Ainsi donc, la deuxième hypothèse de notre étude, selon laquelle que les financements des partenaires internationaux sont discontinus est vérifiée. Ceci pourrait être une entrave à une planification efficace et efficiente des activités du PNPEC, qui se verrait limité dans ces actions vu que la majeure partie de son financement est fournie par le reste du monde.

Par ailleurs, nous avons pu relever que le financement des activités du PNPEC par les partenaires est le résultat conjugué d'échanges entre le PNPEC et les partenaires. D'une manière générale, le PNPEC a des priorités orientées par la politique nationale de lutte contre le VIH/sida mais les partenaires ont également leurs priorités. On distingue deux groupes parmi les partenaires internationaux : les partenaires multilatéraux (le plus souvent onusiens : OMS UNICEF etc.) qui alignent leurs priorités aux recommandations mondiales de lutte contre le Sida et les partenaires bilatéraux (PEPFAR) qui prennent plus en compte la politique du pays en matière de lutte contre le Sida.

Pour l'année 2005, sur le financement global reçu par le PNPEC, 49% est alloué à la GP, 39% au RCP, 3% à l'EDN, 2% à la DPNP, 2% à la DIS et 6% à la SSE. Comme principales sources de financement, nous avons l'Etat qui a contribué à 44 156 610 F CFA soit 46% aux activités de GP et le Fonds Mondial qui est intervenu pour les activités de DPNP et SSE à hauteur de 100% chacune, les activités de RCP 47 040 112 F CFA (61%) et pour celles de GP à 50 978 011 F CFA soit 54%.

En 2006, on note une augmentation du financement global du PNPEC de 36 407 527 F CFA soit 18,49%. Cela s'explique par le démarrage de la coopération ivoiro-américaine (PEPFAR) avec une somme de 171 411 881 F CFA supérieure à celle des fonds extérieurs toutes tendances confondues pour l'année 2005 : 152 737 744 F CFA) et l'augmentation de la contribution nationale de 17 733 390 F CFA soit

40,16%. En dehors des activités de GP où l'Etat et le PEPFAR se partagent les charges respectivement à 71% et 29%, toutes les autres activités sont entièrement couvertes par le PEPFAR.

En 2007, on observe une forte augmentation du financement total de l'ordre de 184% pour atteindre un peu plus d'un demi milliard de F CFA (662 726 255 F CFA). Cet accroissement du financement est essentiellement dû à la hausse de l'apport du PEPFAR qui a presque triplé (plus 339 038 413 F CFA) représentant ainsi 77% de la contribution totale. Cette année-là, le PEPFAR a été la principale source pour les différentes activités du PEPFAR : 71% GP, 92% EDN, 100% DPNP et DIS, 99% SSE et 74% RCP.

Pour l'année 2008, c'est une baisse du total des financements qui est observé de l'ordre de 168 123 422 F CFA soit -28,89%. Cette baisse se justifie par la forte baisse de la contribution bilatérale de l'ordre de -38,87% par rapport à celle de 2007 et ce en dépit de l'augmentation de la contribution nationale atteignant la valeur maximale de 148 710 500 F CFA. La baisse de l'apport du PEPFAR en 2008 pourrait se justifier par une baisse du budget voté au congrès américain pour le PEPFAR cette année là et /ou par les orientations du gouvernement américain dans le cadre de la lutte à l'échelle mondiale contre le VIH/sida.

2009 est l'année au cours de laquelle les financements du PNPEC ont atteint leur maximum soit environ 700 millions de F CFA, ce qui représente une hausse de 41,49% par rapport à l'année précédente. La chute des contributions du Gouvernement ivoirien et de l'UNICEF est «compensée» par la contribution du PEPFAR (qui connaît une élévation) mais aussi par l'arrivée de la Banque Mondiale dans le cadre de son projet PUMLS (Projet d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le Sida) : 116 870 585 F CFA.

L'absence du Fonds Mondial en 2006, 2008 et 2009 au financement des activités du PNPEC est due à un arrêt des décaissements lié à des problèmes de gestion avec le PNUD

En dehors de l'Etat qui a son financement entièrement consacré aux dépenses de GP du PNPEC, les activités financées varient d'un partenaire à un autre :

Pour le PEPFAR, les activités financées sont GP, RCP, SSE, EDN, DPNP. Les activités financées par l'UNICEF sont DIS, RCP, SSE, DPNP. Concernant MSF Hollande, ce sont les activités de DIS qui ont été pourvues. Pour le Fonds Mondial, ce sont les activités d'GP, RCP, SSP qui ont été financées. Pour la Banque Mondiale, les activités financées sont celles de RCP, DIS, GP, SSE, DPNP. Enfin, pour l'OMS et APHL, les activités pourvues sont respectivement RCP & EDN pour le premier et EDN & RCP pour le second.

Ces dissemblances observées dans la constitution des activités financées par source de financement et dans l'irrégularité des partenaires extérieurs rendent relativement difficile la comparaison des financements; celle-ci aurait été plus aisée si les activités étaient les mêmes pour toutes les sources de financement. [15].

En ce qui concerne les activités du PNPEC, on a pu constater sur la période que ce sont celles de gestion de programme (GP) qui sont les plus pourvues avec 1 240 670 194,5 F CFA (soit 54%). Ces activités non seulement englobent tout le financement que l'Etat alloue à ce programme mais également une bonne partie du financement des partenaires. Ce chiffre pourrait attester de la mission fondamentale du PNPEC qu'est la coordination des activités relevant du volet sanitaire de la lutte contre les IST/VIH/sida. Il lui faudrait donc pour se faire, disposer de nombreuses ressources pour accomplir ses responsabilités dans la politique nationale de lutte contre le VIH/ sida. En effet, il serait judicieux de faire une étude poussée pour comprendre les raisons de ce taux de GP et trouver si nécessaires les solutions de réduire cet axe de dépenses. Il faudrait alors peut-être songer à réduire les dépenses des activités de gestion de programme qui utilisent plus de la moitié des financements reçus par le PNPEC. Ainsi, les autres rubriques d'activités verraient les fonds qui leur sont destinés augmenter.

Au regard de ce qui précède, on peut affirmer avec certitude que les activités du PNPEC sont largement tributaires des partenaires au développement, que les financements accordés par ces derniers sont destinés à des utilisations diverses relevant des axes de priorités spécifiques de chacun d'entre eux. Il est alors assez

délicat de faire des comparaisons entre ces différentes sources. Cependant, le problème de la pérennisation des activités du PNPEC se pose avec insistance d'autant plus que ces financements extérieurs ne seront pas éternels. Il est alors urgent de mener des réflexions qui pourront déboucher sur la mise en place de mécanismes alternatifs de financement.

En Côte d'Ivoire, les partenaires au développement toutes tendances confondues ont apporté une aide financière estimée à 81% de l'ensemble des financements reçus par le PNPEC de 2005 à 2009 (la contribution bilatérale avoisine les 63% tandis que la contribution multilatérale tourne autour des 18%) et celle de l'Etat à 19%.

L'analyse de l'organigramme du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, nous permet d'émettre une piste de réflexion quant à la réduction de la dépendance financière du PNPEC. En effet, nous avons pu constater en examinant l'arrêté 169 de Juin 2007 portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique MSHP de la Côte d'Ivoire que tout ce qui constitue les responsabilités est pris en compte dans les différentes directions et services dudit ministère.

Selon le dictionnaire Le Petit Larousse 2008, la coordination est « l'action de coordonner c'est-à-dire agencer des éléments en vue d'obtenir un ensemble cohérent, un résultat déterminé ; agencement de choses d'activités diverses dans un but déterminé ».

Nous partons du simple principe que pour coordonner les activités relevant du volet sanitaire de la lutte contre les IST/VIH/sida et contribuer à la réduction de la morbidité et la morbidité lié aux IST/VIH/sida par des activités de type préventif promotionnel curatif et de recherche, le PNPEC peut actionner les structures déjà mise en place par l'Etat ivoirien au niveau du MSHP pour atteindre ses missions. Tous ces services et structures possèdent des budgets annuels pour leur fonctionnement dont le PNPEC pourrait profiter. Au cas où cela ne serait pas suffisant, on peut toujours faire des plaidoyers au niveau de l'Etat pour revoir à la hausse le budget de ces structures. Nous pensons que cela serait moins coûteux.

A titre indicatif, concernant

a. les activités de gestion de programme : (GP)

Nous avons, la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) qui est chargée entre autres :

- d'assurer la programmation des investissements, le suivi et le contrôle des programmes de construction et d'entretien des infrastructures ;
- de gérer le Parc roulant du Ministère ;
- d'assurer la maintenance des infrastructures et des équipements ;
- d'assister et conseiller dans le domaine des équipements et des infrastructures sanitaires toutes les structures du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

Nous avons également le Service de la Communication et des Relations Publiques (SCRCP) est chargé entre autres :

- d'élaborer et de mettre en œuvre la politique de communication interne et externe du Ministère ;
- de promouvoir des actions de marketing et de sensibilisation en matière de santé et d'hygiène publique en liaison avec la Direction Générale de la Santé et la Direction Générale de l'Hygiène Publique.

b. les activités d'élaboration de documents normatifs (politique nationale, normes directives nationales, guides nationaux de prise en charge, formation etc. (EDN) & les activités de définition de politique nationale de prise en charge médicale des PVVIH/ planification des interventions de lutte contre IST/VIH/sida : (DPNP)

Nous avons la Cellule de Prospective et de Stratégie (CPS) qui est chargée entre autres :

- d'animer la réflexion sur les grandes orientations du Ministère et proposer les réformes sectorielles qui en découlent ;
- d'animer la réflexion sur les besoins sanitaires à venir des populations et proposer les orientations stratégiques et les mesures opérationnelles pour y faire face;

- d'animer la réflexion en vue de la conception d'une vision stratégique nouvelle à moyen terme du secteur sanitaire ;
 - d'assurer, en collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux concernés, l'élaboration du nouveau plan décennal de développement sanitaire en liaison avec la DIPE.
- c. Les activités de décentralisation et intégration des soins au niveau de la pyramide sanitaire/mise en place des structures de prise en charge : (DIS) & les activités de supervision des activités de prise en charge médicale/ suivi et évaluation des différentes interventions de la prise en charge médicale (SSP).

Nous avons le Service d'Appui aux Services Extérieurs et à la Décentralisation (SASED) qui est chargé entre autres :

- d'assister les Directions Régionales et les Directions Départementales de la Santé et de l'Hygiène Publique en matière de planification, d'organisation et de conduite des opérations de suivi et d'évaluation des activités sanitaires dans leurs aires respectives ;
 - d'assurer la programmation du processus de décentralisation administrative ;
- d. les activités de renforcement des capacités du personnel/ formation des formateurs : (RCP)

Nous avons la Direction des Ressources Humaines (DRH) qui est chargée entre autres :

- d'assurer la programmation et le contrôle des effectifs ;
- d'élaborer les contrats de travail en collaboration avec le service juridique du Ministère, et d'assurer leur gestion

Nous avons également la Direction de la Formation et de la Recherche (DFR) qui est chargée :

- d'élaborer la politique de formation des personnels du Ministère ;
- d'évaluer les besoins en formation initiale et continue ;
- d'assurer la planification et la programmation des formations continues ;

e. Les activités de mobilisation de ressources

Nous avons la Direction des Affaires Financières (DAF) qui est chargée entre autres

:

- de faire la passation des marchés initiée par les structures du Ministère ;
- d'assurer le suivi des appuis extérieurs, le recouvrement des coûts des actes de santé et de celui des ressources propres ;
- d'initier des études en matière d'économie de la santé.

Nous avons également le Service de la Coopération Internationale (SCI) qui est chargé entre autres d'identifier et de favoriser des opportunités de partenariat avec les agences de coopération internationale.

II.2 Recommandations

❑ A l'endroit du Programme National de Prise En Charge des personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire (PNPEC)

- Archiver les données en version électronique et en copie dure
- Initier et mener des études quant à la faisabilité de la première solution préconisée à savoir l'activation et l'utilisation plus grande des services et directions existantes du MSHP pour réaliser les activités du PNPEC
- Organiser, suivre et orienter davantage les ONG et autres structures intervenant dans la prise en charge médicale des PVVIH dans un souci d'efficacité et d'efficience de la politique national de lutte contre cette pandémie.
- Faire signer des accords de partenariats aux partenaires au développement qui correspondent au plan stratégique afin de lutter contre les absences intempestives de certains partenaires en insistant sur le caractère humanitaire des aides accordées.
- Initier des études plus approfondies prenant en compte les différents partenaires de mise en œuvre, les bailleurs de fonds et au niveau des différents services du PNPEC en fonction de leurs attributions.
- Initier et mener une étude sur les raisons de la grande part des activités de gestion du programme (GP.)

❑ A l'endroit du Ministère de la Santé Hygiène Publique (MSHP)

- Encourager davantage les échanges et l'accès aux informations dans le cadre d'études menées pour la formation des futurs agents de santé.

❑ A l'endroit de l'Etat Ivoirien

- Augmenter le budget alloué à la santé à hauteur de 15% comme le prévoit les accords d'Abuja ce qui élèverait celui affecté au PNPEC.

Le cadre opérationnelle, nous a permis d'abord, d'apprécier l'évolution du financement globale du PNPEC et d'identifier les sources de financement de ce programme. Ensuite nous avons fait une analyse du financement du PNPEC selon les sources de financement, les activités du PNPEC et une analyse croisée entre les activités et les sources de financements. Enfin nous avons discuté les résultats obtenus et émis des recommandations.

CONCLUSION GENERALE

Cette étude nous a permis d'avoir une idée du dispositif de financement du Programme National de Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire sur la période 2005 à 2009. Ainsi, nous avons pu :

- identifier les ressources financières nécessaires à la réalisation des principales activités du PNPEC ;
- identifier les différentes sources de financement du PNPEC et leurs contributions aux différentes activités du PNPEC.

Au terme de notre étude, nous avons relevé un financement total de 2 287 365 626,5 FCFA. Nous avons constaté que le PNPEC est fortement dépendant des partenaires extérieurs pour la réalisation de ses activités avec 81% de son financement issu des fonds extérieurs. Le PEPFAR dans le cadre de la coopération bilatérale est le principal partenaire financier du PNPEC avec 1 437 249 756,5 F CFA soit 63% du financement total. Les contributions nationale et multilatérale représentent respectivement 19% et 18% du total.

Les principales activités qui consomment le plus de ressources financières sont celles de la Gestion de Programme (GP) 1 240 670 194, 5 F CFA soit 54% et celles du Renforcement des Capacités/ formation des formateurs (RCP) 468 882 232 F CFA soit 20%

Le financement reçu par le PNPEC de 2005 à 2009 a une tendance générale à la hausse avec en 2008 une dépression.

On note des irrégularités de financement des bailleurs de fonds internationaux. Hormis le PEPFAR qui fait son entrée à partir de l'année 2006 et reste jusqu'en 2009 et l'UNICEF de 2007 à 2009, les autres sources de financement du reste du monde interviennent soit de manière ponctuelle c'est-à-dire pendant une année seulement (OMS, APHL et Banque Mondiale) ou sur deux années non successives (Fond Mondial : 2005 et 2007). Le financement de l'Etat est présent sur toute la période de l'étude (2005-2009).

Les domaines d'activités du PNPEC financées varient d'un partenaire à un autre sauf pour l'Etat qui intervient exclusivement dans les activités de Gestion de Programme (GP) ce qui ne facilite pas les comparaisons entre sources de financement.

Le problème de la pérennisation des activités du PNPEC est toujours d'actualité et suscite bien d'interrogations quant à l'avenir. La première solution que nous préconisons est que le PNPEC actionne les structures mise en place par l'Etat ivoirien au niveau du MSHP et qui interviennent dans la prise en charge médicale contre les IST/sida pour accomplir ses missions. La deuxième solution est de promouvoir la signature d'accorde entre le PNPEC et les partenaires extérieurs qui cadrent avec le plan stratégique de lutte contre le sida du pays, ce qui pourrait, à notre avis régler sinon atténuer le problème de la discontinuité des financements extérieurs.

Au regard du taux de prévalence du VIH/sida en Côte d'ivoire 4 ,7% (le plus élevé de la sous region ouest africaine) et les chiffres enregistrés en matière de couverture médicale, le PNPEC doit plus encore occuper une place de choix dans la politique gouvernementale de lutte contre le VIH/sida et cela dans un souci de développement humain durable.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 **Kaddar Miloud, GAVI Alliance.** Viabilité financière de la vaccination dans les pays les plus pauvres. Enseignements tirés de la période 2002-2006, 2008 56p.
- 2 **Zine-Eddine El-Idrissi Driss,** Etudes comparatives des financements de la santé, 2004.
- 3 **Conseil National de Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (CNLS),** Plan Stratégique de Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire 2006-2010, Juin 2006, 161p.
- 4 **Département des Affaires Economiques et Sociales des Nations Unies (DAES),** Objectifs du millénaire pour le développement rapport, Juin 2010, 80p.
- 5 **Institut National de la Statistique (INS),** Base de données sur la population, Département de la démographie et des statistiques sociales- MICS, 2006.
- 6 **Institut National de Statistiques (INS) de Côte d'Ivoire,** Les perspectives Démographiques de Côte d'Ivoire de 1998 à 2018, 1997.
- 7 **Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population,** Politique Nationale de Prise en Charge Globale des Personnes Vivant avec le VIH dans le secteur de la santé, PNPEC, Novembre 2005,39p.
- 8 **Ministère de l'Economie et des Finances de Côte d'Ivoire (MEF),** Ordonnance portant budget de l'Etat des années 2005, 2006, 2007, 2008 et 2009. Annexe 8B : budget de l'Etat partie comptable tome 2(titre3 & 4)
- 9 **Ministère de la Lutte contre le sida de Côte d'Ivoire (MLS),** Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le sida (REDES). Côte d'Ivoire, 2006,2007 et 2008 (Rapport national provisoire) Avril 2009, 57p.
- 10 **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire (MSHP),** Arrêté n°072/MSHP du 11 avril 2008.
- 11 **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire (MSHP),** Arrêté n°169/ MSHP du 21 juin 2007 portant organisation et fonctionnement du MSHP.

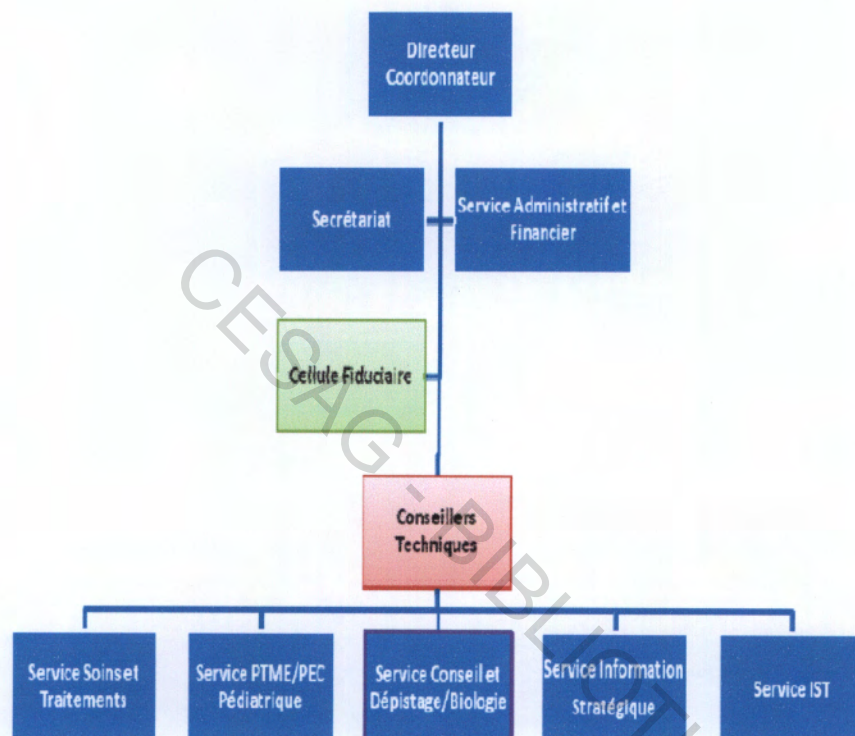
- 12 **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire (MSHP)**, Arrêté n°28/ MSHPdu 8 février 2008 modifiant l'arrêté n° 169 du 21 juin 2007.
- 13 **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire (MSHP)**, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2013 de la Côte d'Ivoire, Décembre 2008, 175p.
- 14 **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire (MSHP)**, **PNPEC-DIPE**, Rapport annuel VIH/sida du secteur santé en Côte d'Ivoire 2007-2008, Décembre, 2009.20p.
- 15 **OHOUE BROU Samuel**, Analyse du financement du Programme National de Santé de la Reproduction et de Planification Familiale en Côte d'Ivoire de 2000-2005, mémoire de fin de cycle, 7^{ème} promotion DSES, 82p
- 16 **Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)**, Rapport sur l'épidémie mondiale du sida, 2008, 211p.
- 17 **Programme National de Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire (PNPEC)**, Service Administratif et Financier, Points des activités du PUMLS - Etat justificatif des dépenses du PUMLS de Juin à Décembre 2009
- 18 **Programme National de Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire (PNPEC)** Service de l'Information Stratégique (SI), Points financiers des COP= Cooperative Operationnal Plan 06, 07,08 et 09 du PEPFAR
- 19 **Programme National de Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire (PNPEC)**, Service Administratif et Financier, Rapport annuel des activités du PNPEC 2008, Mai 2009,
- 20 **Programme National de Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire (PNPEC)**, Service Administratif et Financier, Rapports trimestriels PEPFAR d'Octobre 2007-Septembre 2008 et d'Octobre 2008-Septembre 2009
- 21 **Programme National de Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire (PNPEC)**, Rapports des activités de la prise en charge des PVVIH de Janvier à Décembre 2009, Janvier 2010,42p.
- 22 **Programme National de Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire (PNPEC)**, Rapport financier du PNPEC exercice2005, Mars 2006, 20p.

- 23 **République de Côte d'Ivoire**, Annexe fiscale de la loi des finances 2001
- 24 **République de Côte d'Ivoire**, Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté de Côte d'Ivoire (DSRP), Stratégie de relance du développement et de réduction de la pauvreté, Janvier 2009, 198p.
- 25 **République de Côte d'Ivoire**, Résultats de l'Enquête sur les Indicateurs de Santé de Côte d'Ivoire, EIS-CI 2005.
- 26 **www.mlsida.org**
- 27 **www.sante.gouv.ci**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

1. Organigramme officiel du PNPEC



NB : la cellule fiduciaire est la cellule de gestion des fonds que le PEPFAR octroie au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire.

Année 2005

Activités d'élaboration de documents normatifs (politique national, normes directives nationales, guides nationaux de PEC, formation etc. (EDN)

ACTIVITES	MONTANTS RESSOURCES CONSOMMES	DES	DIFFERENTS ACTEURS DE FINANCEMENT & CONTRIBUTIONS	OBSERVATIONS

Année 2005

Activités de renforcement des capacités du personnel/ formation des formateurs(RCP)

ACTIVITES	MONTANTS RESSOURCES CONSOMMES	DES	DIFFERENTS ACTEURS DE FINANCEMENT & CONTRIBUTIONS	OBERSVATIONS

CESAG - BIBLIOTHEQUE