



**Estimation des Ressources et
Dépenses relatives au Sida
(REDES) au Bénin
2012**

Coordination :

Dr BONI Sonia, SP/CNLS

Equipe de travail :

Célestin HODEHOU

Achille ADOKO

Constant GBODJA

Lionel DOSSOU

Marcel BONOU

Lambert GBOKOU

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	3
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES	5
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	6
RESUME ANALYTIQUE	8
I – INTRODUCTION	9
1.1 Définition.....	9
1.2 Objectif Général.....	9
1.3 Objectif spécifique	9
II – PROFIL DU BENIN	10
2.1 Profil géographique et administratif	10
2.2 Démographie	11
2.3 Profil socio-économique	11
2.4 Caractéristiques du secteur de la santé.....	12
2.5 Situation épidémiologique du VIH/SIDA	12
2.6 Réponse nationale au VIH.....	13
III- DEFINITION ET DOMAINES DE COUVERTURE DU REDES	15
3.1 La classification en trois dimensions.....	15
3.1.1 Le financement.....	15
3.1.2 La prestation de services liés au VIH	15
3.1.3 L'utilisation	15
3.3 Définition des Catégories de dépenses	15
3.3.1 Prévention	15
3.3.2 Soins et traitement	16
3.3.3 Orphelins et enfants vulnérables.....	16
3.3.4 Développement de Programme	16
3.3.5 Ressources humaines.....	16
3.3.6 Protection sociale et services sociaux	16
3.3.7 Recherches liées au VIH/SIDA	17

IV - METHODOLOGIE	18
4.1 La pré-enquête	18
4.2 La collecte des données	18
4.3 Le traitement et la saisie des données	19
4.4 L'analyse des résultats et la validation	20
V - RESULTATS DE L'ESTIMATION DES RESSOURCES ET DEPENSES EN 2012	21
5.1 Dépenses totales de SIDA.....	21
5.2 Dépenses par source de financement.....	22
5.3 Dépenses par agent financier	25
5.4 Dépenses par chapitre d'interventions.....	26
5.4.1 Les dépenses de Prévention.....	27
5.4.2 Les dépenses de soins et traitement	28
5.4.3 Les dépenses de soutien	28
5.4.4 Les dépenses pour un environnement favorable	29
5.4.5 Les dépenses de développement du Programme	29
5.4.6 Ressources humaines.....	30
5.6 Dépenses par population bénéficiaire.....	30
5.6.1 Cas des dépenses par rapport aux groupes de population	30
5.6.2 Cas des dépenses de PVVIH.....	32
5.6.3 Cas des dépenses de populations spécifiques (jeunes, TS, routiers, femmes)...	32
IX - CONCLUSION.....	34

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des dépenses par source de financement en 2011 et 2012.....	22
Tableau 2 : Décomposition des dépenses de prévention en 2011 et 2012	27
Tableau 3 : Décomposition des dépenses des Orphelins et autres enfants rendus vulnérables en 2011 et 2012.....	28
Tableau 4 : Décomposition des dépenses d'un environnement favorable en 2012	29
Tableau 5 : Décomposition des dépenses de développement du programme en 2012.....	29
Tableau 6 : Décomposition des dépenses par population bénéficiaire en 2012.....	30

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution des dépenses totales de sida de 2006 à 2012	21
Figure 2a et 2b: Sources de financement en 2011 et 2012	23
Figure 3a : Décomposition des dépenses du financement extérieur en 2011	24
Figure 3b : Décomposition des dépenses du financement extérieur en 2012	24
Figure 4a et 4b : Répartition des dépenses par agent financier en 2008 et 2009	25
Figure 5a et 5b: Répartition des dépenses par chapitre d'interventions en 2011 et 2012....	26
Figure 6a : Répartition des dépenses par population bénéficiaire en 2011	31
Figure 6b : Répartition des dépenses par population bénéficiaire en 2012.....	32

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV	: Anti Rétro Viraux
BAD	: Banque Africaine de développement
BHAPP	: Benin HIV/AIDS Prevention Program
BM	: Banque Mondiale
CCLS	: Comité Communal de Lutte contre le Sida
CDLS	: Comité Départemental de Lutte contre le Sida
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l’Afrique de l’Ouest
CIPEC	: Centre d’Informations et de Prise en Charge
CHD	: Centres hospitaliers départementaux
CJL	: Centre des jeunes et des loisirs
CNHU	: Centre national hospitalier universitaire
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CRS	: Catholic Relief Services
CVLS	: Comité Villageois de Lutte contre le SIDA
EDSB-III	: Troisième Enquête Démographique et de Santé du Bénin
EF/REDES	: Estimation des Flux de Ressources et Dépenses de lutte contre le Sida
FM	: Fonds Mondial
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MCAT	: Ministère de la Culture, de l’Artisanat et du Tourisme
MCPD	: Ministère Chargé de la Planification et du Développement
MESRS	: Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
METFP	: Ministère de l’Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle
MFPSS	: Ministère de la Famille, de la Protection Sociale et de la Solidarité
MFPTRA	: Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative
MSF	: Médecins Sans Frontières
MSP	: Ministère de la Santé Publique
NASA	: National Aids Spending Assessment
OAL	: Organisation d’Appui au Lancement
OC	: Organisation Communautaire
OCAL	: Organisation du Corridor Abidjan-Lagos
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Agence des Nations Unies pour la Lutte contre le Sida

OSC	: Organisation de la Société Civile
PACLS	: Plan d'Action Communautaire de Lutte contre le SIDA
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PALS	: Projet d'Appui à la Lutte contre le SIDA
PDC	: Plan de Développement Communal
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PMLS	: Projet Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PSI	: Population Services International
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RABeJ/Sida	: Réseau des Associations Béninoises de Jeunes engagés dans la lutte contre le sida
RéBAP+	: Réseau Béninois des Associations de Personnes vivant avec le VIH
ROBS	: Réseau des ONG Béninoises de Santé
RTS	: Resources Tracking System
SPN	: Secrétariat Permanent National
TS	: Travailleuses de Sexe
UFLS	: Unité Focale de Lutte contre le Sida
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNGASS	: Assemblée Générale Spéciale des Nations Unies sur le Sida
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United State Agency International of Development
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME ANALYTIQUE

Depuis l'année 2006, le Bénin s'efforce de réaliser tous les ans, l'étude sur les moyens financiers injectés dans la lutte contre vih/sida. Cette étude est intitulée « Etude sur l'estimation des ressources et des dépenses » du sida pour une année donnée. Elle porte sur les ressources et les dépenses engagées au cours de l'année précédente. L'exercice permet aux autorités en charge de la question du vih/sida et aux différents acteurs de maîtriser les différentes sources de financements, d'avoir une idée du coût des flux financiers investis et des différentes catégories de dépenses effectuées dans la lutte. Le processus a été conduit par le secrétariat permanent du CNLS avec l'appui financier de l'Etat béninois. De ce fait, une équipe pilote composée des cadres expérimentés a été mise en place pour coordonner les activités. Une méthodologie a été établie commençant par le recyclage des personnes impliquées en passant par la collecte des données, leur traitement et analyse pour aboutir à l'élaboration du rapport final.

Pour l'année 2012, l'étude a montré que les ressources consacrées à la lutte contre le vih/sida au Bénin s'élèvent à 15 405 503 860 FCFA.

Trois sources de financement des dépenses de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ont été identifiées. Il s'agit du financement par les fonds publics, celui des fonds privés et le financement extérieur. Les dépenses publiques représentent 38,01% tandis que les dépenses privées font 1,17% des dépenses totales en 2012.

Les financements extérieurs demeurent la principale source de financement de la lutte contre le sida et s'évaluent à 9 370 130 154 FCFA, soit 60,82% du montant total des dépenses en 2012;

Par ailleurs, l'étude a révélé qu'en 2012, 20,80 % des ressources ont été allouées aux soins et traitement, 45,27 % à la gestion et administration des programmes, et 14,36 % aux activités de prévention., Il faut souligner que pour l'année 2012 la prise en charge des personnes vivant avec le vih à la thérapie antirétrovirale a coûté environ 3 204 869 362 FCFA et vient en deuxième position après les ressources consacrées à la gestion et administration des ressources.

Par rapport aux populations bénéficiaires, la part des ressources affectées au soutien des orphelins et enfants vulnérables sont dans la proportion de 7,97% du total des dépenses, 3% pour les populations spécifiques (les professionnelles de sexe et leurs clients, les homosexuels et autres) .

I – INTRODUCTION

1.1 Définition

L'Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida au Bénin a pour objet de contrôler les flux financiers liés à la riposte nationale à l'épidémie. C'est un outil qui permet de collecter, d'estimer, d'observer, d'organiser l'information et d'accroître l'efficacité de la riposte à la propagation du virus du sida. Ce processus de suivi permet de surveiller les transactions financières depuis leur origine jusqu'à leur destination finale (à savoir les bénéficiaires des biens et des services). L'estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida n'est pas exclusivement réservée au suivi des dépenses de santé ; elle permet également de suivre les dépenses réalisées dans d'autres secteurs, s'agissant notamment de l'atténuation des difficultés sociales, de l'éducation, du travail, de la justice, voire d'autres domaines liés à la riposte multisectorielle au VIH.

Le cadre d'Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida est doté d'une méthode normalisée de notification des données et d'indicateurs assurant le suivi des progrès accomplis dans le sens des Objectifs de la Déclaration d'engagement adoptée lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS). Ce cadre d'Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida renforce également l'application des "Trois principes". Il fournit des informations stratégiques sur la gestion de la riposte nationale au sida par l'autorité nationale chargée d'en coordonner les divers aspects, également cruciales dans la définition d'un cadre d'action, et il contribue en outre à l'élaboration d'un cadre unique de suivi et d'évaluation. Il permet enfin une meilleure affectation et une réallocation des ressources dédiées à la riposte nationale.

1.2 Objectif Général

L'objectif général de cette étude consiste à estimer les flux de ressources et dépenses nationales réelles de lutte contre le VIH/SIDA en 2012 au Bénin.

1.3 Objectif spécifique

Plus spécifiquement, il s'agira de :

1. Analyser les dépenses permettant d'obtenir une description claire des flux des ressources, depuis leur origine à leur utilisation ;
2. Déterminer le niveau des dépenses relatives au VIH et au SIDA pour mesurer la réponse nationale à la maladie ;

3. Identifier des domaines pour promouvoir l'efficacité et l'équité des interventions;
4. Générer des informations utiles aux décideurs pour la conception de stratégie visant à réduire la maladie causée par le VIH ;
5. Fournir des indicateurs clés pour le monitoring et la mise en place des plans stratégiques.

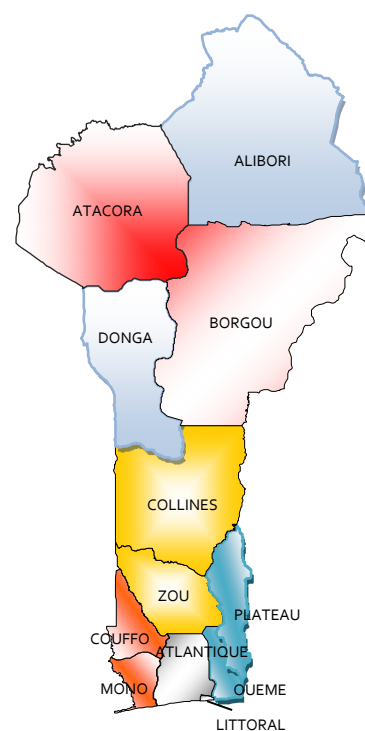
La réalisation de la NASA au Bénin est une volonté des autorités au plus haut niveau d'améliorer la gestion des ressources allouées à la réponse nationale et d'accroître la culture du compte rendu chez tous les intervenants et à tous les niveaux.

II – PROFIL DU BENIN

2.1 Profil géographique et administratif

La République du Bénin, pays de l'Afrique occidentale situé dans le Golfe du Guinée, s'étend sur une longueur de 700 Km de l'Océan Atlantique au fleuve Niger et sur une largeur de 125 Km sur la côte. De forme allongée en latitude, elle couvre une superficie de 114.763 km². Elle est limitée au Nord par le Niger, au Nord-ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigeria et au Sud par l'Océan Atlantique. Les régions frontalières connaissent d'intenses mouvements transfrontaliers et sont de ce fait très exposées à certaines maladies transmissibles et endémiques dont la pandémie du VIH /sida.

Le découpage territorial en vigueur divise le Bénin en douze (12) départements qui sont : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou. Ces douze départements sont divisés en soixante dix sept (77) Communes subdivisées à leur tour en arrondissements (546 au total), eux aussi en quartiers de ville et villages (au total 3747). Chacune de ces unités administratives est dotée d'un organe de lutte contre le VIH/SIDA. Au niveau des départements on parle de Comité Départemental de Lutte contre le SIDA (CDLS) présidé par le Préfet de département dont l'organe exécutif est le Secrétariat Permanent du CDLS. Les Comités Communaux de Lutte contre le SIDA (CCLS) se trouvent au niveau des mairies et sont présidés par les Maires. Les Arrondissements disposent des Comités



d'Arrondissement de Lutte contre le SIDA (CALS). Au niveau des villages et quartiers de ville on a respectivement les Comités Villageois de Lutte contre le SIDA (CVLS) et les Comités de Quartier de lutte contre le SIDA (CQLS).

Chaque village ou quartier de ville constitue l'unité administrative de base autour de laquelle s'organisent la vie sociale et les activités de production. Il comprend, outre les zones d'habitation, l'ensemble des terres qui en constituent le patrimoine.

2.2 Démographie

Le troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH3) a estimé l'effectif de la population béninoise à 6 769 914 habitants en 2002. Les projections ont donné pour 2010 8 525 374 et 2012 9 012 163 habitants. La population béninoise est à dominance féminine et jeune, cible privilégiée de l'infection à VIH au Bénin. L'évolution de la situation démographique est capitale non seulement pour la santé publique et les services de soins mais aussi pour l'économie dont est d'ailleurs tributaire le volume, la nature des besoins de santé et les services à mettre en place.

2.3 Profil socio-économique

La crise économique mondiale n'a pas épargné l'économie du Bénin. Ainsi, la croissance économique a évolué en dents de scies. De 5% en 2008, elle a chuté à 2,8% en 2010 et est restée entre 3 et 4% en 2012 (*Source : FMI - World Economic Outlook Database*).

Le Bénin, un pays sous développé a une économie basée sur l'agriculture avec le coton comme principal produit de rente. Le Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant est passé de 741 US dollars en 2010 à 806 US dollars en 2012.

Les activités agricoles occupent 50,6% de la population active pour une contribution de 38,2% du Produit Intérieur Brut (PIB) tandis que les secteurs secondaire et tertiaire apportent respectivement 9,2% et 52 % du PIB. Les articles principaux qui constituent les affaires d'exportation dans l'économie du Bénin sont le coton, le palmier à huile, l'anacarde, l'ananas, le karité, le manioc, ..., alors que les produits d'importation se composent des produits alimentaires, des produits pétroliers et des biens d'équipement.

Selon l'Indice de Développement Humain (IDH) du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), avec un Indice de Développement Humain (IDH) égal à 0,492, le Bénin est classé au 161^{ème} rang en 2009. Il fait partie des pays les moins avancés du monde et est classé parmi les pays pauvres très endettés (PPTÉ). Quant à l'indice de pauvreté humaine (IPH), il est de 43,2% en 2007.

Sur le plan socioculturel, il existe un pluralisme linguistique et ethnique au Bénin. On retrouve par ailleurs, un fort taux d'analphabétisme des femmes, conséquence du faible taux de scolarisation des filles au Bénin. Le taux d'analphabétisme des femmes en général est de 80,8% et de 70,8% des femmes âgées de 15 à 49 ans. Ce qui constitue un facteur de vulnérabilité de la femme dans le domaine du VIH.

2.4 Caractéristiques du secteur de la santé

Le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage administratif. Il comporte trois différents niveaux que sont : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique organisé suivant l'approche zone sanitaire.

Il existe 34 hôpitaux de zone qui constituent le premier niveau de référence, 05 Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) qui constituent le deuxième niveau de référence et au niveau national, le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU), le Centre National de Pneumo-phtisiologie, l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) et le Centre National de Psychiatrie, qui constituent le 3^{ème} niveau de référence.

Concernant la réorganisation des services de santé suivant l'approche de zone sanitaire, la couverture en infrastructures au Bénin s'est améliorée, passant de 80% au 31 décembre 2001 à 89% au 30 juin 2005. Toutefois, cette bonne couverture en infrastructures sanitaires (89% en 2005), généralement jugée suffisante, cache une inégale répartition¹.

2.5 Situation épidémiologique du VIH/SIDA

Le Bénin, à l'instar d'autres pays de la sous-région, est un pays à épidémie généralisée de faible prévalence. Depuis 1990 que le système de surveillance est mis en place au Bénin, l'épidémie du VIH est mesurée tous les ans grâce à la surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes qui montre une stabilisation de l'épidémie à partir de 2001 autour de 2% avec une prévalence estimée à 1,8% en 2008 et une distribution statistiquement différente selon les milieux (2,6% en milieu urbain versus 1,1% en milieu rural en 2008).

En 2006, avec l'appui de Macro International, le Bénin a organisé une Enquête Démographique et de Santé (EDS 3) qui a permis d'estimer la prévalence à 1,2% au sein de la population générale avec une féminisation de l'épidémie : 1,5% chez les femmes versus 0,8% chez les hommes (sexe ratio de 188 femmes infectées pour 100 hommes). Cette situation est variable selon les départements et le milieu de

¹ Source : Annuaire statistique du MS

résidence. La prévalence est plus élevée en milieu urbain (1,7%) qu'en milieu rural (0,9%).

2.6 Réponse nationale au VIH

La prise en charge couvre les aspects médical, biologique, pharmaceutique, psychologique, social, communautaire et nutritionnel dans 64 sites (Les sites de prise en charge sont passés de 48 en 2007 à 64 à fin 2008 dont 5 pour le projet Corridor Abidjan-Lagos). Elle est gratuite pour les ARV, certains médicaments pour les infections opportunistes et le bilan biochimique, hématologique, immunologique et virologique.

Le traitement à l'aide des ARV qui a démarré en 2002 grâce à l'Initiative Béninoise d'Accès aux Antirétroviraux vise l'amélioration de la qualité de vie et l'allongement de l'espérance de vie des PVVIH qui peuvent alors se livrer à des activités génératrices de revenus. Avec une initiation annuelle de près de 2 500 nouveaux cas de Sida, le nombre de personnes mises sous ARV sous forme de file active est de 12080 (dont 770 enfants) au 31 décembre 2008 et de 15333 (dont 997 enfants) au 30 septembre 2009.

Outre la prise en charge, la promotion des tests VIH volontaires et confidentiels bénéficie également d'une attention particulière. En 2008, la couverture du pays en centres de Conseil et de Dépistage Volontaire est de 122 sites dont 111 fonctionnels avec une implication des cliniques privées qui collaborent dans les activités de dépistage. 290 274 personnes ont été dépistées au titre de l'année 2008. La poursuite de cette politique d'extension des sites de dépistage à travers tout le territoire national a permis l'augmentation des sites à 125 au 30 septembre 2009 dont 119 ont été déclarés fonctionnels durant tout le troisième trimestre.

De même, la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) est à sa phase de généralisation et couvre 355 maternités sur les 611 du pays. En effet, le nombre de maternités offrant le service de la PTME est passé de 204 en 2007 à 545 en 2012 dont 332 fonctionnels et 354 fonctionnels au 30 septembre 2009. Dans ces sites, 207 814 femmes enceintes ont été admises en consultation prénatale et 127 763 ont consenti à se faire dépister en 2008, soit un taux d'acceptation de 61,5%. Sur les 127 763 gestantes dépistées, 2737 ont été testées positives au VIH (2,1%). Au nombre de ces dernières, 1 447 soit 52,9% femmes ont été mises sous prophylaxie antirétrovirale : tri prophylaxie aux ARV (30,7%) et monoprophylaxie antirétrovirale (69,3%). Selon l'étude de l'efficacité de la PTME réalisée en 2008, le taux de transmission du VIH des mères séropositives qui n'ont bénéficié d'aucun protocole est de 17%, alors qu'il est de 6% chez celles qui ont été mises sous monoprophylaxie et de 2,2% chez celles qui ont utilisé la triprophylaxie/triphérapie.

Pour ce qui concerne la prise en charge des co-infectés TB/VIH, en 2008, sur les 3 977 tuberculeux enregistrés, 3 802 ont été dépistés pour le VIH (soit 96%) et 644 se sont révélés positifs, soit un taux de séropositivité de 16,9%. Sur les 2064 cas enregistrés au premier semestre 2009, 1990 ont été dépistés dont 327 sont positifs, ce qui donne un taux de séropositivité de 16,4%. Jusqu'au 30 septembre 2009, 391 malades tuberculeux infectés par le VIH ont été mis sous traitement prophylactique au CTM. Le plus grand nombre a été observé dans le Littoral (241) ; ceci peut s'expliquer par la présence du CNHPP dans ce département.

III- DEFINITION ET DOMAINES DE COUVERTURE DU REDES

3.1 La classification en trois dimensions

Dans l'Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida, les flux financiers et les dépenses relatifs à la riposte nationale au VIH sont répartis en trois dimensions : le financement, la prestation et l'utilisation. La classification en trois dimensions et en six catégories constitue le cadre d'Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida. Ces trois dimensions comprennent six catégories :

3.1.1 Le financement

1. Les **agents de financement** (FA) sont des entités chargées de réunir les fonds nécessaires au financement des programmes liés à la prestation de services, également responsables des décisions programmatiques (agent acquéreur).
2. Les **sources de financement** (FS) sont des entités qui accordent des fonds aux agents de financement.

3.1.2 La prestation de services liés au VIH

3. Les **prestataires de services** (PS) sont des entités qui participent à la production, à la prestation et à l'exécution de services liés au VIH.
4. Les **facteurs de production/coûts** des ressources (PF) sont les moyens (travail, capital, ressources naturelles, « savoir-faire » et ressources de l'entreprise).

3.1.3 L'utilisation

5. Les segments des groupes de **population bénéficiaires** (BP), par exemple les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, etc.
6. Les **catégories de dépenses** relatives au sida (ASC) regroupent les interventions et les activités liées au VIH.

3.3 Définition des Catégories de dépenses

3.3.1 Prévention

La prévention est définie comme un large ensemble d'activités ou de programmes destinés à réduire les comportements à risque.

3.3.2 Soins et traitement

La catégorie soins et traitement comprend les dépenses, achats, transferts et investissements réalisés pour mettre au point des activités dans les dispensaires, à domicile et dans les communautés afin de dispenser des traitements et soins aux adultes et aux enfants séropositifs au VIH.

3.3.3 Orphelins et enfants vulnérables

Cette catégorie prend en compte les dépenses encourues pour assurer la prise en charge d'enfants, en remplacement de leurs parents décédés du sida. Il importe d'enregistrer ici également les dépenses encourues pour atténuer les difficultés sociales d'orphelins des deux ou d'un seul parent(s).

3.3.4 Développement de Programme

Les dépenses liées aux programmes concernent les dépenses administratives ne relevant pas de la pratique de soins de santé. Les dépenses liées aux programmes regroupent les services tels que la gestion des programmes de lutte contre le sida, le suivi et l'évaluation (M&E), la sensibilisation, la formation avant l'entrée en fonction, l'amélioration des structures au moyen d'achats d'équipements de laboratoire et de télécommunications. Cela comprend également les investissements à long terme, tels que la construction d'établissements de santé, qui profitent à l'ensemble du système de santé.

3.3.5 Ressources humaines

Cette catégorie regroupe les services liés au personnel, comprenant la formation, le recrutement, le maintien en poste, le déploiement et la gratification des professionnels de santé et de leurs responsables, au vu de leurs bonnes performances dans le domaine de la lutte contre le VIH. Les coûts relatifs aux professionnels travaillant dans le domaine de la lutte contre le VIH ne se limitent pas au système de santé. Entrent également dans cette catégorie le paiement direct des compensations salariales versées aux professionnels de santé.

3.3.6 Protection sociale et services sociaux

La protection sociale fait généralement référence aux avantages financiers ou en nature octroyés par des organisations gouvernementales ou non gouvernementales à certaines catégories de personnes définies par des critères tels que la maladie, la vieillesse, le handicap, le chômage, l'exclusion sociale, etc... La protection sociale comprend les services sociaux et la sécurité sociale personnalisés. Cela regroupe les dépenses relatives aux services et aux moyens financiers accordés aux personnes et aux ménages, et s'ajoutent aux dépenses liées aux services fournis collectivement.

3.3.7 Recherches liées au VIH/SIDA

La recherche liée au VIH est définie comme la production des connaissances pouvant contribuer à prévenir la maladie, à promouvoir, à restaurer, à maintenir, à protéger et à améliorer le développement et le bien-être des populations.

IV - METHODOLOGIE

4.1 La pré-enquête

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

- Sous la coordination du SP/CNLS et de l'ONUSIDA, la formation des acteurs nationaux par l'équipe multisectorielle d'experts nationaux sur les outils NASA et 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.

Avant le démarrage de la phase de collecte des informations, l'équipe multisectorielle a fait une revue des structures (publics, privés, ONG nationales et internationales et Partenaires Techniques et financiers) à visiter conformément aux acteurs formés.

Les structures retenues ont été réparties entre les membres de l'équipe qui se sont individuellement organisés pour accéder aux responsables des structures.

L'identification des structures à visiter a permis d'estimer la durée approximative de la phase de collecte.

- La revue, l'adaptation et la multiplication des supports ;

Cette phase a permis aux membres de l'équipe de revoir et d'adapter les différents outils de collecte aux réalités du pays.

4.2 La collecte des données

La collecte active des données sur le terrain au niveau des structures a duré deux mois, du 15 novembre 2009 au 15 janvier 2010. Elle s'est faite en deux volets à savoir :

- Une collecte communale assurée par les spécialistes en suivi et évaluation des CDLS. Cette phase a consisté en une collecte des informations financières des communes, des ONGs, et des zones sanitaires...
- Une collecte nationale assurée par trois équipes de collecte. Ils ont eu pour tâche d'assurer d'une part la collecte des données selon le processus NASA/REDES au niveau des comités départementaux de lutte contre le sida, des ONG et partenaires internationales, ainsi que les organismes des Nations Unies, et d'autre part de désagréger les données collectées pour renseigner tous les items. Chaque équipe disposait :
 - D'une copie de la lettre du Secrétaire Permanent du CNLS ;
 - De la liste des structures à visiter ;

- D'un lot de questionnaires à remplir.

Les questionnaires ont été soumis aux responsables des structures et remplis. Lorsque cela était nécessaire, l'équipe collectait l'information avec le responsable de la structure.

Les données une fois collectées étaient 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.

En cas de besoin, les membres de l'équipe procédaient à la recherche des informations manquantes afin de disposer de l'information la plus exhaustive et la plus vraisemblable possibles sur les différentes institutions.

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

4.3 Le traitement et la saisie des données

Les données une fois collectées ont été vérifiées au niveau central par les experts nationaux. Le travail a consisté à faire un apurement individuel des fiches de collecte en s'assurant de la cohérence des informations collectées. Les informations collectées au niveau national sont comparées aux celles collectées dans les départements pour le contrôle de qualité.

- Codification et saisie des données dans le tableur Excel - La codification des activités a consisté à les rattacher à un code précis permettant son introduction dans le logiciel NASA. 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 supprimer les doublons. Les données épidémiologiques et générales sur le pays ont ensuite été introduites.
- Saisie des données dans le RTS/NASA – Une fois la qualité des données assurée, l'équipe s'est attelée à entrer les données dans le logiciel RTS. Cette phase accomplie a permis de sortir du logiciel les différentes matrices.

4.4 L'analyse des résultats et la validation

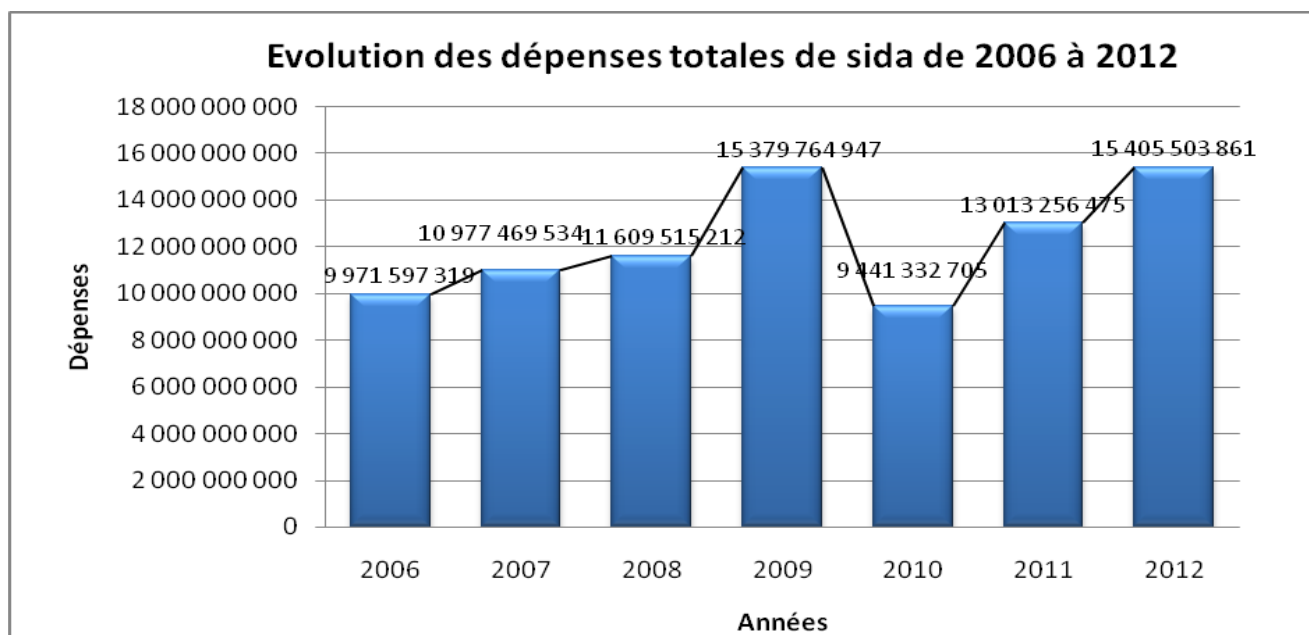
Les résultats concernant le niveau de financement et de dépenses en VIH/SIDA, combinés avec l'information démographique, socio-économique et épidémiologique du pays, permettent de présenter des indicateurs de distribution de la dépense et des analyses comparatives avec d'autres pays.

Une validation des résultats et une restitution ayant connu la participation de bailleurs de fonds, du CNLS et des acteurs de la société civile ont été organisées. Les commentaires et suggestions ont été pris en compte pour la production du rapport final.

V - RESULTATS DE L'ESTIMATION DES RESSOURCES ET DEPENSES EN 2012

5.1 Dépenses totales de SIDA

Figure 1 : Evolution des dépenses totales de sida de 2006 à 2012



On constate une évolution des dépenses totales liées à la riposte au VIH/sida de 2006 à 2009 puis une baisse considérable en 2010 où les dépenses ont diminué de près de 40% par rapport à 2009. Ensuite elles ont connu une évolution de 38% et 18% respectivement en 2011 et 2012 où elles ont atteint leur niveau le plus élevé depuis 7 ans.

Toutefois, notons que sur une prévision de 22 804 612 741 en 2012 (Plan Stratégique National 2012-2016) 67,55 % des dépenses ont été réalisées.

5.2 Dépenses par source de financement

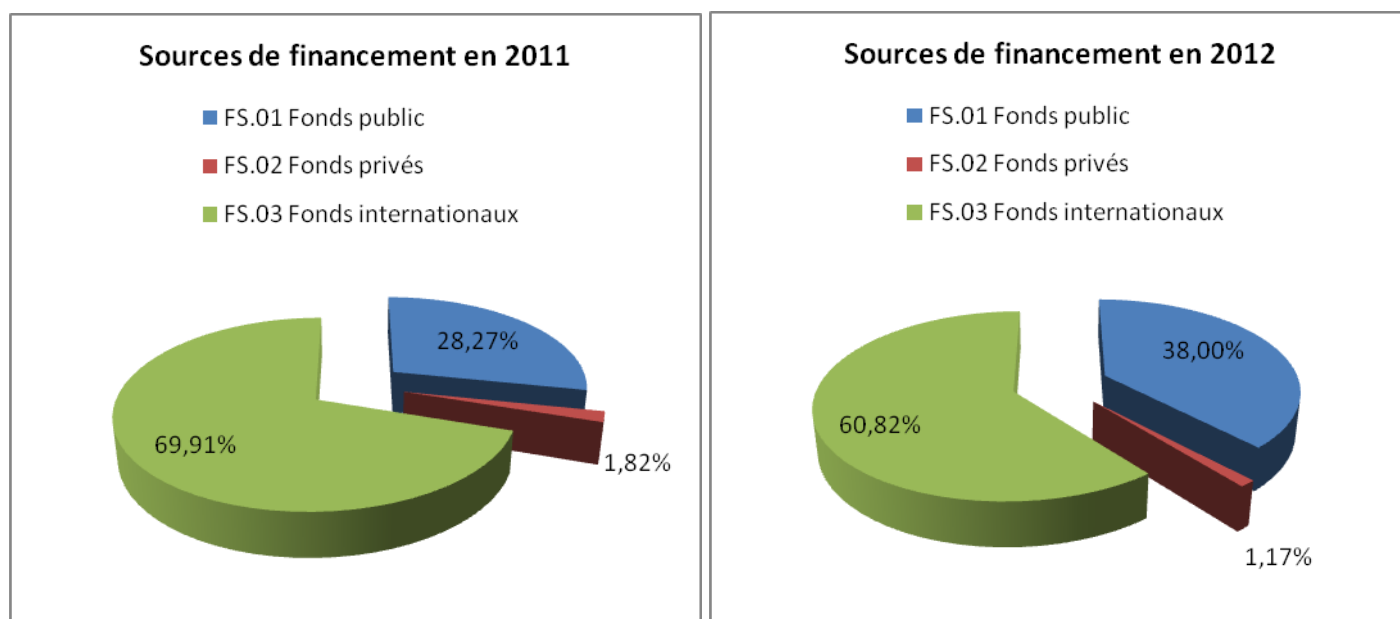
Tableau 1 : Répartition des dépenses par source de financement en 2011 et 2012

Sources de financement	Dépenses en 2011 en FCFA	% au total	Dépenses en 2012 en FCFA	% au total
FS.01 Fonds publics	3 678 767 503	28,27	5 854 596 706	38,00
<i>FS.01.01 Fonds des gouvernements territoriaux</i>	3 678 767 503	28,27	5 854 596 706	38,00
FS.01.01.01 Recettes du gouvernement central	143 828 169	1,11	2 010 382 496	13,05
FS.01.01.04 Prêts remboursables	3 534 939 334	27,16	3 844 214 210	24,95
FS.02 Fonds privés	236 582 923	1,82	180 804 000	1,17
FS.02.01 Institutions et entreprises à but lucratif	17 500 000	0,13	30 000 000	0,19
FS.02.02 Fonds des ménages	213 032 923	1,64	146 364 000	0,95
FS.02.99 Sources privées de financement non classifiées ailleurs (n.c.a.)	6 050 000	0,05	4 440 000	0,03
FS.03 Fonds internationaux	9 097 906 049	69,91	9 370 103 154	60,82
<i>FS.03.01 Contributions bilatérales directes</i>	1 848 178 390	14,20	1 516 429 013	9,84
FS.03.01.05 Gouvernement danois	150 061 671	1,15	42 533 774	0,28
FS.03.01.07 Gouvernement français	249 158 170	1,91	53 000 000	0,34
FS.03.01.08 Gouvernement allemand	313 525 215	2,41	418 901 495	2,72
FS.03.01.19 Gouvernement suédois	-	-	25 000 000	0,16
FS.03.01.22 Gouvernement américain	1 135 433 334	8,73	976 993 744	6,34
<i>FS.03.02 Organismes multilatéraux administrant des subventions pré-affectées</i>	7 206 097 919	55,38	7 756 422 251	50,35
FS.03.02.02 Commission européenne	52 403 495	0,40	40 000 000	0,26
FS.03.02.04 Organisation internationale du Travail (OIT)	31 723 800	0,24	7 031 000	0,05
FS.03.02.07 Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	5 514 833 201	42,38	6 517 716 534	42,31
FS.03.02.08 Secrétariat de l'ONUSIDA	203 101 325	1,56	76 623 285	0,50
FS.03.02.09 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	565 000 000	4,34	321 862 400	2,09
FS.03.02.13 Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)	10 270 000	0,08	10 960 073	0,07
FS.03.02.17 Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)	569 929 500	4,38	349 260 000	2,27
FS.03.02.20 Organisation mondiale de la Santé (OMS)	85 075 000	0,65	116 355 000	0,76
FS.03.02.99 Fonds multilatéraux ou fonds de développement n.c.a.	22 628 410	0,17	316 613 959	2,06
<i>FS.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif</i>	43 629 740	0,34	15 656 790	0,10
FS.03.99 Ensemble des autres fonds internationaux non classifiés ailleurs (n.c.a.)	43 629 740	0,34	15 656 790	0,10
Dépenses totales	13 013 256 475	100,00	15 405 503 860	100,00

En 2011 et 2012, des trois sources de financement, les fonds internationaux représentent au moins 60% des dépenses totales au cours de ces 2 années ; suivies des dépenses publiques représentant en moyenne 30% des dépenses totales et enfin les fonds privés qui font moins de 2% des dépenses totales.

Toutefois, on note une augmentation non négligeable des fonds publics en 2012 avec une croissance de 10% en moyenne des dépenses totales par rapport à 2011 soit 3 678 767 503 FCFA au détriment des fonds internationaux qui ont connu une baisse dans la même proportion (69,91% en 2011 soit 9 097 906 049 contre 60,82% en 2012 soit 9 370 103 154). Cela serait dû à un effort des pouvoirs publics à augmenter leur contribution à la lutte.

Figure 2a et 2b: Sources de financement en 2011 et 2012



Quant aux financements extérieurs qui demeurent la principale source de financement de la lutte contre le sida, ils s'élevaient à 9 097 906 049 F CFA soit **69,91%** du montant total des dépenses en 2011 contre 9 370 103 154 F CFA soit **60,62%** en 2012.

Ce financement représente les contributions de trois grandes catégories de bailleurs.

- Les Organismes Multilatéraux pour un montant de **7 206 097 919 F CFA** (55,38%) en 2011 et **7 756 422 251 F CFA** (50,35%) en 2012
- Les organismes bilatéraux pour un montant de **1 848 178 390 F CFA** (14,20%) en 2011 et **1 516 429 013 F CFA** (9,84%) en 2012
- Les ONG internationales pour un montant de **48 000 000 F CFA** (0,51%) en 2011 et **15 656 790 F CFA** (0,1%) en 2012

Les graphiques qui suivent présentent la répartition des ressources extérieures en 2011 et 2012.

Figure 3a : Décomposition des dépenses du financement extérieur en 2011

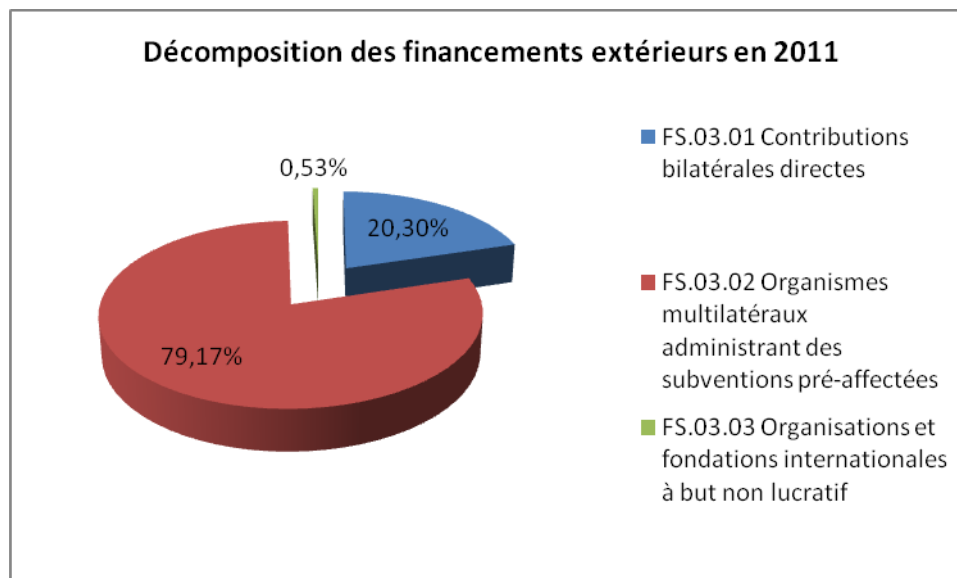
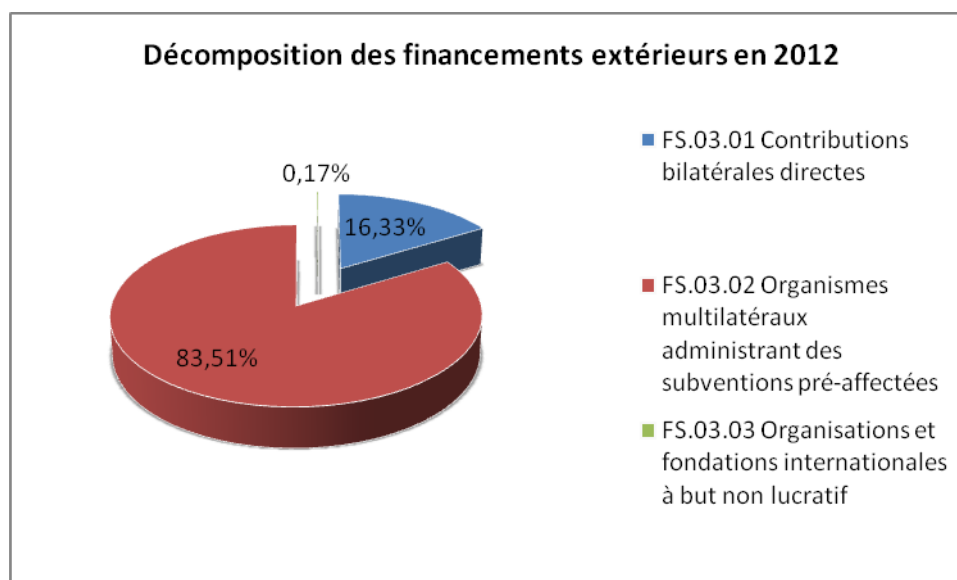


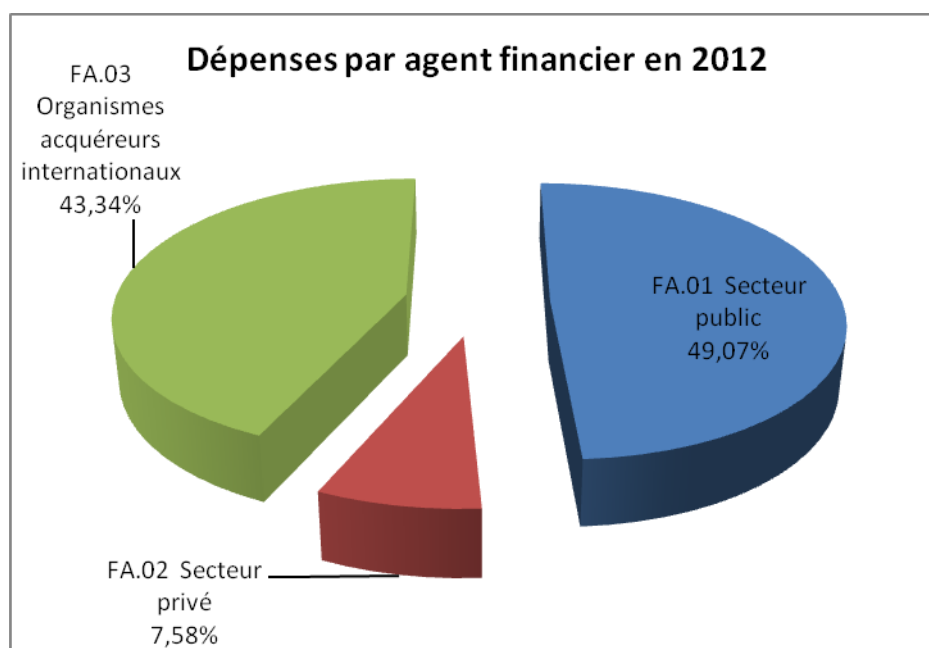
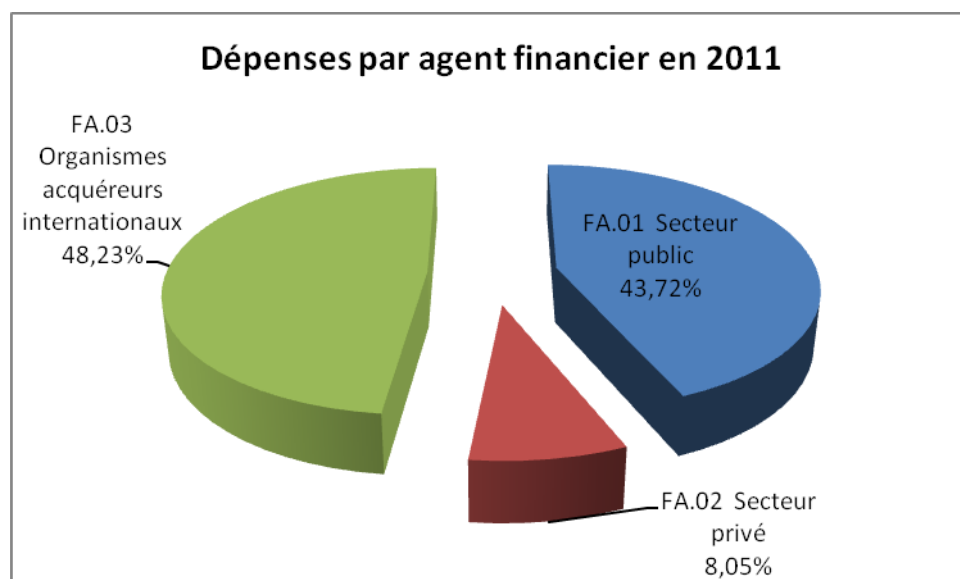
Figure 3b : Décomposition des dépenses du financement extérieur en 2012



Cette répartition met en exergue une prédominance des ressources allouées par les partenaires multilatéraux à la réponse nationale.

5.3 Dépenses par agent financier

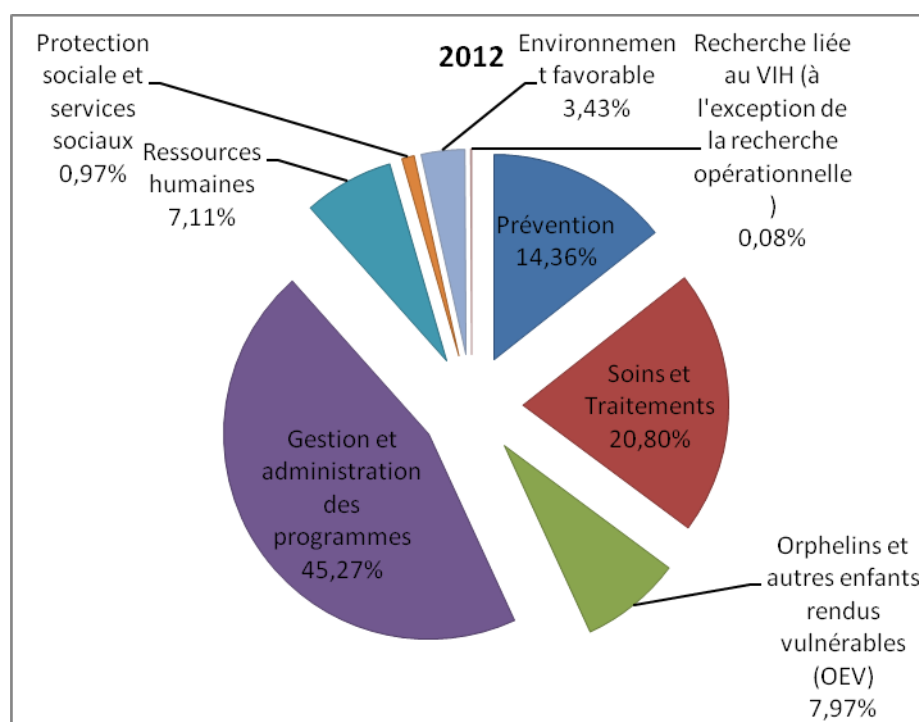
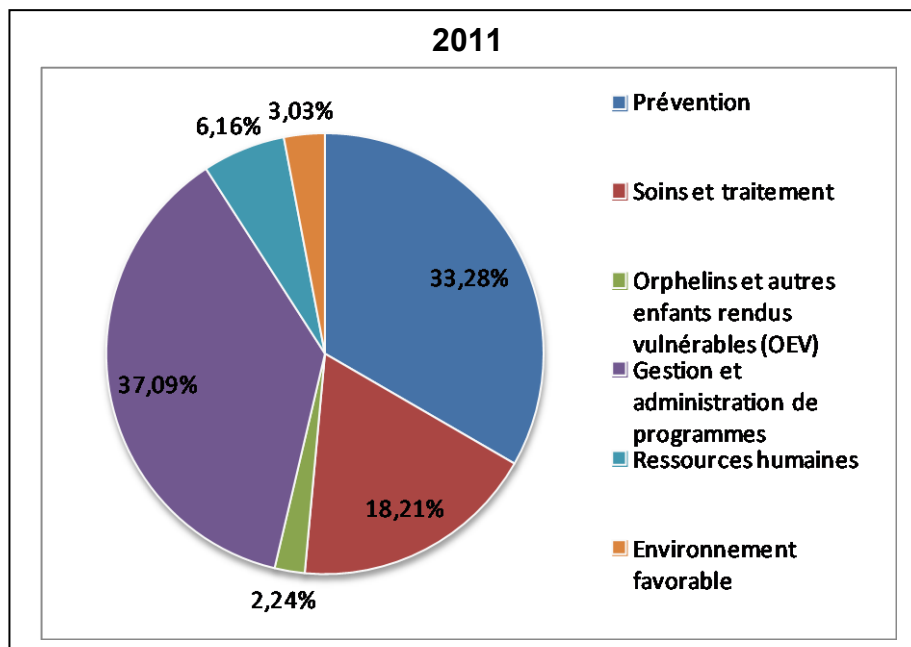
Figure 4a et 4b : Répartition des dépenses par agent financier en 2008 et 2009



La répartition des dépenses par agent financier révèle que la grande partie des ressources consacrées à la lutte contre le sida continue de transiter par les agents du secteur public comme on peut l'observer sur les deux graphiques ci-dessus. Il est suivi des organismes acquéreurs internationaux qui reçoivent pour financement des structures d'exécution une part non moins importante des ressources (43,34%).

5.4 Dépenses par chapitre d'interventions

Figure 5a et 5b: Répartition des dépenses par chapitre d'interventions en 2011 et 2012



Comme on peut l'observer sur ces figures, en 2011, 18,21% des ressources ont été allouées aux interventions de soins et traitement, 37,09% à la gestion et administration des programmes et 33,28% au programme de prévention. Par contre,

seulement 2,24% des ressources ont été allouées aux orphelins et enfants vulnérables.

En 2012, on note une diminution des dépenses relatives à la prévention (14,36% contre 33,28% en 2011) mais une augmentation relative des dépenses allouées aux orphelins et enfants vulnérables (7,97% contre 2,24% en 2011).

5.4.1 Les dépenses de Prévention

Tableau 2 : Décomposition des dépenses de prévention en 2011 et 2012

Interventions	Dépenses en 2011 (FCFA)	%	Dépenses en 2012 (FCFA)	%
ASC.01 Prévention	4 330 403 050	100,00	2 212 988 072	100,00
ASC.01.01 Communication pour le changement social et comportemental	53 749 287	1,24	364 870 997	16,49
ASC.01.02 Mobilisation communautaire	1 470 481 877	33,96	234 671 443	10,60
ASC.01.03 Conseil et test volontaires (CTV)	163 702 388	3,78	64 324 964	2,91
ASC.01.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles	659 171 324	15,22	373 418 360	16,87
ASC.01.05 Prévention – jeunes gens scolarisés	301 785 675	6,97	208 745 671	9,43
ASC.01.06 Prévention – jeunes gens non scolarisés	46 521 425	1,07	31 431 201	1,42
ASC.01.07 Prévention de la transmission du VIH parmi les personnes vivant avec le VIH (PVV)	-	-	41 952 500	1,90
ASC.01.08 Programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients	286 156 657	6,61	37 783 008	1,71
ASC.01.09 Programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	32 700 000	0,76	45 920 085	2,08
ASC.01.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail	125 999 662	2,91	33 391 122	1,51
ASC.01.12 Marketing social du préservatif	131 538 028	3,04	146 364 000	6,61
ASC.01.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial	750 750 638	17,34	188 152 594	8,50
ASC.01.17 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)	280 868 566	6,49	441 962 127	19,97

En 2012, la Prévention de la transmission mère-enfant (PTME), les interventions à l'endroit des groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles, la communication pour le changement social et comportemental, la mobilisation communautaire ont constitué les dépenses de prévention les plus importantes.

Toutefois, les interventions de prévention destinées aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients (1,71% des dépenses de prévention), aux jeunes gens non scolarisés (1,42%) et sur les lieux de travail (1,51%) demeurent négligeables.

Aussi, notons que de 2011 à 2012, les dépenses totales de prévention ont t-elles-baissé de 48,90%.

5.4.2 Les dépenses de soins et traitement

Les dépenses totales liées aux soins et traitement s'élèvent respectivement à 2 369 067 508 FCFA (soit 18,21% des dépenses totales de sida) en 2011 et 3 204 869 362 FCFA (soit 20,80%) en 2012 soit une augmentation de 35,28%.

Pour les deux années 2011 et 2012 ce sont les dépenses consacrées à la thérapie antirétrovirale qui représentent les dépenses les plus élevées en matière de soins et traitement.

5.4.3 Les dépenses de soutien

Tableau 3 : Décomposition des dépenses des Orphelins et autres enfants rendus vulnérables en 2011 et 2012

Interventions	2011	%	2012	%
ASC.03 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	291 041 692	100,00	1 227 128 415	100,00
Education des OEV	35 700 000	12,27	242 823 570	19,79
Appui communautaire aux OEV	30 145 085	10,36	858 893 060	69,99
Services sociaux et coûts administratifs liés aux OEV	7 747 665	2,66	125 411 785	10,22
Services destinés aux OEV non ventilés par type d'activité	217 448 942	74,71		

Le paquet d'activités offert aux OEV est le soutien éducationnel qui représente 12,27% des fonds alloués aux OEV en 2011 et 19,79% en 2012, l'appui communautaire (10,36% en 2011 et 69,99% en 2012

De 2011 à 2012, les fonds consacrés au soutien des OEV ont connu un accroissement de 321,63%. Ceci est dû au fait qu'en 2012 les fonds internationaux ont énormément appuyé les activités de soutien des orphelins de sida et leurs familles d'accueil.

5.4.4 Les dépenses pour un environnement favorable

Tableau 4 : Décomposition des dépenses d'un environnement favorable en 2012

Intervention	2011	%	2012	%
ASC.07 Environnement favorable	394 543 508	100	527 869 578	100
ASC.07.01 Sensibilisation	41 593 365	10,54	475 597 109	90,10
ASC.07.02 Programmes de protection des droits de l'homme	28 688 182	7,27	4 440 000	0,84
ASC.07.03 Renforcement institutionnel spécifique à la riposte au sida	324 261 961	82,19	45 810 469	8,68
ASC.07.05 Programmes de réduction des violences sexiste	-	-	2 022 000	0,38

5.4.5 Les dépenses de développement du Programme

Tableau 5 : Décomposition des dépenses de développement du programme en 2012

Interventions	2011	%	2012	%
ASC.04 Gestion et administration de programmes	4 826 476 200	100,00%	6 974 032 134	100,00%
ASC.04.01 Planification, coordination et gestion de programmes	4 097 644 190	84,90%	4 177 618 312	59,90%
ASC.04.03 Suivi et évaluation	589 405 241	12,21%	585 283 570	8,39%
ASC.04.04 Recherche opérationnelle	68 019 112	1,41%	28 495 541	0,41%
ASC.04.05 Surveillance sérologique (sérosurveillance)	10 770 220	0,22%	79 850 000	1,14%
ASC.04.07 Systèmes d'approvisionnement en médicaments	60 637 437	1,26%	836 982 301	12,00%
ASC.04.08 Technologies de l'information	-	-	104 473 309	1,50%
ASC.04.10 Amélioration et construction d'infrastructures	-	-	1 161 329 101	16,65%

Les fonds consacrés à la gestion des programmes et au renforcement de l'administration sont importants : En 2011, 4 826 476 200 CFA (soit 37,09% des dépenses totales) ont été allouées à cette catégorie de dépenses. En effet, il s'agit des dépenses relatives à l'acquisition des équipements, aux infrastructures, à la coordination.... En 2012, ces dépenses s'élevaient à 6 974 032 13 F CFA et représentent 45,27% des dépenses totales. Cette situation donne parfois lieu à des critiques qui font état de ce que les fonds du sida ne profitent pas toujours directement et entièrement aux bénéficiaires.

5.4.6 Ressources humaines

Les coûts des services liés au personnel représentent 801 724 518 FCFA en 2011 soit 6,16% des dépenses totales du sida. Cette catégorie de dépenses a connu un accroissement de 36,63% en 2012 et s'estime à 1 095 416 735 FCFA (soit 7,11% des dépenses totales).

Il est à noter que la mobilité du personnel intervenant dans la lutte inhibe parfois les renforcements des capacités antérieures ; ce qui oblige en un perpétuel besoin de renforcement des capacités.

5.6 Dépenses par population bénéficiaire

5.6.1 Cas des dépenses par rapport aux groupes de population

En 2012, la plus grande part des dépenses a été destinée aux initiatives non ciblées, comme la gestion et la formation, avec 33,34%, contre 42,58% en 2011. Les dépenses au profit des personnes vivant avec le VIH s'élèvent à 4 775 170 412 FCFA soit 31,00% des dépenses totales en 2012 contre 2 395 976 755 FCFA soit 18,41% des dépenses totales en 2011 avec une augmentation de 99,30%.

Tableau 6 : Décomposition des dépenses par population bénéficiaire en 2012

Populations cibles	Dépenses en 2012 (FCFA)	%
BP.01 Personnes vivant avec le VIH (indépendamment du diagnostic médical/clinique concernant le sida)	4 775 170 412	31,00
BP.01.01.02 Adultes et jeunes femmes vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus)	95 343 040	0,62
BP.01.01.98 Adultes et jeunes gens vivant avec le VIH (âgés de 15 ans et plus), données non ventilées par sexe	22 012 702	0,14
BP.01.98 Personnes vivant avec le VIH, données non ventilées par sexe	4 657 814 670	30,23
BP.02 Groupes de population particulièrement vulnérables	395 033 828	2,56
BP.02.02.01 Professionnelles du sexe et leurs clients	257 558 970	1,67
BP.02.03 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	31 693 601	0,21
BP.02.98 Groupes de population particulièrement vulnérables, données non ventilées par type d'activité	105 781 257	0,69
BP.03 Autres groupes de population clés	1 833 318 768	11,90
BP.03.01 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	1 231 568 416	7,99

BP.03.02 Enfants nés ou à naître de femmes vivant avec le VIH	267 522 500	1,74
BP.03.05 Migrants/populations mobiles	125 114 102	0,81
BP.03.08 Chauffeurs-routiers/travailleurs dans le transport et chauffeurs dans le secteur commercial	14 079 506	0,09
BP.03.11 Enfants et jeunes gens non scolarisés	129 521 306	0,84
BP.03.12 Enfants et jeunes gens placés en institutions	65 512 938	0,43
BP.04 Groupes de population spécifiques accessibles	1 024 013 719	6,65
BP.04.02 Elèves d'écoles élémentaires	97 104 000	0,63
BP.04.03 Jeunes gens/lycéens	340 655 158	2,21
BP.04.04 Etudiants à l'université	23 329 200	0,15
BP.04.05 Professionnels de soins de santé	50 000 000	0,32
BP.04.07 Militaires	93 970 000	0,61
BP.04.10 Ouvriers d'usines (s'agissant par exemple d'initiatives engagées sur le lieu de travail)	418 955 361	2,72
BP.05 Ensemble de la population	1 771 081 648	11,50
BP.05.01.02 Population adulte féminine	32 092 500	0,21
BP.05.01.98 Ensemble de la population adulte (âgée de plus de 24 ans), données non ventilées par sexe	188 152 594	1,22
BP.05.02.98 Enfants (âgés de moins de 15 ans), données non ventilées par sexe	65 000 000	0,42
BP.05.03.98 Jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans), données non ventilées par sexe	606 963 586	3,94
BP.05.98 Ensemble de la population adulte, données non ventilées par âge ou par sexe.	878 872 968	5,70
BP.06 Initiatives non ciblées	5 136 434 587	33,34
BP.99 Groupes de population spécifiques cibles, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)	470 450 899	3,05
TOTAL	15 405 503 861	100,00

Figure 6a : Répartition des dépenses par population bénéficiaire en 2011

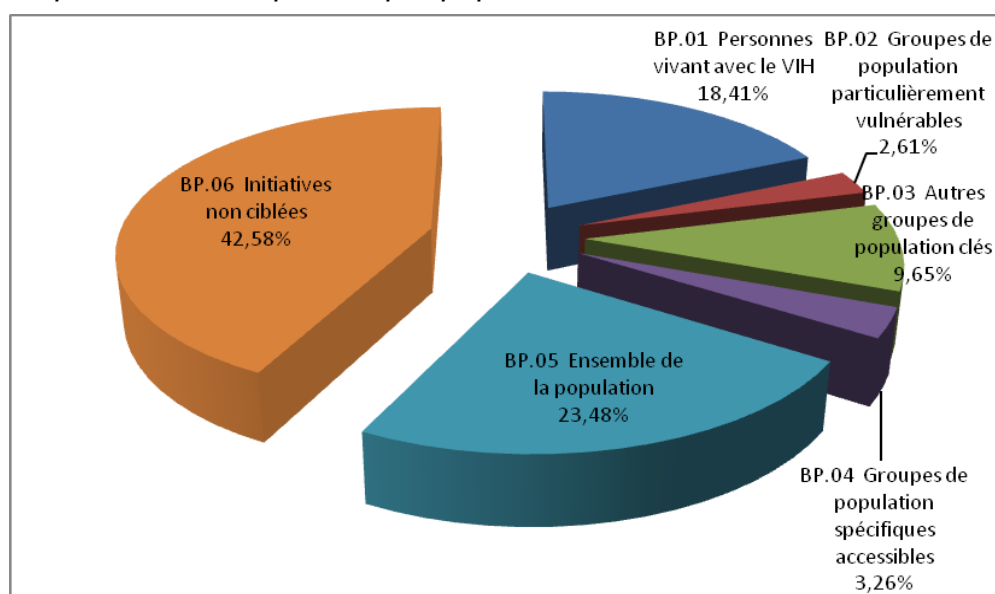
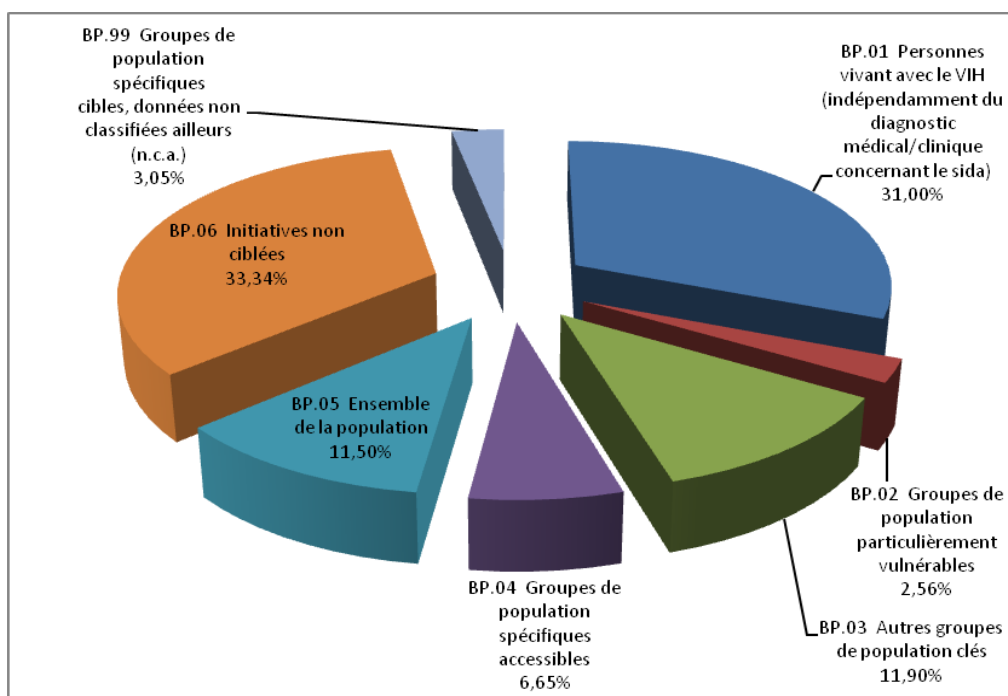


Figure 6b : Répartition des dépenses par population bénéficiaire en 2012



En 2011 et 2012, les activités de lutte contre le SIDA ont ciblé les personnes vivant avec le VIH (18,41% en 2011 et 31,00% en 2012), la population générale (23,48% en 2011 et 11,50% en 2012) et certaines populations spécifiques clés (9,65% en 2011 et 11,90% en 2012) et accessibles (3,26% en 2011 et 6,65% en 2012), telles les jeunes à l'école, les étudiants et les femmes enceintes.

5.6.2 Cas des dépenses de PVVIH

L'analyse des dépenses consacrées aux PVVIH a montré une augmentation de 99,30% des ressources de 2011 à 2012. Ces dépenses représentent respectivement 18,41% et 31,00% des dépenses totales du Sida.

Il importe cependant de souligner que les dépenses au profit des Enfants (âgés de moins de 15 ans) vivant avec le VIH, les professionnelles du sexe et leurs clients demeurent encore faibles. Elles représentent respectivement 0,42% et 1,47% des dépenses totales en 2012.

5.6.3 Cas des dépenses de populations spécifiques (jeunes, TS, routiers, femmes)

Le Plan Stratégique National 2012-2016 prévoit d'intensifier des actions à l'endroit de certaines populations spécifiques afin de réduire la prévalence au sein de ces groupes à risque qui constituent quelque fois les vecteurs entretenant l'infection à VIH au Bénin. Et pourtant, comme on peut encore le constater dans cette étude, les ressources à l'endroit de ces groupes demeurent quelque peu faibles.

Les dépenses relatives aux interventions en direction des jeunes² ont connu une augmentation de 10,48% entre 2011 et 2012. En effet, les dépenses au sein de la population jeune s'estiment en 2011 à 878 872 968 F CFA (soit 6,33% du montant global des dépenses) et en 2012 à 970 947 944 F CFA (soit 6,30%).

Une augmentation des dépenses a été également observée au niveau des dépenses consacrées aux routiers. De 36 253 600 F CFA en 2011 (soit 0,28% des dépenses totales), elles sont passées à 125 114 102 F CFA en 2012 (soit 0,81%).

En ce qui concerne les professionnelles de sexe et leurs clients, très peu de ressources ont été investies à leur endroit. Par exemple en 2012, seulement 1,67% du montant global des dépenses soit 257 558 970 F CFA ont été allouées aux interventions ciblant cette couche. Elles ont connu une légère régression par rapport à celles de 2011 qui s'élèvent à 286 156 657 F CFA soit 2,20% des dépenses totales.

Il urge que les décideurs prennent la mesure des choses car beaucoup d'efforts doivent être déployés à l'endroit de cette cible qui constitue le réservoir de l'épidémie.

² Les interventions en direction de cette population concernent les jeunes de 15 à 24 ans d'une façon générale mais aussi les jeunes à l'école et les étudiants à l'université.

IX - CONCLUSION

L'estimation des flux des ressources et dépenses nationales dans le domaine du VIH, quatrième exercice du genre au Bénin a permis une fois encore d'apprécier l'importance des fonds injectés dans la réponse nationale au Sida.

Au terme de cette étude, on peut constater que la réponse nationale souffre quelque peu d'une bonne affectation des financements alloués aux interventions en direction de certaines populations bénéficiaires telles que les travailleuses de sexe et leurs clients (groupe qui entretient l'épidémie du VIH au Bénin)³.

De plus, cet exercice a permis de mettre en relief la faible allocation des ressources à certains acteurs clés de la lutte ; ce qui confirme l'idée d'œuvrer davantage pour l'établissement de la multisectorialité de la lutte c'est-à-dire, de l'implication plus accrue de tous les acteurs dans la réponse à l'épidémie.

Aujourd'hui plus que jamais, il apparaît clair que le SP/CNLS dispose d'un outil performant non seulement pour le suivi évaluation et le plaidoyer mais aussi et surtout pour la rationalisation des financements disponibles et leurs utilisations efficaces dans le cadre de la lutte contre le VIH.

³ Etude Modes of Transmission, SP/CNLS-ONUSIDA 2009