

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX - TRAVAIL – PATRIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CABINET DU MINISTRE

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

GROUPE TECHNIQUE CENTRAL

SECRETARIAT PERMANENT



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE - WORK – FATHERLAND

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

MINISTER'S OFFICE

NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE

CENTRAL TECHNICAL GROUP

PERMANENT SECRETARIAT

ESTIMATION DES RESSOURCES ET DEPENSES DE LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA AU CAMEROUN 2016-2017

Réalisée avec l'appui du **Dispositif d'Appui Technique – Afrique de l'Ouest et du Centre**

- **M KONLACK LONLACK Giscard**, consultant national
Avec l'appui technique de la Section Recherche, Planification et Suivi et Evaluation, GTCCNLS

DECEMBRE 2017

PREFACE

La réalisation de la cartographie des dépenses de lutte contre le Sida est aujourd'hui une tradition. Elle s'inscrit dans les orientations du cadre stratégique national de la riposte qui va de 2014 à 2017 et qui est conforme aux engagements internationaux et nationaux auxquels le Cameroun a souscrit. Elle se fait chaque année en vue de procéder aux éventuels réajustements de l'orientation des ressources à partir d'une meilleure connaissance de l'épidémie et de la réponse nationale. Cet exercice consiste à répertorier toutes les ressources et toutes les dépenses relatives à la lutte contre le VIH et le sida, quel que soit le secteur de la réponse à cette épidémie.

L'estimation des flux de Ressources et Dépenses de la lutte contre le Sida (REDES) pour les années 2016 et 2017 aidera le Cameroun dans la coordination des flux financiers et permettra de réorienter les actions futures en fonction des besoins prioritaires.

Le présent document, produit au cours d'un processus inclusif et participatif, a bénéficié de la contribution plurielle des différents acteurs, bénéficiaires et partenaires au développement, impliqués pendant les années 2016 et 2017 dans la lutte contre le VIH et le Sida au Cameroun. L'appropriation des résultats et la mise en œuvre des recommandations qui y sont formulées, accroîtront sans aucun doute l'efficacité et l'efficience des actions multisectorielles devant conduire à l'avènement de cette génération de camerounais sans Sida.

André MAMA FOU DA

Ministre de la Santé Publique,

Président du Comité National de lutte Contre le SIDA

REMERCIEMENTS

L'exercice d'estimation des flux des Ressources et Dépenses de la lutte contre le Sida (REDES) réalisé par le Groupe Technique Central du Comité National de lutte Contre le Sida du Cameroun est à sa septième édition. Les résultats obtenus sont le fruit des efforts concertés de divers acteurs publics, privés, civils nationaux et partenaires au développement.

La présente édition a pu être réalisée grâce à la synergie des efforts et à l'esprit de franche collaboration des personnes ressources, des agences et des institutions partenaires.

C'est lieu d'adresser tout d'abord toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude à tous les acteurs de la mise en œuvre et à toutes les parties prenantes qui ont œuvré pour la mobilisation des ressources qui ont financé la riposte nationale au cours des années 2016 et 2017.

Les résultats contenus dans cette nouvelle édition n'auraient pu être atteints sans l'engagement et la contribution de qualité de l'ensemble des membres de l'Equipe Nationale. Nous saisissons cette opportunité pour renouveler nos sincères remerciements

Ces remerciements s'adressent principalement :

- Dispositif d'Appui Technique – Afrique de l'Ouest et du Centre
- A tous les Partenaires Techniques et Financiers, particulièrement à l'ONUSIDA pour son assistance technique et financière au cours de cette opération. ;
- Aux acteurs de mise en œuvre de la société civile, des confessions religieuses et du secteur privé ;
- Aux équipes du Groupe Technique Central et des Groupes Techniques régionaux de lutte contre le VIH et le Sida pour leurs dévouements./-

Enfin, notre gratitude va à l'endroit des membres du Groupe Technique Suivi-Evaluation de lutte contre le VIH/sida qui ont validé ce document, ainsi que tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de REDES 2016-2017 mais qui n'ont pas été cités de manière singulière.

Dr Jean Bosco ELAT NFETAM

Secrétaire Permanent du CNLS
Coordonnateur National du REDES Cameroun

TABLE DES MATIERES

PREFACE	2
REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	4
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES FIGURES	7
LISTE DES ABREVIATIONS	8
1- INTRODUCTION.....	9
1.1.1 - Données géographiques et administratives	9
1.1.2 - Données Démographiques	11
1.1.3 - Données Economiques.....	11
1.1.4 - Données sociales, humanitaires et sécuritaires	12
1.2. Situation épidémiologique du VIH/Sida.....	13
2- METHODOLOGIE.....	16
2.1 - Approche, Concept d'évaluation et Objectifs	16
2.1.1 - Approche et Concept d'évaluation.....	16
2.1.1 - Objectifs	17
2.2 - Classification REDES	18
2.2.1 - Sources de financement	18
2.2.2 - Agents financiers	18
2.2.3 - Prestataires de services	18
2.2.4 - Catégorie de dépenses	18
2.2.5 - Objets de dépenses ou facteurs de production ou ligne budgétaires	20
2.2.6 - Populations bénéficiaires	20
2.3.1 - Pré-enquête	21
2.3.2 - Collecte des données	21
2.3.3 - Traitement et saisie des données.....	22
2.3.4 - Analyse des résultats.....	22
2.3.1 - Validation.....	23
2.3.2 - Dissémination	23
2.4 - Limites de l'estimation.....	23
3- RESULTATS DE L'ESTIMATION DES RESSOURCES ET DEPENSES ALLOUEES A LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA EN 2016-2017	24
3.1 - Dépenses globales consacrées à la lutte contre le VIH et le sida en 2016-2017	24
3.1.1 - Analyse et comparaison avec les années antérieures.....	24

3.2 - Sources de financement	25
3.2.1. Les fonds publics	27
3.2.2. Les fonds privés	27
3.2.3. Les fonds internationaux	27
3.3 - Situation globale des dépenses par intervention	29
3.3.1. Dépenses en fonction du programme de prévention	29
3.3.2. Dépenses de soins et traitements	30
3.3.1 - Dépenses en ressources humaines, d'administration, coordination et gestion du programme	31
3.4 - Situation globale des dépenses par population bénéficiaire	32
3.5 - Situation globale des dépenses par objet de dépenses	34
4- DIFFICULTES RENCONTREES	37
5- PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS	38
REFERENCES	40
DEPENSES ALLOUEES LA LUTTE CONTRE LE VIH	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Décomposition des fonds internationaux, 2016 et 2017	28
Tableau 2.	Répartition des dépenses par intervention, 2016 et 2017	29
Tableau 3.	Décomposition des dépenses de prévention, 2016 et 2017	30
Tableau 4.	Décomposition des dépenses en soins ambulatoires en 2016 et 2017	31
Tableau 5.	Décomposition des dépenses de gestion de programme et du renforcement de l'administration en 2016 et 2017	32
Tableau 6.	Décomposition des dépenses par population bénéficiaire en 2016 et 2017	32
Tableau 7.	Décomposition des dépenses par objet de dépenses en 2016 et 2017	35

LISTE DES FIGURES

Figure 1:	Circuit d'une transaction financière	17
Figure 2:	Dépenses allouées à la lutte contre le VIH/Sida en 2016-2017	24
Figure 3:	Répartition des dépenses par source de financement, 2016 et 2017	26
Figure 4:	Evolution des dépenses par source de financement de 2016 et 2017.....	26
Figure 5:	Décomposition des dépenses de soins et traitement en 2016 et 2017	31
Figure 6:	Répartition des dépenses selon les populations clés	33
Figure 7:	Décomposition des dépenses de selon les populations vulnérables.....	34
Figure 8:	Répartition des dépenses de selon les types d'agent de financement.....	35
Figure 9:	Répartition des dépenses de selon les types prestataires.....	36

LISTE DES ABREVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
CTA	Centre de Traitement Agréé
DBS	Dry Blood Spot
DRSP	Délégation Régionale de la Santé Publique
DS	District de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPP	Estimations et Projections Pays
FEC	Femmes Enceintes
FIS	For Impact In Social Health
FOSA	Formation Sanitaire
GTR	Groupe Technique Régional
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et les IST
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SP	Secrétaire permanent
TARV	Traitement Anti Rétroviral
TB	Tuberculose
UPEC	Unité de Prise en charge
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

1- INTRODUCTION

Pour atteindre l'accès universel à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien, il est essentiel que chaque pays soit à mesure d'identifier en « temps réel » l'utilisation des ressources financières allouées à la réponse contre le VIH/SIDA.

Ainsi, l'utilisation du système de suivi évaluation est nécessaire pour le suivi des ressources et dans la réallocation desdites ressources. Dans le respect de la Déclaration de politique sur le VIH/Sida, l'ONUSIDA soutient les pays dans le suivi et l'évaluation des flux financiers de la source jusqu'à la dépense réelle à travers l'implantation du REDES (estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le VIH et le Sida).

L'estimation des flux de ressources et de dépenses nationales (REDES) est utilisée par les pays pour produire des informations stratégiques dans le cadre de la réponse au VIH. Il a été conçu comme un outil pour collecter, estimer, observer, organiser l'information et accroître l'efficacité des ripostes à la propagation du virus du SIDA.

Dans le but d'apprécier le niveau de mobilisation et d'utilisation des ressources financières pour la mise en œuvre du PSN, le GTC/CNLS a engagé, avec l'appui technique de l'ONUSIDA et l'appui financier du FM, le processus de mise en œuvre de l'Estimation

Nationale des Ressources et Dépenses relatives au SIDA (REDES) pour les années 2016 et 2017 tel que c'est fait depuis 2007.

REDES est un outil qui permet de déterminer le niveau des dépenses de lutte contre le SIDA, et donc de mesurer la réponse nationale face à l'épidémie. Par une analyse des données, il permet d'obtenir une description claire des flux financiers, depuis leurs origines jusqu'à leurs utilisations, reproduisant ainsi une cartographie des dépenses de l'ensemble des sources de financement dans le pays.

1.1. Généralités sur le Cameroun

1.1.1 - Données géographiques et administratives

Le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2^{ème} et 13^{ème} degrés de latitude Nord et les 9^{ème} et 16^{ème} degrés de longitude Est. Le pays s'étend sur une superficie de 475 650 kilomètres carrés. Il présente une forme triangulaire qui s'étire au Sud jusqu'au lac Tchad sur près de 1 200 km tandis que la base s'étale d'Ouest en Est sur 800 km. Il possède au sud-ouest une frontière maritime de 420 km le long de l'océan Atlantique. Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine, et au Nord-Est par le Tchad. Enfin, au sommet du triangle, au Nord, il est coiffé par le Lac Tchad.

Les régions (du Centre, de l'Est, du Littoral, du Sud et du Sud-Ouest) ont un climat chaud et humide aux précipitations abondantes. Les hauts plateaux de l'Ouest (régions de l'Ouest et du Nord-Ouest) sont une zone de savane et de terres volcaniques favorable à l'agriculture. Le Nord soudano-sahélien (régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord) est une zone de savane et de steppe caractérisée par un climat tropical chaud et sec et des précipitations de plus en plus réduites au fur et à mesure que l'on se rapproche du Lac Tchad.

Le Cameroun compte 10 Régions, divisées en 58 Départements et 360 Arrondissements. On dénombre également 360 Communes [1]. La loi d'orientation sur la décentralisation du 22 juillet 2004 [2] prévoit le transfert de compétences et de ressources aux communes. Dans le secteur de la santé, le décret No 2010/0246/PM précise les compétences transférées aux communes, il s'agit de : la construction, l'équipement et la gestion des Centres de Santé Intégrés (CSI). Par ailleurs, les Maires assurent la présidence des comités de gestion des Hôpitaux de District (HD) et des Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), tandis que celle des Hôpitaux Régionaux (HR) et des Hôpitaux Centraux (HC) est confiée aux Délégués du Gouvernement auprès des communautés urbaines.

1.1.2 - Données Démographiques

Selon les projections des données du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH3) de 2005, la population du Cameroun en 2017 est estimée à 24 253 757 habitants avec 49,4% d'hommes et 50,6% de femmes, dont 892 000 femmes enceintes attendues.

Plus de la moitié de la population a moins de 18 ans et le poids démographique des enfants âgés de moins de 15 ans se situe à 43,6%. Selon le milieu de résidence, on observe des variations assez nettes dans la structure par âge de la population. Les enfants âgés de moins de 15 ans représentent 39,2% de la population en milieu urbain et 47,8% en milieu rural. Les personnes âgées (60 ans et plus), qui représentent 5,5% de la population totale du pays, sont particulièrement plus représentées en milieu rural qu'en milieu urbain (6,5% vs 3,4%).

Le Cameroun n'a pas encore entamé la phase de transition démographique, la fécondité y est encore élevée. Une telle croissance démographique entraîne un ratio de dépendance élevé (environ 95%) et une forte pression sur les infrastructures et les services sociaux de base tels que l'éducation, la santé, l'accès à l'énergie et à l'eau potable, la sécurité alimentaire et la sécurité foncière [4].

1.1.3 - Données Economiques

Selon le FMI¹, la conjoncture macroéconomique et la situation sécuritaire au Cameroun se sont détériorées ces dernières années. En 2014–15, l'économie a fait preuve de résilience face au double choc de la chute des prix du pétrole et de l'intensification des menaces sur la sécurité, avec le maintien d'une croissance solide et d'une faible inflation. Sur toile de fond d'un ralentissement des activités économiques africain en général et d'une stagnation dans la CEMAC en particulier, il n'y avait pratiquement plus de croissance économique dans la CEMAC au début de l'année 2017. Malgré cela, l'économie camerounaise tient encore assez bien. En effet, après des taux de croissance du PIB en 2015 de 5,7% et de 4,8% en 2016, les prévisions tablent sur un taux de croissance de 4,2% en 2017 et d'une poursuite cette tendance en 2018.

Suite à l'initiative du Président de la République en décembre 2014, le Gouvernement a adopté le « Plan National d'Urgence Triennal (PLANUT) pour l'accélération de la croissance ». L'enveloppe affectée à ce plan est de 925 milliards de Francs CFA. Le volet santé du PLANUT a deux composantes essentielles : (i) la réhabilitation de l'infrastructure et le relèvement des plateaux techniques des

¹ Rapport du FMI No. [15/331] au titre de l'article IV, 2015

hôpitaux généraux de Douala, Yaoundé et du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (30 milliards); (ii) la construction et l'équipement des Centres Hospitaliers Régionaux (120 milliards)².

1.1.4 - Données sociales, humanitaires et sécuritaires

En raison d'une croissance démographique supérieure au taux de réduction de la pauvreté, le nombre de pauvres a augmenté de 12 % entre 2007 et 2014. On dénombrait 8,1 millions de pauvres dans le pays en 2014. La pauvreté se concentre de plus en plus dans les régions septentrionales du pays. D'après les estimations, 56 % des pauvres vivent dans les régions du Nord et de l'Extrême Nord. Cette tendance était déjà à l'œuvre avant même que le conflit ne vienne déstabiliser l'ensemble de la région. Le taux net de scolarisation au niveau primaire (personnes de 6 à 11 ans) est resté autour de 80% entre 2005 et 2010. Le taux d'alphabétisation des personnes de 15 ans ou plus était estimé à 71% en 2010 (55% chez les femmes) [4].

Selon les estimations du MINEPAT et du PNUD, l'espérance de vie passera de 51,7 ans en 2010 à 56,3 ans en 2020 [9]. Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,512, le Cameroun occupait le 153^{ème} rang sur les 188 pays évalués en 2014 [10]. Mais l'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) a légèrement augmenté passant de 0,156 à 0,161. Cette hausse indique qu'il y a une augmentation des inégalités de niveau de vie notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et des revenus [9].

Sur le plan humanitaire et sécuritaire, le Cameroun connaît une situation est de plus en plus difficile dans les régions septentrionales du pays, où le mouvement Boko Haram mène une guerre de basse intensité. On estime que 7 500 personnes ont été déplacées à l'intérieur du Cameroun, qui accueille par ailleurs 45 000 réfugiés nigériens au nord et 131 000 réfugiés de République centrafricaine à l'est. Par ailleurs, l'année 2017 a été marquée par de fortes tensions entre les régions anglophones, au nord-ouest et au sud-ouest, qui se sentent marginalisées par rapport au reste du pays.

²Convention cadre de construction et d'équipement entre la République du Cameroun et Alliance Développement Immobilier et le Groupe Banque Atlantique du 19 décembre 2015.

Quelques indicateurs sur la situation socioéconomique et sanitaire du pays

Données générales

Superficie	475 650 km ²
Langues officielles	Français, Anglais
Monnaie	FCFA

Indicateurs sociodémographiques

Population totale estimée	21,143 millions
Taux de croissance démographique	2,6%
Taux de pauvreté	37,5% (en 2014)
Taux de chômage élargi	5,7% (en 2010)
Taux de sous-emploi	70%
Espérance de vie à la naissance	54 ans

Indicateurs macroéconomiques (2013)

PIB nominal	14 607 milliards F CFA
PIB par tête	696 000 F CFA
Taux de croissance du PIB	5,6%
Dépenses d'investissement	1 053,3 milliards F CFA
Ressources budgétaires totales	2 655,3 milliards F CFA
Taux d'endettement	10,6%
Taux d'inflation	2,1%

Indicateurs sanitaires (MICS 2014, s.i.c)

Accès aux sources d'eau améliorée	72,9% (ménages)	Accès aux toilettes améliorées	34,9% (ménages)
Prévalence du VIH	4,3% (EDS-2011)	Taux de couverture DTC3	79,3%
Besoins non satisfaits en PF	34,3%	Taux de mortalité infanto-juvénile	103‰
Prévalence urbaine de l'HTA	29,7% (Kingue et al. 2015)	Taux de malnutrition chronique	31,7%
Ratio de mortalité maternelle	782 décès/100 000 naissances vivantes (EDS, 2011)		

Source : INS, BUCREP, MINFI

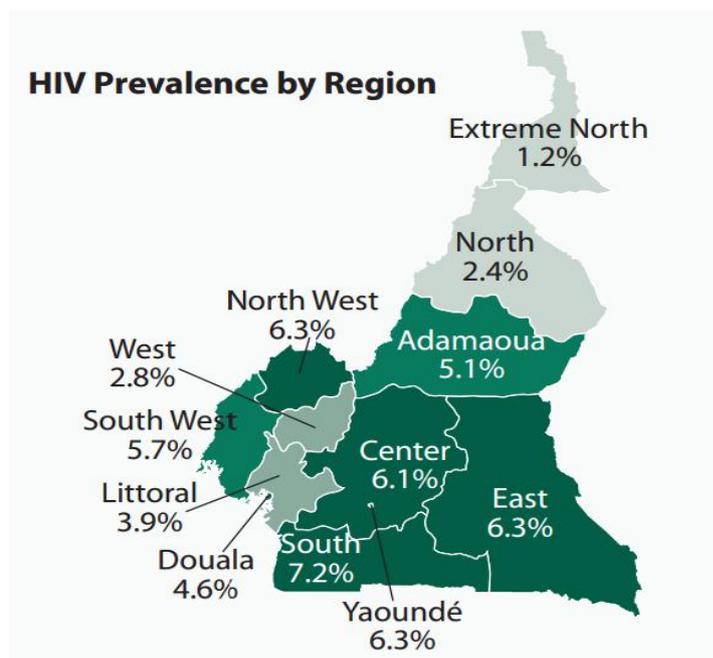
s.i.c : sauf indication contraire

1.2. Situation épidémiologique du VIH/Sida

L'épidémie de VIH au Cameroun est généralisée, se distinguant par une prévalence moyenne de 4,3% dans la population des 15-49 ans (EDS IV 2011). Selon les estimations et projections épidémiologiques effectuées à l'aide du logiciel EPP- Spectrum 2017, l'évolution de la prévalence ces dernières années a une tendance à la baisse, allant de 4,3% en 2012 à 3,8% en 2016. Elles indiquent en 2016, un nombre de PVVIH de 560 000 et un nombre de nouvelles infections à VIH à 32 000.

Les tendances montrent que quel que soit l'âge, la prévalence du VIH chez les femmes est supérieure à celle des hommes, et en général supérieure à la prévalence globale. Chez les 15-24 ans, tout intervalle de confiance égale par ailleurs, on note une stabilisation de la prévalence depuis 2012 (1,1% chez les garçons et 1,9% chez les filles). Chez les plus de 15-49 ans, les prévalences chez les femmes et les hommes sont respectivement passées de 5,7% et 3,0% à 5,1% et 2,5% entre 2012 et fin 2016.

On note une distribution de l'épidémie caractérisée par des disparités de prévalence d'une région à l'autre. C'est dans les régions du Sud (7,2%), de l'Est (6,3%), du Nord-Ouest (6,3%), de Yaoundé (6,3%), du Centre (6,1%), du Sud-Ouest (5,7%), de l'Adamaoua (5,1%) et de Douala (4,6%) que la prévalence est la plus élevée. À l'opposé, dans les régions de l'Extrême-Nord (1,2%), du Nord (2,4%), de l'Ouest (2,8%), du Littoral (3,9%) elle est inférieure à la prévalence nationale. Ces disparités sont confirmées par les données programmatiques du dépistage du VIH et de la PTME au fil des années.



Entre 2012 et 2016, l'estimation du taux d'incidence du VIH était à la baisse allant de 1,67 pour 1000 à 1,39 à tous âges. Cette même tendance a été observée concernant les nouvelles infections chez les enfants de 0 à 14 ans où le nombre de nouvelles infections estimées est passé de 6 700 à 4 000 [1600 - 9000] pour la même période. Elles devraient continuer de diminuer pour atteindre 1 195 en 2021 si la mise en œuvre des interventions combinées de prévention et de prise en charge des groupes moteurs est effective.

Le groupe de « sexe hétéro à faible risque » (couples stables) et le groupe des clients des professionnelles de sexe (PS) constituent les moteurs reconnus de l'épidémie avec une contribution à hauteur de 80% des nouvelles infections. Par ailleurs, les estimations du nombre de nouvelles infections entre 2012 et 2016 indiquent que les jeunes de 15-24 ans ont toujours été des moteurs de l'épidémie et le resteront jusqu'en 2020, ils continueront à contribuer au moins de moitié dans l'épidémie à VIH.

Concernant la mortalité, le nombre total estimé de décès liés au VIH est passé de 28 000 en 2012 à 31 000 en 2015 avant de baisser pour atteindre 29 000 en 2016. Les projections par EPP-Spectrum jusqu'en 2021 font observer que la mortalité continuera de baisser considérablement pour atteindre 8 000 en 2021 si les stratégies mises en place et les résultats actuels sont maintenus.

Situation de la réponse et quelques résultats programmatisques en 2016 et 2017

Au cours de l'année 2017, le Cameroun a poursuivi sa démarche vers l'atteinte de l'objectif 90-90-90 à l'horizon 2020 à travers la mise en application des options stratégiques fortes. Il s'agit notamment du renforcement des unités mobiles de dépistage du VIH, de l'adoption de la stratégie « Tester et traiter », de la mise en œuvre de la dispensation communautaire des ARV, de la proposition systématique du dépistage à toutes les portes d'entrée dans les formations sanitaires, de la création et de la mise en fonction de nouvelles unités de prise en charge dans les 10 régions du pays, du recrutement des accompagnateurs psychosociaux pour renforcer la rétention sous traitement, du passage à échelle de la réalisation de la charge virale à travers l'enrôlement de 8 nouveaux laboratoires sur l'étendue du territoire et de la subvention de sa réalisation.

En matière de prévention, les activités ont porté sur la communication pour le changement de comportement, la distribution des préservatifs et le conseil dépistage volontaire. Dans ce domaine, les principaux résultats enregistrés au cours de l'année sont les suivants :

- Plus de 32 623 453 préservatifs en 2016 et 35 415 021 ont été distribués en 2016 et 2017;
- Environ 2 418 986 personnes ont été testées au VIH dans l'ensemble du pays en 2016 dont 115 240 ont été diagnostiquées séropositives (taux de séropositivité de 4,8%) et 3 690 832 en 2017 pour un taux de séropositivité de 3,5%.

Dans le domaine de la prise en charge globale des PVVIH, les résultats enregistrés sont les suivants :

- La file active des PVVIH en décembre 2016 était de 205 382, soit un accroissement de 22% par rapport à l'année 2015. Cette file active est passée à 253 715 en 2017;
- La couverture programmatique en ARV chez les femmes enceintes VIH+ était de 75,7% en 2016 et 85,48% en 2017 ;
- La couverture programmatique en ARV prophylactique chez les enfants exposés au VIH était de 92% en 2016. Par ailleurs 97,7% d'enfants nés de mères séropositives vus dans une formation sanitaire ont bénéficié de la PCR ;
- La couverture en TARV des enfants diagnostiqués VIH+ était de 77,2%.

Les activités réalisées dans le cadre de la réduction de l'impact socio-économique de la maladie sur les PVVIH, les OEV et autres personnes affectées ont été marquées par :

- La conduite du conseil de dépistage chez 11 494 OEV ;
- L'apport d'un soutien social à 4 284 OEV ;

- L'enrôlement de 287 OEV au traitement ARV, la réalisation de visites à domicile et le soutien psychosocial à 299 OEV, la réalisation de 50 analyses de charges virales au profit des enfants et adolescents infectés par VIH. En outre, des activités en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des PVVIH et populations clés ont été menées au cours de l'année.

Concernant l'amélioration de l'utilisation des données programmatiques et de recherche pour la prise de décision, on note que les données programmatiques produites en 2016 et 2017 étaient de bonne qualité et les activités de recherche dans le domaine du VIH pour la prise de décision ont été effectives. Le contrôle de la qualité des données a été effectif à tous les niveaux, le GTSE et la Section Planification et Suivi Evaluation, ainsi que ses unités régionales ont pleinement joué leur rôle dans la mise en œuvre et l'évaluation des activités du programme. S'agissant du renforcement de la coordination, de la mobilisation des ressources et de la gestion de la riposte nationale, il ressort que les mécanismes de coordination et de gestion étaient bien organisés à tous les niveaux et dans tous les secteurs malgré les difficultés dans la gestion financière au niveau de l'organe de coordination centrale (GTC/CNLS), avec une bonne appropriation de la lutte par les acteurs.

2- METHODOLOGIE

2.1 - Approche, Concept d'évaluation et Objectifs

Le suivi des flux financiers et l'évaluation des dépenses consacrées au VIH et au sida requiert une démarche méthodologique systématique et complète.

2.1.1 - Approche et Concept d'évaluation

La démarche à suivre consiste à tracer les flux financiers de différentes sources aux agents financiers vers les fournisseurs de services et bénéficiaires finaux de ces services à travers les transactions. Les transactions sont établies en relevant tous les éléments du flux financier, notamment, le transfert des fonds de la source de financement vers un agent de financement puis un prestataire ; les dépenses effectuées par le prestataire par intervention et selon les rubriques budgétaires ; les populations ayant bénéficié de ces services. Les transactions sont faites de haut en bas et de bas en haut.

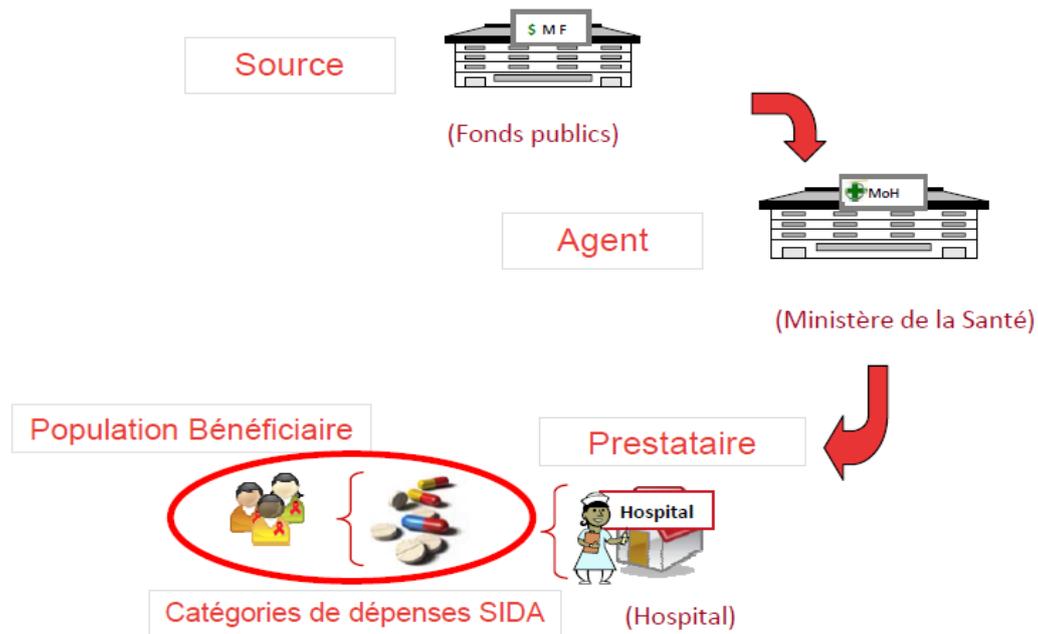


Figure 1: Circuit d'une transaction financière

Pour éviter les doubles comptages lors de la reconstitution de chaque transaction de la source aux prestataires et aux bénéficiaires, les matrices à double entrée sont utilisées pour représenter l'origine et la destination des fonds.

2.1.1 - Objectifs

■ Objectif général

L'objectif général de cette étude était d'estimer les flux de ressources et dépenses nationales réelles de la lutte contre le VIH et le Sida en 2016 et 2017 au Cameroun.

■ Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, il s'agissait de:

1. Quantifier les ressources financières allouées à la réponse nationale au VIH/sida en 2016 et 2017
2. Analyser la répartition des dépenses par catégories d'intervention
3. Proposer la réallocation des ressources en tenant compte du profile épidémiologique et les domaines programmatiques
4. Identifier les contraintes/difficultés liées au tracking des ressources et proposer des approches de solutions

Classification REDES

La classification REDES suit le schéma de reconstitution des transactions de haut en bas. Il s'agit de :

- Les sources de financement ;
- Les agents de financement ;
- Les prestataires de service ;
- Les catégories de dépenses ou les services offerts ;
- Les objets de dépense ;
- Les populations bénéficiaires des services.

2.2.1 - Sources de financement

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

2.2.2 - Agents financiers

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

2.2.3 - Prestataires de services

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

2.2.4 - Catégorie de dépenses

Il s'agit des différentes formes d'interventions menées en vue d'apporter une riposte à l'épidémie se présentant sous un schéma de classification. Les classifications dans leur ensemble sont destinées à couvrir de manière compréhensible et conséquente les catégories de dépenses (ASC). Les

programmes et les lignes de budget ont été structurés suivant 8 classes en chapitre de dépenses afin de percevoir de manière désagrégée l'apport de chaque activité dans la réponse nationale au VIH.

- **Prévention**

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

- **Soins et traitement**

Les soins et traitement se réfèrent à toutes les dépenses, achats et investissements occasionnés par les services visant une prise en charge clinique, aux activités de traitement et de soins des adultes et des enfants infectés par le VIH.

- **Orphelins et enfant vulnérables**

Ce sont les dépenses liés à tous les services destinés à améliorer les conditions de vie des orphelins et enfants vulnérables et des familles affectées par le VIH/sida

- **Gestion de programme**

Les dépenses de gestion de programme sont définies comme les dépenses occasionnées au niveau administratif en dehors des points de délivrance des soins de santé. Les dépenses de programme couvrent les services tels que le Management des programmes sida, le suivi évaluation, le plaidoyer et les facilités en termes de réhabilitation des équipements de laboratoires.

- **Incitation au recrutement et à la rétention des ressources humaines**

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

- **Dépenses en atténuation**

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

■ Développement communautaire et environnement favorable

Cette catégorie intègre la promotion et le soutien du développement d'un environnement favorable au VIH à travers le plaidoyer et la communication stratégique, le respect des droits des PVVIH et autres personnes affectées, le développement institutionnel spécifique au sida.

■ Recherches associées au VIH/sida

Elles regroupent toutes les dépenses liées aux activités de recherche liée au VIH. La recherche liée au VIH et au sida est définie comme la création de connaissances pouvant être utilisées pour la prévention de la maladie, la promotion, la restauration, le maintien, la protection, l'amélioration du bien-être social.

2.2.5 - Objets de dépenses ou facteurs de production ou ligne budgétaires

L'objet de la dépense ou facteur de production représente le bien ou le service payé par les ressources pour une intervention donnée.

2.2.6 - Populations bénéficiaires

Les populations bénéficiaires sont des groupes de population constituant la cible des activités conduites. Il s'agit des bénéficiaires de différents services :

- Personnes vivant avec le VIH
- Groupes de population particulièrement vulnérable : les orphelins ou les autres enfants rendus vulnérables, les enfants nés de mères séropositives, les réfugiés ;
- Populations clés : Travailleuses du sexe et leurs clients, les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes, les camionneurs, les prisonniers ;

2.2 - Processus de collecte et d'analyse des données

L'outil REDES permet de capturer les ressources consacrées à la lutte contre le VIH et le sida. C'est un instrument d'aide à la décision.

Plusieurs étapes ont marqué l'élaboration du rapport REDES 2016 et 2017, notamment :

- La pré-enquête ;
- La collecte des données ;
- Le traitement et la saisie des données ;
- L'analyse des résultats ;

- La pré-validation du rapport
- La validation et dissémination du rapport.

2.3.1 - Pré-enquête

Elle a consisté en une série d'activités dont les plus importantes sont :

La formation/recyclage des points focaux nationaux chargés de la collecte sur les grands principes de l'analyse du financement des projets et programmes de santé en général et celui de la lutte contre le VIH et le SIDA en particulier, par le consultant national, sous la coordination du GTC/CNLS et l'appui technique de l'ONUSIDA.

La particularité de cet exercice a été la participation des régions à la formation afin de capter les informations sur l'ensemble du pays et améliorer la qualité des données collectées avec une meilleure triangulation.

La formation a été le lieu de revoir avec les acteurs présents, la liste structures (publiques, privées, ONG nationales et internationales et Partenaires Techniques et financiers) susceptibles de produire l'information recherchée. La liste définitive des structures retenues figure en annexes à ce rapport ainsi que le questionnaire validé.

Sur la base de cette liste les lettres ont été préparées pour faciliter l'accès des points focaux à ces structures. Pour les régions, la liste définitive devait être validée par le coordonnateur du GTR et les lettres signées au niveau régional.

Les structures retenues ont été réparties aux différents membres de l'équipe qui se sont organisés pour y accéder. Les outils de collecte des données ont été revus, harmonisés et reproduits.

La collecte proprement dite s'est déroulée du 4 au 20 décembre 2017 sous la supervision du consultant national.

2.3.2 - Collecte des données

Les équipes ainsi formées ont fait des descentes sur le terrain pour la collecte des données. Près de 150 structures ont été visitées. Le taux de structures répondants à date s situe à 70%. Toutefois il est important de signaler la principale difficulté à laquelle les points focaux ont fait face est le refus de prendre part à l'enquête malgré la lettre et aussi le départ en congé des personnes clés pouvant renseigner le questionnaire, dans d'autres structures.

Les données une fois collectées ont été apurées. Il s'agissait de contrôler la cohérence des activités par rapport aux missions de la structure et de s'assurer de la bonne qualité des données reçues.

La recherche active des informations manquantes a été effectuée afin de disposer de l'information la plus exhaustive et la plus vraisemblable possible sur les différentes institutions.

L'équipe de supervision a effectué un travail de proximité afin de suivre la fiabilité et la validité des données collectées selon le canevas REDES/NASA. Elle a en outre aidé les équipes nationales dans la collecte des données manquantes.

2.3.3 - Traitement et saisie des données

Les données, une fois collectées, ont été vérifiées au niveau central par les points focaux nationaux. Le travail a consisté en l'apurement des données saisies. .

- Codification et saisie des données dans le tableur Excel : La codification des données a consisté à les rattacher à un code précis permettant leur introduction dans le logiciel RTS/RTT. A chaque intervention ont été associés l'objet de la dépense, les populations bénéficiaires ainsi que les différents facteurs de production intervenant dans l'activité.
- Contrôle de la qualité et de la cohérence des données : Recherche des informations manquantes. Cette dernière étape a consisté à revoir les données saisies afin de s'assurer de la cohérence d'ensemble des informations et surtout à corriger les erreurs de saisie.
- Saisie des données dans le RTS/RTT/NASA : Une fois la qualité des données assurée, une équipe restreinte s'est attelée à introduire les données dans le logiciel RTS/RTT. L'accomplissement de cette phase a permis de générer les différentes matrices.

2.3.4 - Analyse des résultats

Les tableaux et les graphiques ont été générés à partir des matrices produites par le logiciel RTS/RTT. Par ailleurs, afin d'affiner les analyses, les tableaux ont été exportés de RTS/RTT vers Excel pour les tableaux plus détaillés et les graphiques. Les résultats concernant le niveau de financement et de dépenses en matière du VIH et du Sida, combinés avec l'information démographique, socio-économique et épidémiologique du pays, ont permis de présenter les indicateurs de distribution de la dépense et les analyses comparatives avec d'autres pays.

2.3.1 - Validation

Une session de validation des résultats se tiendra au cours du premier trimestre 2018, ceci afin de s'assurer d'avoir capté toutes les dépenses 2017. Elle a regroupé les acteurs de mise en œuvre et les PTF et a permis de valider le processus et d'affiner les résultats de cette estimation. Le rapport préliminaire a été consolidé et le rapport final produit.

2.3.2 - Dissémination

Le présent rapport une fois validé sera diffusé à l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH au Cameroun par email et sera posté sur le site internet du CNLS (www.cnls.cm).

2.3 - Limites de l'estimation

Les principales limites de cette étude sont :

- Le taux de complétude : les résultats ainsi présentés représentent une couverture de 70% des structures ciblées. Les entreprises privées et certaines ONG et associations
- La non désagrégation de certaines dépenses
- La non prise en compte de certaines dépenses en ressources humaines (salaires du personnel payé par l'Etat), et infrastructures dans la contribution de l'Etat et l'absence d'hypothèses fortes pour une meilleure estimation des dépenses des ménages
- L'insuffisance de financement pour collecter les données auprès de l'ensemble des acteurs connus

3- RESULTATS DE L'ESTIMATION DES RESSOURCES ET DEPENSES ALLOUEES A LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA EN 2016-2017

3.1 - Dépenses globales consacrées à la lutte contre le VIH et le sida en 2016-2017

En 2016 les dépenses totales consacrées à la lutte contre le VIH/sida ont été estimées à 44 999 675 860 FCFA contre 65 620 341 631 Fcfa en 2017 soit une augmentation de 45,8% entre les deux années.

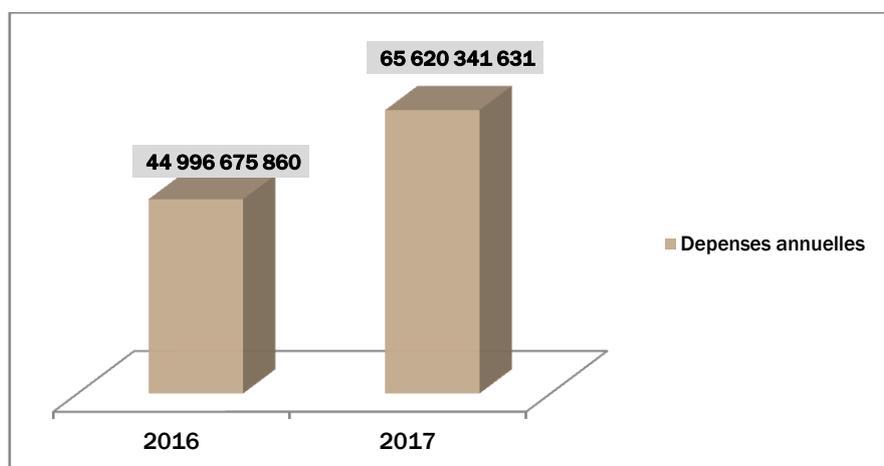


Figure 2: Dépenses allouées à la lutte contre le VIH/Sida en 2016-2017

3.1.1 - Analyse et comparaison avec les années antérieures

Le graphique ci-dessous présenté donne de constater que les financements alloués à la lutte évolue en dents de scie depuis 2007, année de la première estimation des dépenses. Les dépenses liées à la riposte au VIH/Sida au Cameroun ont connu une évolution croissante entre 2007 et 2009 (voir graphique ci-dessous). A partir de 2010, et ce, jusqu'en 2011, les fonds alloués à la lutte contre le VIH ont connu une baisse de 30,7%, en raison du contexte économique mondial marqué par la crise économique. Malgré la persistance de la crise économique, ces fonds ont connu une augmentation entre 2011 et 2013. L'on est ainsi passé de 23,99 milliards en 2011 à 31,67 milliards en 2013, soit une hausse 32%. Cette augmentation s'explique par la mise en œuvre des activités du projet R10 du Fond Mondial, dont l'année 2013 représentait une année charnière et l'implication croissante des partenaires bilatéraux tels que les USA à travers les fonds PEPFAR. La poursuite de l'appui du FM avec le nouveau modèle de financement et le financement sans cesse grandissant accordé par le gouvernement des USA au Cameroun pour la lutte contre le VIH ont permis d'avoir un accroissement des dépenses en

faveur de la lutte contre le VIH depuis 2014. Un pic plus marqué est observé en 2017 par rapport aux années antérieures ; les fonds dépensés en 2017 représentent 1,5 fois ceux dépensés en 2016. En effet, le financement du Fonds Mondial (NFM) initialement prévu pour 3 ans (2015-2017) a été utilisé en deux ans (2016-2017) et le premier semestre de 2016 a été consacré aux activités de démarrage du projet plus qu'à la mise en œuvre des activités ; d'où la concentration des dépenses en 2017 par rapport à 2016.

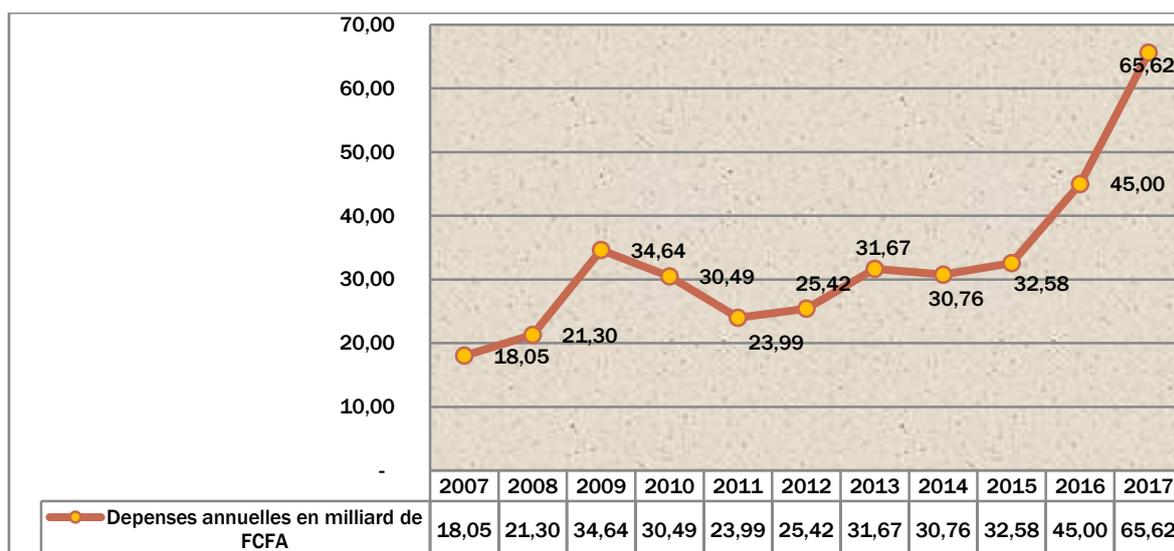


Figure 1: Evolution faites en faveur du VIH au Cameroun de 2007 à 2017

L'analyse comparée des dépenses de 2016 et 2017 et du budget prévisionnel du plan opérationnel du PNS 2014-2017 montre que les fonds mobilisés en représentent moins de 70% des besoins soit respectivement 40% en 2016 et 53,6% en 2017. Des efforts restent donc à faire à tous les niveaux en vue de l'amélioration de la capacité du programme à mobiliser les fonds et à les dépenser effectivement.

3.2 - Sources de financement

L'Etat, le secteur privé et les partenaires au développement ont contribué aux dépenses allouées à la lutte contre le VIH/Sida en 2016-2017. Toutefois il ressort de la répartition présentée par le graphique ci-après que la lutte contre le VIH au Cameroun continue d'être fortement tributaire des partenaires internationaux. En effet, les fonds internationaux en 2016 comme en 2017 représentent plus de 80% des dépenses alloués à la lutte.

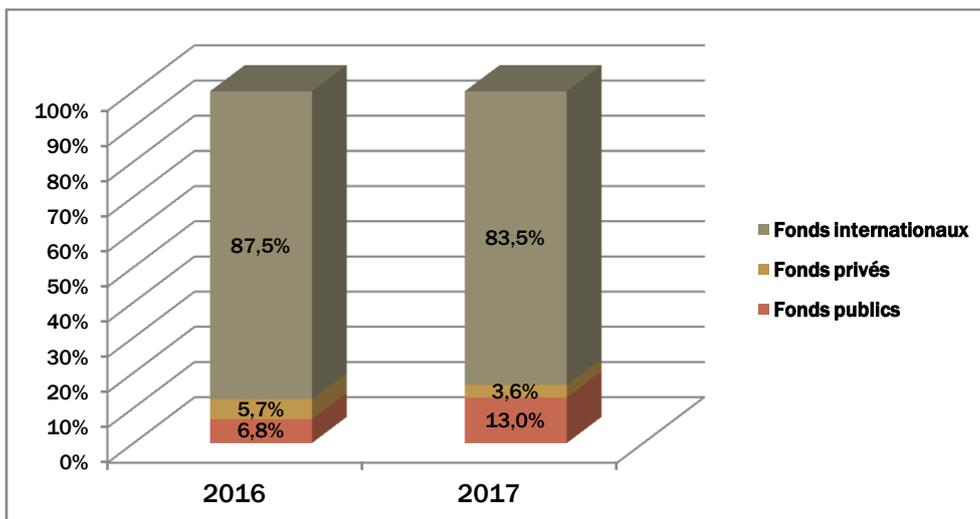


Figure 2: Répartition des dépenses par source de financement, 2016 et 2017

Si les fonds privés sont restés quasiment stagnants entre 2016 et 2017 les fonds publics par contre ont connu une augmentation entre les deux années tel qu'illustre le graphique ci-contre.

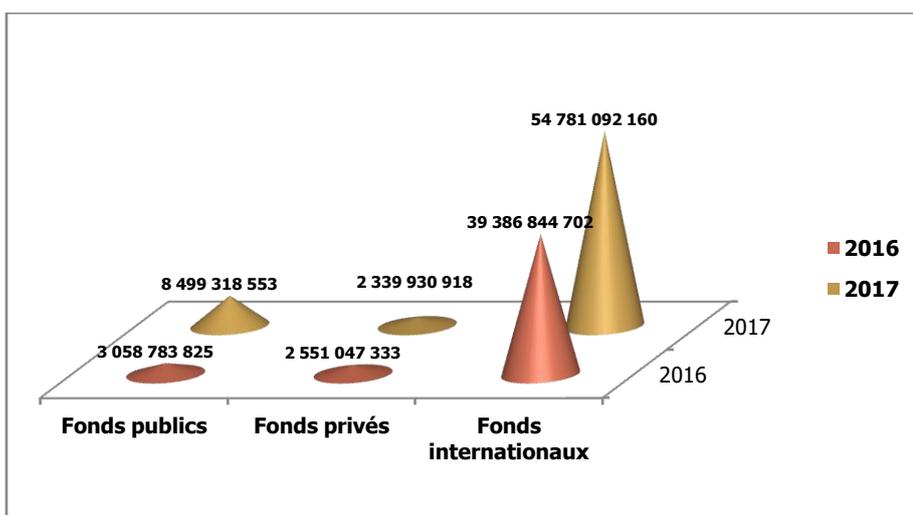


Figure 3: Evolution des dépenses par source de financement de 2016 et 2017

3.2.1- Fonds domestiques

Les fonds domestiques sont constitués à plus de la moitié par les fonds publics, ensuite viennent les fonds des ménages. La contribution des entreprises nationales à but lucratif représente moins de 5% du total des fonds domestiques.

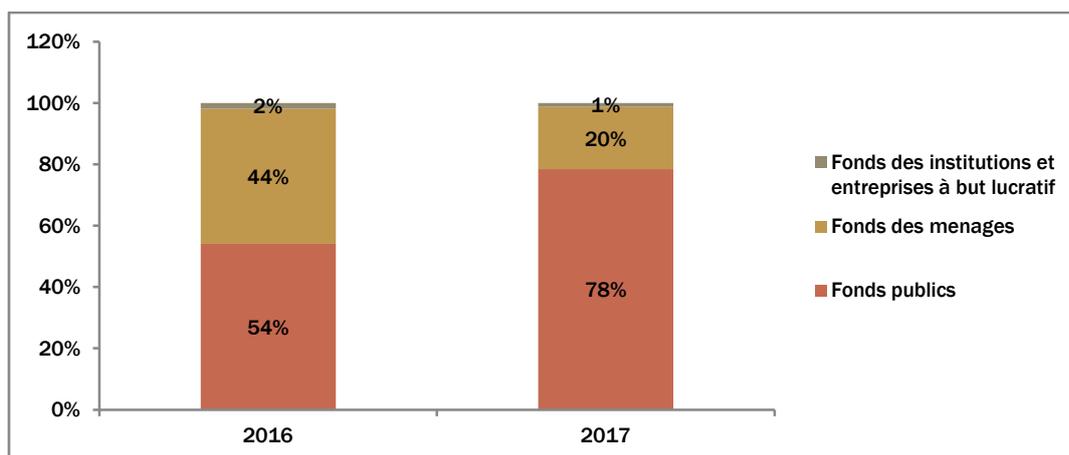


Figure 4: Distribution des fonds domestiques 2016 et 2017

3.2.1.1- Les fonds publics

En 2016 et 2017, on estime à 3 058 783 825 Fcfa et 8 499 318 553 Fcfa respectivement, les fonds publics dépensés pour la lutte. Les dépenses rapportées tiennent compte des fonds de contrepartie, du budget de fonctionnement du GTC/CNLS et des fonds publics dépensés et rapportés par les autres administrations telles que le MINFI, le MINEPIA, le MINAS, le MIJEC etc. Toutefois, le taux de complétude des données des autres administrations publiques reste très faible ; moins de 20% ont retourné le questionnaire transmis à cet effet. Il ressort en outre des informations des autres administrations publiques une faible appropriation de la lutte par celles-ci. En effet, plusieurs d'entre elles ont signalé n'avoir pas alloué les fonds pour la lutte contre le VIH en 2016 et 2017, malgré l'arrêté du Premier Ministre instruisant d'inscrire une ligne dans le budget de chaque administration pour les activités de lutte contre le VIH.

3.2.1.2- Les fonds privés

Les fonds alloués par les privés et rapportés en 2016 et 2017 sont essentiellement constitués des fonds dépensés par les ménages pour la prévention et la prise en charge. Il s'agit spécifiquement de l'estimation des dépenses effectuées pour l'achat des préservatifs, le transport et les examens de suivi de routine.

3.2.2- Les fonds internationaux

Les fonds internationaux investis dans la lutte contre le VIH/Sida au Cameroun en 2016 et 2017 ont été estimés respectivement à **39 386 844 702 Fcfa** et à **54 781 092 160 Fcfa**, soit une hausse de 39,084%

entre les deux années. Ils représentent respectivement 87,5% et 83,5% de l'ensemble des fonds mobilisés et dépensés pour la lutte contre le VIH au cours de ces deux années.

Ces fonds sont les contributions des trois grandes catégories de bailleurs et sont repartis comme suit :

- Les organismes bilatéraux dont la contribution aux dépenses de la lutte est passée 23 486 587 409 FCFA (60%) en 2016 à 21 426 017 877 FCFA (34%) en 2017 soit une baisse de 9%. Plus de la 80% de ces fonds proviennent de l'apport du gouvernement américain. La faiblesse de la contribution du gouvernement Français est en partie due à la non transmission des informations par certaines institutions ayant reçu des fonds du gouvernement français;
- Les Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées dont la contribution aux dépenses de la lutte contre le VIH/Sida sont passées de 15 900 257 293 Fcfa en 2016 contre **33 321 933 108 fcfa** en 2017, soit plus du double des fonds dépensés en 2016 provenant des organismes multilatéraux. Ces fonds proviennent essentiellement du Fonds Mondial (90,1% et 96,0%), suivi de l'UNICEF.

Tableau 1. Décomposition des fonds internationaux 2016 et 2017

		2016	%	2017	%
Contributions bilatérales directes	Gouvernement français	65 642 000	0%	3 478 000	0%
	Gouvernement allemand	3 141 430 241	13%	396 664 967	2%
	Gouvernement américain	20 279 515 168	86%	21 025 874 910	98%
Contributions bilatérales directes		23 486 587 409	59,6%	21 426 017 877	39%
Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées	Union européenne	0	0,0%	16 999 529	0,1%
	Fonds mondial	14 019 722 402	88,2%	31 704 143 887	95,1%
	ONUSIDA	307 632 571	1,9%	307 384 921	0,9%
	UNICEF	902 573 935	5,7%	761 167 065	2,3%
	PNUD		0,0%	34 779 321	0,1%
	UNESCO	31 377 779	0,2%	36 818 769	0,1%
	UNFPA	240 242 247	1,5%	75 987 990	0,2%
	PAM	58 607 199	0,4%	90 102 466	0,3%
	OMS	340 101 160	2,1%	294 549 160	0,9%
Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées		15 900 257 293	40,4%	33 321 933 108	60,8%
fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)		0	0,0%	33 141 175	100%
fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)		0	0,0%	33 141 175	0,1%
		39 386 844 702		54 781 092 160	

3.3 - Situation globale des dépenses par intervention

Les fonds alloués à la lutte contre le VIH en 2016 et 2017 ont été dépensés en majeure partie pour des activités de soins et traitement à hauteur de 25 044 327 507 FCFA soit (55,7%) en 2016 et 41 618 604 724 Fcfa soit 63,4%. La prévention constitue le deuxième pôle de dépenses et a représenté respectivement 27,5% et 21,3% du total des dépenses en 2016 et 2017. Les dépenses de prévention se sont accrues d'une valeur absolue de 1 646 961 692 FCFA Fcfa entre les deux années. Les charges d'administration, gestion du programme et ressources humaines représentent la troisième grande enveloppe des fonds dépensés aussi bien en 2016 qu'en 2017.

Tableau 2. Répartition des dépenses par intervention, 2016 et 2017

Intervention/catégorie de dépenses	2016	%	2017	%
Prévention	12 362 215 913	27,5%	13 967 596 685	21,3%
Soins et traitement	25 044 327 507	55,7%	41 618 604 724	63,4%
Orphelins et autres enfants rendus vulnérables	455 625 762	1,0%	553 220 772	0,8%
Gestion et administration de programmes	6 923 128 050	15,4%	9 089 449 680	13,9%
Protection sociale et services sociaux	77 672 004	0,2%	272 434 982	0,4%
Environnement favorable	34 392 006	0,1%	81 885 983	0,1%
Recherche liée au VIH (hors recherche opérationnelle)	99 314 618	0,2%	37 148 805	0,1%
Total général	44 996 675 860	100,0%	65 620 341 631	100,0%

3.3.1. Dépenses de prévention

Contrairement aux années précédentes au cours desquelles le plus grand pool de dépense en prévention était la PTME, en 2016 et 2017, le Conseil et Dépistage Volontaire occupe la première place. Il est suivi en 2016 par les activités de Communication pour le Changement de Comportement, la PTME et le marketing social et fourniture en préservatif. En 2017, après les activités de CDV viennent la PTME, la Communication pour le Changement de Comportement et la prévention en faveur de certaines populations vulnérables mais demeurant accessibles (Détenus, Réfugiés, travailleurs etc). Ceci se justifie par le fait que depuis 2015 des efforts substantiels sont faits dans le sens de l'atteinte de trois 90, le premier étant la connaissance du statut sérologique par les personnes infectées. D'un autre côté, la PTME semble ne plus occuper la première place dans les dépenses de prévention du fait du passage à l'option « Test and Treat » qui voudrait qu'une partie des interventions de la PTME soit confondu avec les activités de prise en charge des personnes infectées.

Tableau 3. Décomposition des dépenses de prévention, 2016 et 2017

	2016	%	2017	%
Communication pour le changement social et comportemental	1 786 782 506	14,5%	1 416 251 945	10,1%
Conseil et test volontaires (CTV)	3 497 311 410	28,3%	5 457 711 518	39,1%
Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles	960 792 459	7,8%	1 028 981 568	7,4%
Prévention – jeunes gens scolarisés	280 807 993	2,3%	455 637 540	3,3%
Prévention – jeunes gens non scolarisés	232 567 700	1,9%	217 206 900	1,6%
Programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients	1 146 418 216	9,3%	1 031 793 837	7,4%
Programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	755 115 349	6,1%	807 253 993	5,8%
Programmes de prévention sur le lieu de travail	309 864 655	2,5%	47 038 371	0,3%
Marketing social du préservatif et mise à disposition des préservatifs masculins et féminins dans le secteur public	1 750 242 978	11,2%	314 817 212	2,3%
Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)	1 517 411 460	12,3%	2 980 968 816	21,3%
Sécurité transfusionnelle	18 944 640	0,2%	26 668 950	0,2%
Autres activités de prévention	105 956 547	0,9%	183 266 035	1,3%
Total	12 362 215 913		13 967 596 685	

On note par ailleurs une importance croissante accordée aux interventions de prévention en direction des populations clés (MSM, TS). Pris ensemble, ils représentent respectivement 15,4% et 13,2% des fonds dépensés en 2016 et 2017 dans le cadre de la prévention du VIH contrairement aux années précédentes au cours desquelles les fonds alloués aux activités de prévention en faveur de ces populations représentaient moins de 10% de l'ensemble des dépenses de prévention.

3.3.2. Dépenses de soins et traitements

Les dépenses en soins et traitement dans le cadre de la lutte contre le Sida/Sida se subdivisent en plusieurs rubriques notamment :

- soins ambulatoires ;
- dépenses en transport des patients ;
- dépenses en soins hospitaliers.

En 2016 et 2017 un total de 25 044 327 507 FCFA et 41 618 604 724 FCFA a été utilisé pour les soins et traitement en faveur des PVVIH. La figure ci-dessous montre près de la moitié de ces fonds a été utilisée en 2016 pour les soins ambulatoires et plus du ¾ en 2017. Les dépenses de transport et secours d'urgence représentent moins de 5% de l'ensemble des fonds investis pour les soins et

traitement des PvVIH. Les dépenses en soins hospitaliers sont difficiles à estimer étant donné qu'elles concernent les dépenses individuelles des patients pour des problèmes spécifiques de santé nécessitant une hospitalisation.

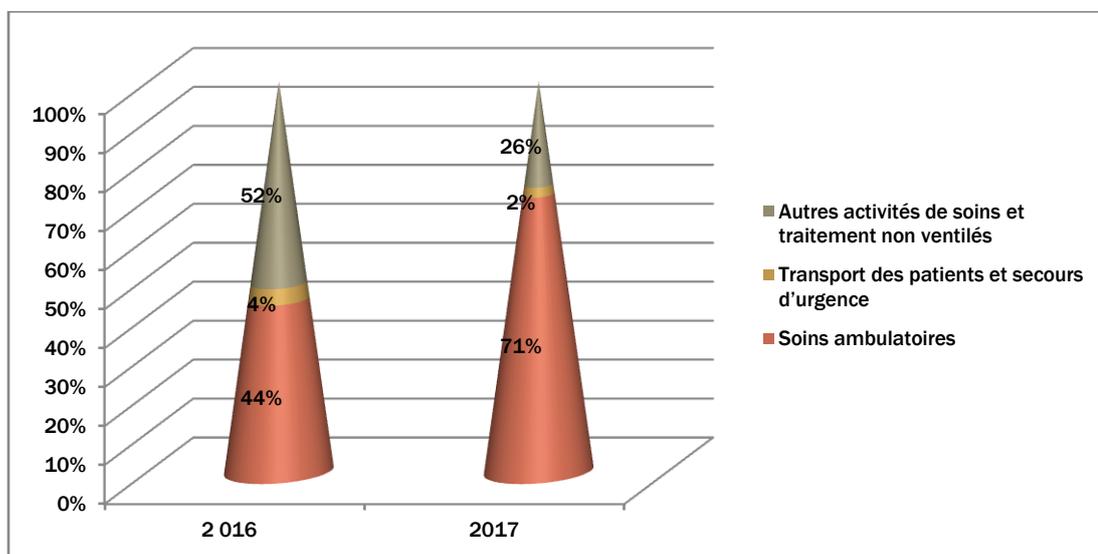


Figure 5: Décomposition des dépenses de soins et traitement en 2016 et 2017

S'agissant des dépenses en soins ambulatoires qui constituent la plus grande part des dépenses liées aux soins et traitement, l'essentiel des fonds a été affectée à l'achat des ARV, au suivi de laboratoire spécifique au VIH, à la prophylaxie et au traitement des infections opportunistes et le traitement et services d'accompagnement psychologique.

Tableau 4. Décomposition des dépenses en soins ambulatoires en 2016 et 2017

	2 016	%	2017	%
Prophylaxie et traitement ambulatoires des IO	604 831 960	5,50%	1 246 355 566	4%
Thérapie antirétrovirale	5 524 293 891	49,80%	22 411 548 267	76%
Suivi en laboratoire spécifique au VIH	3 841 936 837	34,70%	1 880 867 848	6%
Traitement et services d'accompagnement psychologique	1 115 708 788	10,10%	4 058 978 057	14%
	11 086 771 476		29 597 749 738	

3.2.1 - Dépenses en Administration et gestion du programme, protection sociale, environnement favorable et recherche

Les dépenses consacrées à l'administration et la gestion du programme au cours des années 2016 et 2017 se sont élevées respectivement à 6 923 128 050 Fcfa et 9 361 884 662 Fcfa soit une hausse de

35% entre ces deux années. Au cours de ces deux années, plus de la moitié de ces fonds a été utilisée la coordination et à la gestion du programmes soit respectivement 74% et 55%. Le suivi-évaluation a représenté moins de 30% des fonds alloués à la gestion du programme.

Tableau 5. Décomposition des dépenses de gestion de programme et du renforcement de l'administration en 2016 et 2017

		2 016	2 017
Gestion et administration de programmes	Planification, coordination et gestion de programmes	5 120 926 854	5 171 835 210
	Suivi et évaluation	693 540 301	2 463 408 920
	Surveillance et recherche opérationnelle	54 016 633	196 352 001
	Systèmes d'approvisionnement en médicaments	867 361 569	1 257 853 549
	Gestion de programmes, non classifiées ailleurs (n.c.a.)	187 282 693	272 434 982
	Total	6 923 128 050	9 361 884 662
Protection sociale et services sociaux	Services de protection sociale et services sociaux, non ventilés par type d'activité	77 672 004	
Environnement favorable		34 392 006	81 885 983
Recherche liée au VIH (hors recherche opérationnelle et surveillance)		99 314 618	37 148 805

3.4 - Situation globale des dépenses par population bénéficiaire

La structure globale des dépenses de lutte contre VIH/Sida selon la population bénéficiaire est ne change pas fondamentalement d'une année à l'autre. En 2016 comme en 2017, les personnes vivant avec le VIH demeurent les principaux bénéficiaires des interventions de la lutte contre la pandémie. En effet, plus de 50% des fonds investis dans la lutte contre le VIH/Sida en 2016 et en 2017 a été dépensée pour des interventions en leur faveur et a concerné l'ensemble de la population sans distinction d'âge ou de sexe.

Tableau 6. Décomposition des dépenses par population bénéficiaire en 2016 et 2017

	2 016	%	2 017	%
Personnes vivant avec le VIH	23 972 104 677	53,3%	41 586 230 817	63,4%
Groupes de population clés	2 329 711 460	5,2%	2 112 461 599	3,2%
Groupes de population particulièrement vulnérables	3 375 695 043	7,5%	3 966 962 610	6,0%
Groupes de population spécifiques accessibles	1 081 399 660	2,4%	1 635 960 397	2,5%
Population générale (enfants, adolescents et adultes)	7 857 138 765	17,5%	8 271 175 544	12,6%
Initiatives non ciblées	6 248 832 621	13,9%	8 047 550 664	12,3%
Total général	44 520 312 539		65 620 341 631	

Les dépenses faites en direction des MARPS bien qu'en constante augmentation depuis 2013 (782 696 854 FCFA en 2015, 854 048 388 Fcfa en 2016 et 1 092 595 359 Fcfa en 2017) représentent toujours moins de 10% des dépenses totales. Les dépenses consacrées à la population générale sont estimées à 7 857 138 765 Fcfa en 2016 contre 8 271 175 544 FCFA en 2017 soit respectivement 17,5% et 12,6% du montant total. Il ressort par ailleurs qu'au cours de ces deux années plus 10% des fonds a été affecté aux initiatives non ciblées (Transversales ; suivi-évaluation, coordination etc.).

Pour ce qui est des populations clés (MARPs), les fonds dépensés ont concerné majoritairement les TS et leurs clients. Les Utilisateurs de Drogues injectables contrairement aux années précédentes ont bénéficiés des activités de prévention du VIH bien que très faiblement financées.

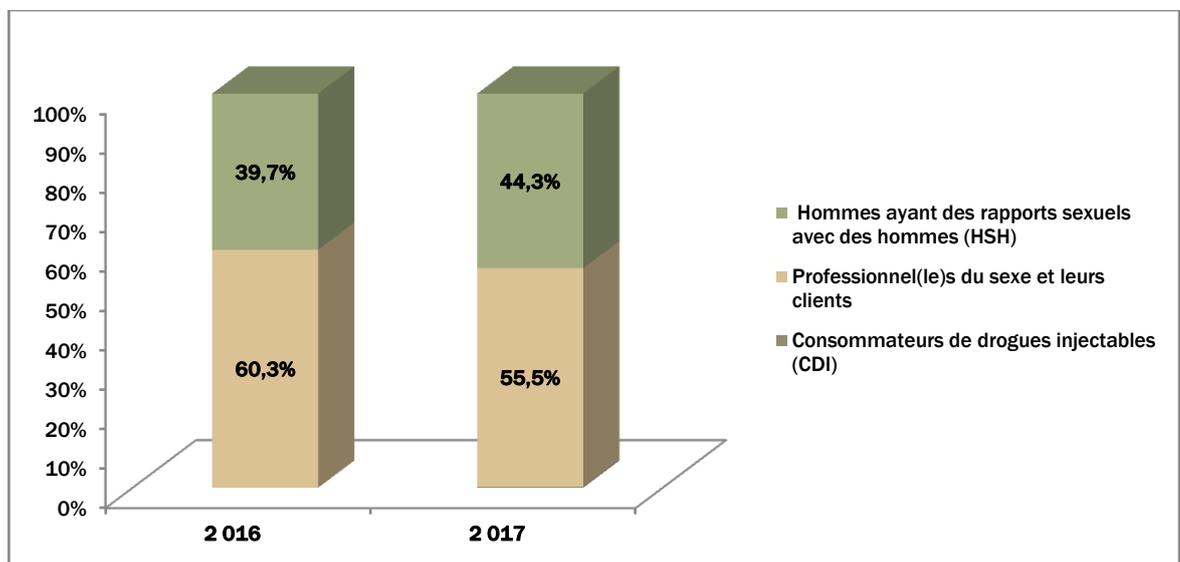


Figure 6: Répartition des dépenses selon les populations clés

Les dépenses en faveur des populations vulnérables, ont été estimées à 4 165 760 418FCFA en 2016 et 6 362 936 912 Fcfa en 2017 soit plus de 10% des fonds investis dans la lutte. Plus des ¾ de ces fonds ont été allouées aux interventions destinées aux enfants nées ou à naître de femmes enceintes VIH+ dans le cadre de la PTME. Dans ce groupe de population, les OEV occupent le deuxième rang soit respectivement en 2016 et 2017, 15% et 4% des fonds totaux destinés aux populations dites vulnérables.

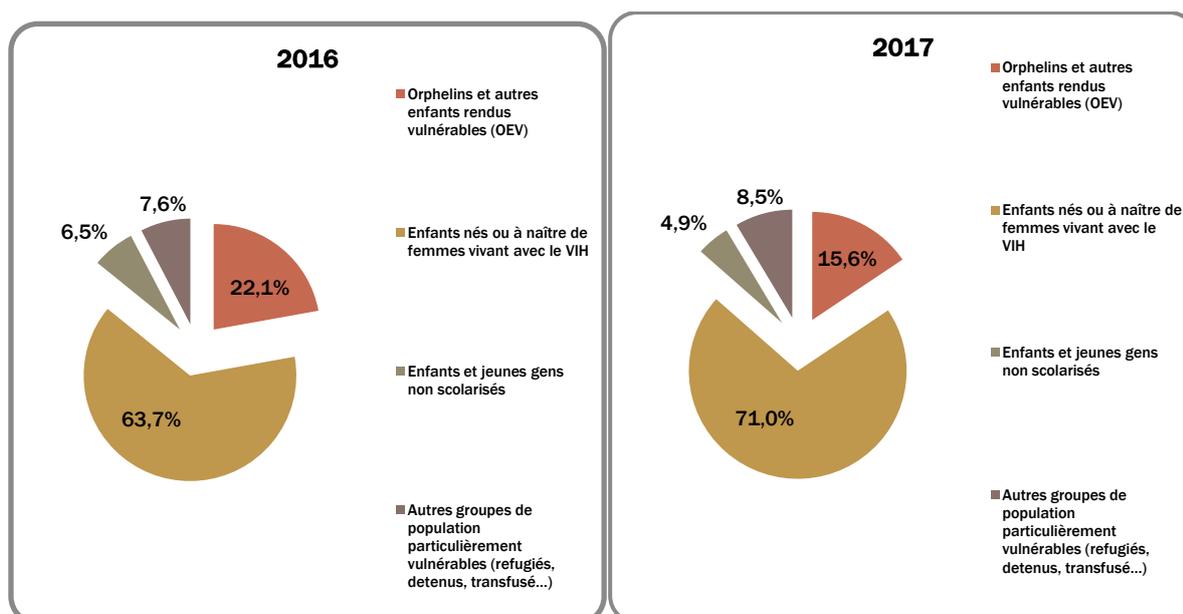


Figure 7: Décomposition des dépenses de selon les populations vulnérables

Les populations spécifiques et accessibles dont il est question dans ce paragraphe sont les élèves et étudiants, le personnel de santé, les militaires, les personnes sur le lieu de travail. Les dépenses faites en faveur de ce sous groupe ont été estimées à 1 081 399 660 Fcfa et 1 635 960 397 Fcfa en 2016 et 2017 respectivement. Elles représentent cependant moins de 2% des fonds dépensés au cours de ces deux années.

La population générale (enfants, adolescents et adultes) a bénéficié des interventions d'une valeur représentant environ 17,5% et 12,6% des fonds dépensés en 2016 et 2017 respectivement. Que ce soit en 2016 ou 2017, plus de 12% des fonds dépensés ont concerné des initiatives non ciblées pour lesquelles les bénéficiaires n'ont pas été identifiées de façon spécifique.

3.5 - Situation globale des dépenses par catégorie d'agent de financement, prestataire et objet de dépenses

La désagrégation des dépenses selon les facteurs de production demeure le maillon faible du processus d'estimation des dépenses. Ceci se traduit par le fait que pour plus de 30% des dépenses effectuées, les facteurs de productions n'ont pas été spécifiés. Il ressort néanmoins du tableau ci-après que 12,7% des dépenses en 2016 et 36,3% en 2017 ont été affectées à l'achat des ARV et autres produits pharmaceutiques. Les réactifs et matériels ont été achetés pour des montants de 5 764 158 387 Fcfa en 2016 et 6 239 109 032 Fcfa en 2017. Au cours de ces années, 10,1% et 13,9% ont été

utilisés en services de toute sorte (transport, réparation, consultation, hébergement, etc). Les dépenses en capital cependant représentent moins de 5% des fonds investis dans la lutte.

Tableau 7. Décomposition des dépenses par objet de dépenses en 2016 et 2017

	2016	%	2017	%
Revenus du travail (indemnisation, salaires et primes)	2 578 711 066	5,7%	3 271 958 284	5,0%
Antirétroviraux	5 543 973 891	12,3%	22 411 548 267	34,2%
Autres médicaments et produits pharmaceutiques	165 323 719	0,4%	1 276 738 546	1,9%
Préservatifs	2 401 582 218	5,3%	716 172 522	1,1%
Réactifs et matériels	5 764 158 387	12,8%	6 239 109 032	9,5%
Services	4 534 608 872	10,1%	9 108 121 546	13,9%
Autres dépenses courantes	225 064 475	0,5%	491 837 287	0,7%
Dépenses en capital	1 192 335 616	2,6%	2 121 344 252	3,2%
Facteurs de production, données non ventilées par type	22 590 918 696	50,2%	19 983 511 895	30,5%
Total général	44 996 676 940		65 620 341 631	

S'agissant des agents de financement, il ressort qu'en 2016 plus de la moitié des fonds a transité par les agents internationaux, du fait que la plus grande part des financements provenait du gouvernement américain avec ses agences (CDC, USAID, DOD) comme seuls agents. Les institutions publiques (CNLS, Minsante, autres institutions publiques) arrivent en deuxième position avec 35% des fonds gérés. Le secteur privé a été agent de financement pour moins de 10% de l'ensemble des fonds mobilisés. En 2017 par contre, la tendance a été inversée, les institutions publiques ont été agent pour plus de la moitié des fonds, suivis des institutions internationales et du secteur privé.

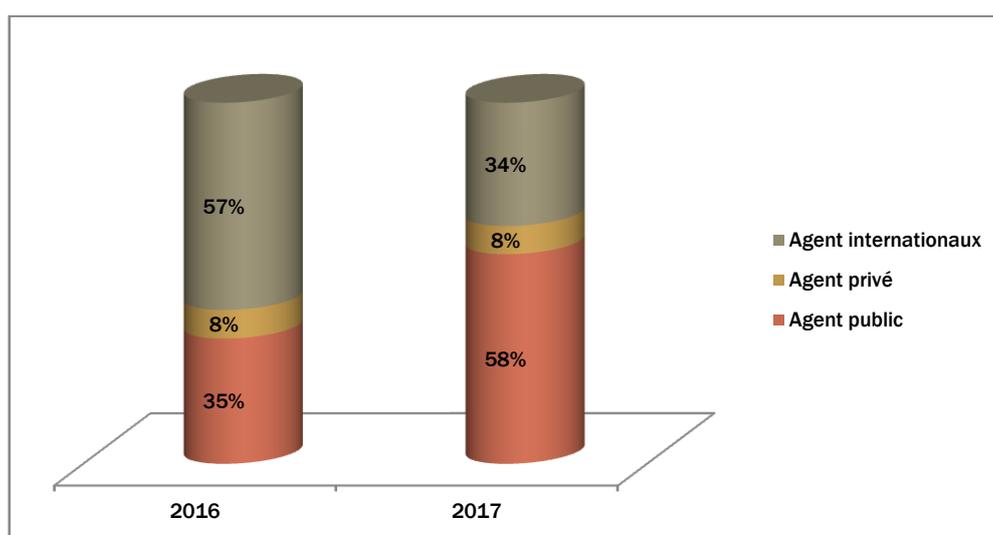


Figure 8: Répartition des dépenses de selon les types d'agent de financement

Pour ce qui est des prestataires, le graphique ci-après permet de constater que les prestataires privés (entreprises), dans le cadre de la fourniture des intrants (ARV, réactifs, véhicules, équipements etc) et les prestataires internationaux (ONG internationales, fondations ect) ont offerts des prestations en terme de fournitures de bien et service pour plus de 75% des fonds investis dans la lutte en 2016 comme en 2017. Le secteur public a offert des prestations pour un montant équivalent à 14% en 2017 et 9% en 2018 et les organisations de la société civile, 14% en 2017 et 9% en 2017.

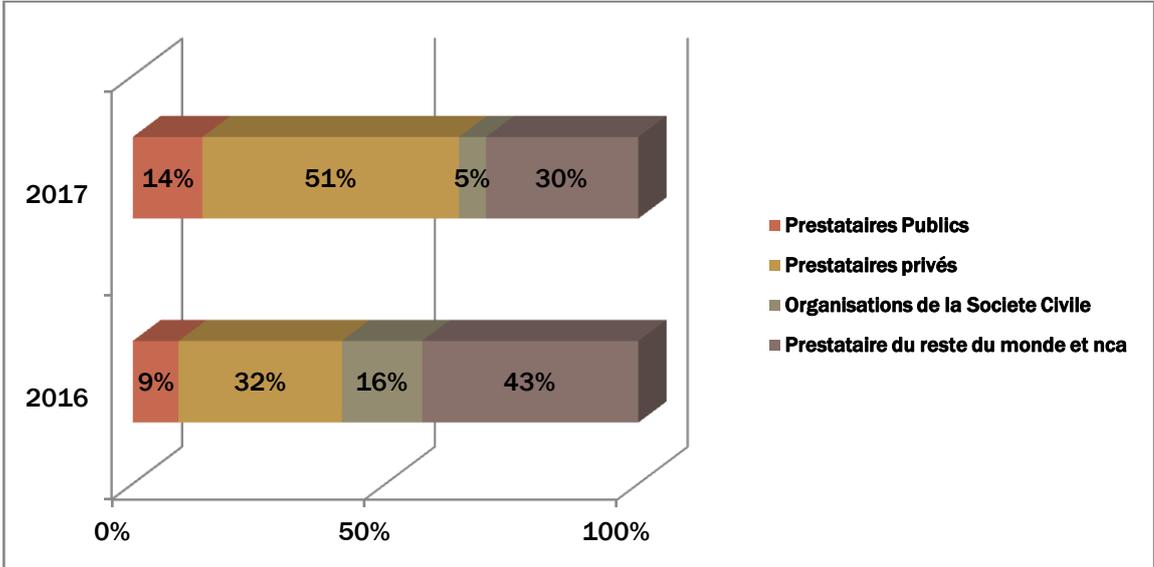


Figure 9: Répartition des dépenses de selon les types prestataires

4- DIFFICULTES RENCONTREES

Difficultés

La réalisation de l'enquête NASA 2016-2017 ne s'est pas faite sans difficultés. Les principales que l'on peut retenir sont :

- L'indisponibilité des points focaux de certaines institutions, prolongeant la période de collecte des données ;
- La non maîtrise de la technique du remplissage des formulaires de collecte par les fournisseurs de données par rapport aux exigences de la méthodologie de l'estimation ; cette réalité a obligé un accompagnement rapproché du remplissage pour un très grand nombre de structures ;
- Le retard constaté dans la fourniture des données par certaines structures. Ce retard est parfois dû à la réticence de certains responsables à fournir des informations se rapportant aux finances, sans en avoir la complète certitude de l'usage qui en sera fait ;
- La non fourniture des détails sur les facteurs de productions ainsi que les populations bénéficiaires dans les informations de certaines institutions ; obligeant l'équipe d'analyse à opérer des arbitrages ;
- La non prise en compte de informations de certaines institutions clés à l'instar d'Expertise France, l'ANRS...

5- PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

Perspectives

A court terme, les défis à relever sont :

- La mise en place d'une équipe formalisée pour le développement de REDES au Cameroun ;
- L'organisation des rencontres sectorielles pour l'implication des différentes institutions/structures dans la mise en œuvre et la pérennisation du processus ;
- La réalisation de la cartographie des intervenants dans la lutte contre le VIH afin d'améliorer la couverture et la complétude des données pour l'estimation des dépenses VIH ;
- La capitalisation des acquis et financements de l'étude au niveau décentralisé (un REDES régional) ;
- L'allocation des ressources conséquentes pour la réalisation du REDES.
- La large diffusion du présent rapport au niveau national et international ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation des fournisseurs de données sur l'importance et la méthodologie d'EF/REDES.

Au terme de cette étude, recommandations suivantes ont été formulées :

Sur le plan pratique :

- Renforcer les capacités de l'équipe nationale sur la maîtrise du logiciel NASA;
- Prendre en compte les résultats de cette étude dans les prochaines planifications à tous les niveaux ;
- Faire une cartographie des interventions au Cameroun afin d'améliorer la qualité des données collectées lors des prochaines éditions ;
- Réviser le logiciel RTS en prenant en compte les grandes orientations stratégiques actuelles ;
- Appuyer les GTR pour la réalisation de NASA au niveau régional ;
- Améliorer les mécanismes de mobilisation des ressources internes et externes ;

- Poursuivre l'effort d'orientation des ressources vers des interventions en faveur des moteurs;

Sur le plan stratégique :

Cette étude nous suggère principalement

- La nécessité pour le Cameroun de poursuivre la mobilisation des financements internes
- L'augmentation globale des financements à apporter à la lutte pour qu'ils soient en adéquation aux cibles fixées ;
- Le renforcement des financements pour le suivi-évaluation de la lutte contre le VIH/sida

REFERENCES

1-	Constitution de la République du Cameroun : Loi n° 96/06 du 18 Janvier 1996 portant révision de la constitution du 2 Juin 1972
2-	Loi n°2004/017 du 22 Juillet 2004 portant orientation de la décentralisation
3-	BUCREP. Rapport du 3 ^{ème} Recensement général de la population et de l'habitat (2011)
4-	MINEPAT & UNFPA. Étude sur les conditions du bénéfice du dividende démographique au Cameroun. 2012
5-	Institut National de la Statistique. Comptes Nationaux 2014.
6-	World Bank. Country/Cameroon. 2014. http://www.data.worldbank.org
7-	Présidence de la République du Cameroun, 2014. Circulaire N 001/CAB/PR du 02 Aout 2014 Relative à la préparation du budget de l'État 2015
8-	Institut National de la Statistique. Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM III). 2014.
9-	MINEPAT & PNUD, 2013. Rapport national sur le développement humain au Cameroun.
10-	PNUD. Rapport r le développement humain, 2014. http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report.pdf
11-	Institut National de la Statistique. 2 ^e enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS 2) : Rapport principal, volet santé. 2010
12-	Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International.
13-	UNICEF. Cameroon Humanitarian Situation Report. 31 August 2015 https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/cameroon/documents?search=&page=13
14-	UNAIDS-Geneva, National AIDS Spending Assessment (NASA) Classification Taxonomy and Definitions, , 2007
15-	UNAIDS-Geneva National AIDS Spending Assessment (NASA) User Guide and Definitions, UNAIDS, 2008
16-	Institut National de la Statistique (INS), Cameroun, Annuaire Statistique du Cameroun, 2007.
17-	Institut National de la Statistique (INS), Cameroun, troisième Enquête démographique et de santé, 2004
18-	Comité National de lutte contre le SIDA, Cameroun, Plan Stratégique National 2006-2010 de lutte contre le SIDA, 2006.
19-	Comité National de lutte contre le SIDA, Cameroun, Rapport d'Activité 2008, 2009, 2010, 2011, 2012;
20-	Comité National de lute contre le SIDA, Cameroun, Rapport de Progrès N° 5, 6 PTME, 2009
21-	ONUSIDA, <i>Rapport mondial sur l'épidémie</i> , décembre 2008
22-	Comité National de lutte contre le SIDA, Cameroun, Guide de Suivi et Evaluation du Plan Stratégique National de lutte Contre le Sida 2006-2010, 2011-2016
23-	Comité National de lutte contre le SIDA, Cameroun , Profil des Estimation et Projections en matière de VIH et SIDA au Cameroun, 1970-2012, 2011-2016
24-	Comité National de lutte contre le SIDA, Cameroun, Rapport de l'Analyse des Flux des Rapport de l'Analyse des Flux des Ressources et des Dépenses Nationales Contre le SIDA (EF-REDES) de 2007 à 2015
25-	BUCREP, RGPH, 1976 et 1987, 2005

Coordination /Appui Technique :

Dr Jean Bosco ELAT NFETAM, SP GTC/CNLS

Dr BONONO Léonard, SP Adjoint GTC/CNLS

Dr MULANGA Claire, UCD UNAIDS

Equipe de travail :

N°	Noms et Prénoms	Institutions et Fonctions
1	Dr BILLONG Serge	Chef Section Recherche, Planification, Suivi et Evaluation, GTC/CNLS
2	M. FODJO Raoul	Chef d'Unité Planification et Suivi des Activités, GTC/CNLS
3	Mlle MESSEH Arlette	Suivi et Evaluation PEPFAR, GTC/CNLS
4	M. ANOUBISSI Jean de Dieu	Chef d'Unité Recherche et Surveillance, GTC/CNLS
5	Mr MOUDJI Fiacre	Chef Section SAF du GTC/CNLS
6	Mr YAMSI Séraphin	Chef Comptable GTC/CNLS
7	Dr TAKPA Vincent	Conseiller en Information Stratégique / ONUSIDA
8	Mlle NATACHA OWONA e	CIS GTC/CNLS
9	Mr NGOTOM Robert	GTC/CNLS
11	Mr NDINDJOCK Armand	GTC/CNLS
12	Mr MOUDIO	Stagiaire ONUSIDA
13	Mr KONLACK LONLACK Giscard	Consultant

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX - TRAVAIL - PATRIE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
CABINET DU MINISTRE
COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA
GROUPE TECHNIQUE CENTRAL
SECRETARIAT PERMANENT



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE - WORK - FATHERLAND
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
MINISTER'S OFFICE
NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE
CENTRAL TECHNICAL GROUP
PERMANENT SECRETARIAT

Estimations des Flux de Ressources et des Dépenses liées au VIH et au sida Cameroun, Année

FICHE DE COLLECTE DES DONNEES

Nom de la structure enquêtée : _____

Adresse de la structure enquêtée : _____

Nom et Prénom de la Personne contactée : _____

Téléphone de la personne contacte : _____ E-mail : _____

Nom et prénom de l'enquêteur : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

La présente étude, réalisée par le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) à travers le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) et avec l'appui technique de l'ONUSIDA, s'inscrit dans le cadre de l'estimation des flux de ressources et dépenses liées au VIH/Sida pour les périodes 2016 et 2017. Elle vise à apprécier le niveau de mobilisation et d'utilisation des ressources financières pour une gestion efficace de la réponse nationale. ***Les données recueillies dans le cadre de cette activité ne seront pas utilisées à des fins d'audit ou de contrôle financier.***

Les informations collectées au cours de cette enquête sont strictement confidentielles au terme de la loi N° 91/023 du 16 décembre 1991 sur les Recensements et Enquêtes Statistiques qui stipule en son article 5 que « les renseignements individuels d'ordre économique ou financier figurant sur tout questionnaire d'enquête statistique ne peuvent en aucun cas être utilisés à des fins de contrôle ou de répression économique ».

Nous vous remercions d'avance pour votre contribution.

La structure enquêtée est-elle (cochez les cases appropriées):

Source de Financement

Agent de Financement

Prestataire de Service

Oui Non

Oui Non

Oui Non

--	--

--	--

--	--

DEPENSES ALLOUEES LA LUTTE CONTRE LE VIH

Catégorie de dépenses	Libellé de l'activité	Montant dépensé (en FCFA)	Source de financement	Agent financier	Prestataires	Population bénéficiaire (voir annexe)	Facteur de production / Objet de dépenses + Montant (voir annexe)
C1 : Prévention 1- CCC 2- Mobilisation sociale 3- Marketing préservatif 4- PTME 5- Sécurité transfusionnelle 6- CDV 7- Autre (à préciser, voir annexe)							
Observations :							

Catégorie de dépenses	Libellé de l'activité	Montant dépensé (en FCFA)	Source de financement	Agent financier	Prestataires	Population bénéficiaire (voir annexe)	Facteur de production / Objet de dépenses + Montant (voir annexe)
C2 : Soins et traitement							
	1- ARV 1ere ligne						
	2- ARV 2eme ligne						
	3- Infection opportuniste						
	4- Examens de labo PVVIH						
	5- Prise en charge psychosociale						
	6- Autre (à préciser, voir annexe)						
Observations :							

Catégorie de dépenses	Libellé de l'activité	Montant dépensé (en FCFA)	Source de financement	Agent financier	Prestataires	Population bénéficiaire (voir annexe)	Facteur de production / Objet de dépenses + Montant (voir annexe)
-----------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------	-----------------	--------------	---------------------------------------	---

C3 : Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV) 1- soutien nutritionnel 2- soutien éducationnel 3- soutien médical 4- soutien psychosocial 5- Autre (à préciser, voir annexe)							

Observations :

Catégorie de dépenses	Libellé de l'activité	Montant dépensé (en FCFA)	Source de financement	Agent financier	Prestataires	Population bénéficiaire (voir annexe)	Facteur de production / Objet de dépenses + Montant (voir annexe)
C4 : Gestion et administration de programmes (Salaires du personnel travaillant exclusivement pour le VIH, tout autre frais lié à l'administration)							
	1- Coordination, management du programme						
	2- Suivi et évaluation						
	3- Recherche opérationnelle						
	4- Salaires du personnel						
	5- Autre (à préciser, voir annexe)						
Observations :							
Catégorie de dépenses	Libellé de l'activité	Montant dépensé (en FCFA)	Source de financement	Agent financier	Prestataires	Population bénéficiaire (voir annexe)	Facteur de production / Objet de dépenses + Montant (voir annexe)
C5 : Ressources humaines (Incitations financières, formation)							
	1- Formation du						

Observations :

Catégorie de dépenses	Libellé de l'activité	Montant dépensé (en FCFA)	Source de financement	Agent financier	Prestataires	Population bénéficiaire (voir annexe)	Facteur de production / Objet de dépenses + Montant (voir annexe)
C7 : Environnement favorable (lutte contre la disci et la stig, droit des PVVIH ect) 1- Plaidoyer et communication 2- Droit de l'homme 3- Développement institutionnel spécifique au Sida 4- Autre (à préciser, voir annexe)							

Observations :							
Catégorie de dépenses	Libellé de l'activité	Montant dépensé (en FCFA)	Source de financement	Agent financier	Prestataires	Population bénéficiaire (voir annexe)	Facteur de production / Objet de dépenses + Montant (voir annexe)
C8 : Recherche liée au VIH							
	1- Recherche biomedicale						
	2- Recherche Clinique						
	3- Recherche épidémiologique						
	4- Recherche en science sociale						
	5- Recherche comportementale						
	6- Autre (à préciser, voir annexe)						
Observations :							

