



Estimation des ressources et dépenses relatives au sida (REDES) au Bénin en 2013

Mai 2014

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	5
RESUME ANALYTIQUE	7
I – INTRODUCTION	9
1.1 Définition.....	9
1.2 Objectif Général.....	9
1.3 Objectifs spécifiques.....	9
II – PROFIL DU BENIN	11
2.1 Profil géographique et administratif	11
2.2 Démographie	11
2.3 Profil socio-économique	12
2.4 Caractéristiques du secteur de la santé.....	12
2.5 Situation épidémiologique du VIH/SIDA	13
2.5.1 Dans la population générale	13
2.5.2 Au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection	14
2.5.3 Au sein des groupes spécifiques	15
2.6 Réponse nationale au VIH.....	16
2.6.1 Prévention et traitement.....	16
2.6.2 Soins et soutiens.....	17
2.6.3 Soutien aux PVVIH.....	18
III- DEFINITION ET DOMAINES DE COUVERTURE DU REDES	19
3.1 La classification en trois dimensions.....	19
3.1.1 Le financement.....	19
3.1.2 La prestation de services liés au VIH	19
3.1.3 L'utilisation	19
3.2 Définition des Catégories de dépenses	20
3.2.1 Prévention	20

3.2.2 Soins et traitement	20
3.2.3 Orphelins et enfants vulnérables.....	20
3.2.4 Développement de Programme	20
3.2.5 Ressources humaines.....	20
3.2.6 Protection sociale et services sociaux	20
3.2.7 Recherches liées au VIH/SIDA	21
IV - METHODOLOGIE	21
4.1 La pré-enquête	21
4.2 La collecte des données	21
4.3 Le traitement et la saisie des données	22
4.4 L'analyse des résultats et la validation	22
V- RESULTATS DE L'ESTIMATION DES RESSOURCES ET DEPENSES 2013..	23
5.1 Dépenses totales de SIDA.....	23
5.2 Dépenses par source de financement	24
5.3 Dépenses par agent financier.....	26
5.4 Dépenses par chapitre d'interventions.....	27
5.4.1 Les dépenses de Prévention.....	28
5.4.2 Les dépenses de soins et traitement	29
5.4.3 Les dépenses de soutien	30
5.4.4 Les dépenses pour un environnement favorable	30
5.4.5 Les dépenses d'administration et de coordination	31
5.4.6 Ressources humaines.....	32
5.5 Dépenses par population bénéficiaire.....	33
5.5.1 Cas des dépenses par rapport aux groupes de population	33
5.6 Dépenses par type de facteurs de production (objets de dépense).....	34
VI- DIFFICULTES RENCONTREES ET PERSPECTIVES	36
6.1 Difficultés	36
6.2 Perspectives	36
VII- RECOMMANDATIONS	37
VIII - CONCLUSION.....	37
ANNEXES.....	37

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des dépenses par source de financement en 2013.....	25
Tableau 2 : Décomposition des dépenses de prévention par source de financement en 2013	29
Tableau 3 : Dépenses de soins et traitement	29
Tableau 4 : Décomposition des dépenses des Orphelins et autres enfants rendus vulnérables par source de financement en 2013	30
Tableau 5 : Décomposition des dépenses liées à la protection sociale par source de financement en 2013	30
Tableau 6 : Décomposition des dépenses d'un environnement favorable par source de financement en 2013	31
Tableau 7 : Décomposition des dépenses de développement du programme en 2013.....	32
Tableau 8 : Répartition des dépenses par population bénéficiaire en 2013	33
Tableau 9 : Décomposition des dépenses courantes en 2013	35
Tableau 10 : Décomposition des dépenses d'investissement en 2013	35

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Evolution des dépenses totales de sida de 2011 à 2013</i>	<i>23</i>
<i>Figure 2 : Ressources prévues, mobilisées et dépensées en 2013</i>	<i>24</i>
<i>Figure 3 : Sources de financement en 2013</i>	<i>24</i>
<i>Figure 4 : Décomposition des dépenses du financement extérieur en 2013</i>	<i>26</i>
<i>Figure 5 : Répartition des dépenses par agent financier en 2013</i>	<i>27</i>
<i>Figure 6: Répartition des dépenses par chapitre d'interventions en 2013.....</i>	<i>28</i>
<i>Figure 7 : Répartition des dépenses par population bénéficiaire en 2013.....</i>	<i>34</i>

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV	: Anti Rétro Viraux
BAD	: Banque Africaine de Développement
BM	: Banque Mondiale
CALS	: Comité d'Arrondissement de Lutte contre le Sida
CCLS	: Comité Communal de Lutte contre le Sida
CDLS	: Comité Départemental de Lutte contre le Sida
CIPEC	: Centre d'Informations, de Prospective, d'Ecoute et de Conseil
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida
CVLS	: Comité Villageois de Lutte contre le SIDA
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ESDG	: Enquête de Surveillance de Deuxième Génération
ETME	: Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
FM	: Fonds Mondial
HSH/ MSM	: Homme ayant des rapports sexuels avec des Hommes / Men having Sex with Men
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MCAT	: Ministère de la Culture, de l'Artisanat et du Tourisme
MS	: Ministère de la Santé
OCAL	: Organisation du Corridor Abidjan Lagos
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le Sida
OSC	: Organisation de la Société Civile
PALS/BAD	: Projet d'Appui à la Lutte contre le VIH/Sida/Banque Africaine de Développement
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PARL/Sida	: Projet d'Appui au Renforcement de la Lutte contre le Sida
PMLS	: Projet Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSI	: Population Services International
PSN	: Plan Stratégique National
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RABeJ/SD	: Réseau des Associations Béninoises de Jeunes engagés dans la Santé et le

Développement

REMASTP	: Réseau des Médias Africains engagés pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
RéBAP+	: Réseau Béninois des Associations de Personnes vivant avec le VIH
ROAFEM	: Réseau des Organisations et Associations de Femmes contre la féminisation de l'épidémie
ROBS	: Réseau des ONG Béninoises de Santé
SE	: Suivi –Évaluation
SEIB	: Société d'Electricité Industrielle du Bénin
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SP	: Secrétariat Permanent
SP/CNLS	: Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le Sida
TS	: Travailleuse de Sexe
UDI	: Utilisateurs de Drogues Injectables
UGFM	: Unité de Gestion du Fonds Mondial
UFLS	: Unité Focale de Lutte contre le Sida
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United State Agency for International Development
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME ANALYTIQUE

La réalisation de l'étude sur les moyens financiers injectés dans la lutte contre VIH/sida est devenue une coutume et le Bénin s'efforce de satisfaire à la tradition tous les ans depuis 2006. De son intitulée « Etude sur l'estimation des ressources et des dépenses » du sida pour une année précise donnée, elle porte sur les ressources et les dépenses engagées au cours de l'année précédente. Son but est de permettre aux autorités en charge de la réponse nationale au VIH/sida et aux différents acteurs de faire les différentes sources de financements, d'avoir une idée du coût des flux financiers investis et des différentes catégories de dépenses effectuées dans la riposte.

Le processus a été conduit par le secrétariat permanent du Comité National de Lutte contre le Sida avec l'appui financier de l'Etat béninois et de l'ONUSIDA. De ce fait, une équipe pilote composée des cadres 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 et la validation du rapport final.

Ce processus, respecté pour le compte de l'année 2013 a montré que les ressources consacrées à la lutte contre le VIH/sida au Bénin s'élèvent à un montant de dix milliards neuf cent quatre vingt seize millions cent soixante quatre mille neuf cent quarante six (10 996 164 946) FCFA.

Plusieurs sources de financement des dépenses de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST ont été identifiées. Les principales concernent le financement par les fonds publics, celui des fonds privés et le financement extérieur en l'occurrence le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Les financements extérieurs représentent 85,57% des dépenses totales en 2013 contre 14,43% des financements publics. Les dépenses sur fonds publics ont connu une augmentation importante passant de 143 millions en 2011 à 1,5 milliard en 2013. Ce progrès marque l'engagement de l'Etat dans la mise en œuvre de la feuille de route sur la responsabilité partagée de l'Union Africaine promue par le Président de la République.

Aussi, les ressources allouées aux OEV se sont amenuisées et sont passées de 2,24% en 2012 à 0,38% en 2013. En 2013, les dépenses totales liées aux soins et traitement s'élèvent à 2 243 823 314 FCFA contre 3 204.869 362 FCFA en 2012. On note une tendance à la baisse des dépenses totales allouées à ces types d'interventions. Par contre en termes de proportion on ne remarque pas une grande différence (20,80% en 2012 et 20,41% en 2013).

Le premier constat, c'est la constante que les personnes vivant avec le VIH bénéficient du tiers des dépenses : 32,20% en 2013 contre 30,99% en 2012. Les initiatives ciblées ont largement augmenté au profit des populations clés.

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. Ce processus de suivi qui est le deuxième du genre 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 2013 au Bénin.

1.3 Objectifs spécifiques

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'efficience 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.

L'idée de réaliser la NASA au Bénin émane de la volonté des autorités 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.

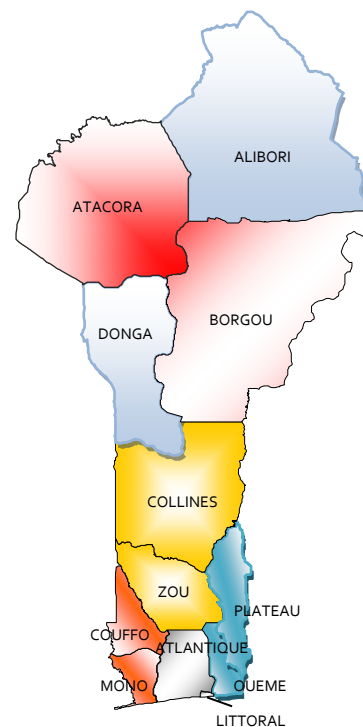
II – PROFIL DU BENIN

2.1 Profil géographique et administratif

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, la République du Bénin couvre une superficie de 114.763 km² et s'étend sur une longueur de 700 Km. Sa largeur évolue de 125 Km le long de la côte à 325 Km vers la latitude de Tanguéta.

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 546 arrondissements, eux aussi en 3747 quartiers de ville et villages. Chacune de ces unités administratives est dotée d'un organe de lutte contre le VIH et le Sida, à savoir :



- le Comité Départemental de Lutte contre le SIDA (CDLS) présidé par le Préfet, avec comme organe exécutif le Secrétariat Permanent départemental ;
- les Comités Communaux de Lutte contre le SIDA (CCLS) présidés par les Maires ;
- les Comités d'Arrondissement de Lutte contre le SIDA (CALs) présidés par les Chefs d'Arrondissements ; et
- les Comités Villageois de Lutte contre le SIDA (CVLS) et les Comités de Quartier de lutte contre le SIDA (CQLS) présidés respectivement par les Chefs de villages et les Chefs de quartiers.

2.2 Démographie

Le Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH4) réalisé du 11 mai au 31 mai 2013 a permis de dénombrer 9 983 884 habitants résidents des deux sexes dont 5 115 704 personnes de sexe féminin soit 51,2% de la population totale, ce

qui correspond à un rapport de masculinité de 95,3 hommes pour 100 femmes (RGPH4, 2013).

Il ressort des résultats des recensements de 2002 et de 2013 que le Bénin a connu un taux annuel d'accroissement inter censitaire de 3,5%. Au regard de ce taux, on peut noter que la population du Bénin a connu ces dix dernières années un accroissement plus accéléré sur la période 2002-2013 (3,5%) comparativement à la période 1992-2002 (3,23%)

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 sont 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 le Bénin. Ainsi, la croissance économique a évolué en dents de scies, allant de 5% en 2008 pour atteindre 5,5% (estimation FMI pour 2013).

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 806 US dollars en 2012 à 810 US dollars en 2013 (FMI, 2013).

Les parts des principaux secteurs d'activités dans le PIB (EIU, 2012) :

- agriculture : 32,2% ;
- industries : 13,1% ;
- services : 54,7%

Les principaux produits d'exportation au Bénin sont : le coton, le palmier à huile, l'anacarde, l'ananas, le karité, le manioc, etc., alors que les produits d'importation sont constitués des produits alimentaires, des produits pétroliers et des biens d'équipement.

Sur le plan socioculturel, il existe un pluralisme linguistique et ethnique au Bénin. On retrouve par ailleurs, un taux élevé d'analphabétisme des femmes. 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 zone sanitaire, la couverture en infrastructures au Bénin s'est améliorée. Toutefois, cette bonne couverture en infrastructures sanitaires (93,1% en 2013), généralement jugée suffisante, cache une inégale répartition¹. (Voir annuaire statistique)

2.5 Situation épidémiologique du VIH/SIDA

Le Bénin, à l'instar d'autres pays de la sous-région, est un pays à épidémie mixte avec des poches de concentration de fortes prévalences au sein de certaines populations clés plus exposées aux risques d'infection, notamment les TS et leurs partenaires, les prisonniers, les HSH et les UDI.

Selon l'EDSB IV 2011-2012, le taux de prévalence est de 1,2% chez les personnes de 15-49 ans. Cette prévalence estimée à 1,4% chez les femmes est plus élevée que chez les hommes du même groupe d'âge (1,0%) (Sexe ratio de 140 femmes infectées pour 100 hommes).

La situation est variable selon les départements et le milieu de résidence. La prévalence est plus élevée en milieu urbain (1,6%) qu'en milieu rural (0,9%).

2.5.1 Dans la population générale

La quatrième édition de l'EDS+ a été organisé au Bénin pour une meilleure évaluation de l'impact du programme en cours sur l'infection à VIH. En outre, l'EDSB-IV 2011-2012 renseigne sur la connaissance de l'épidémie du VIH et son profil à travers le pays. Ce qui conduit à des interventions et à la formulation de messages plus précis et mieux ciblés. Ainsi, il a été enregistré une prévalence nationale de 1,2% auprès des personnes de 15 à 49 ans. La prévalence chez les femmes de cette tranche d'âge estimée à 1,4 % est plus élevée que chez les hommes du même groupe d'âge (1,0 %). La prévalence la plus élevée est observée au niveau du groupe d'âge 30-34 ans (2,1%) et celle la moins élevée pour le groupe d'âge 15-19 ans (0,3 %). Selon le milieu de résidence, la prévalence est plus élevée en milieu urbain (1,6 %) qu'en milieu rural (0,9 %).

¹ Source : Annuaire statistique du MS

2.5.2 Au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection

➤ Les Travailleuses de sexe

Entre 2008 et 2012, la prévalence du VIH a connu une diminution statistiquement significative (20,9% contre 26,5%). Cette prévalence varie selon le département et le type de prostitution (25,2% chez les TS affichées avec un IC à 95% [21,1 – 29,3] ; 17,7% chez les TS clandestines avec un IC à 95% [14,6– 20,8]). Le stéréotype VIH1 est prédominant. La coinfection VIH/IST est de 11% avec un IC à 95% [6,7 – 15,2].

Cette enquête a également permis d'estimer chez les clients des TS, une prévalence à 2,3%. Cette dernière est significativement en régression par rapport à celle de 2008 qui était de 3,9%.

L'étude spécifique dénommée « ESDG relative aux IST, VIH et Sida aux ports d'Akpakpa, de Cotonou, de Lomé, de Tema et d'Abidjan » menée en 2013 par l'Organisation du Corridor Abidjan Lagos (OCAL) a révélé qu'au niveau du Port de Cotonou, la prévalence chez les TS est de 21,7% et varie selon les types de prostitution (21,6% chez les TS affichées; 23,5% chez les TS clandestines.)

➤ Chez les serveuses de bars et restaurants

Un total de 309 serveuses de bars et restaurants ont été enquêtées à travers tout le pays avec 26 dépistées positives au VIH. La prévalence de l'infection à VIH à ce niveau est de 8,4% avec un IC à 95% [5,31 – 11,49].

➤ Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Sur les 291 HSH dont les données ont été analysées, 67% ont entre 18 et 24 ans et 33% 25 ans et plus. L'âge moyen des HSH enquêtés est de 23 ans. Environ 9 HSH sur 10 sont célibataires et près d'un HSH sur deux (46%) ont un niveau d'instruction supérieur.

La population des HSH enquêtés est composée de 39,5%² qui s'identifient comme homosexuels et 60,5% comme bisexuels. Quant au rôle sexuel communément joué, 58,1% des HSH sont des actifs ou insertifs, 28,5% sont des passifs ou réceptifs et 13,4% sont versatiles.

Au Bénin, la prévalence du VIH au sein de la population des HSH est de 12,6%³ soit dix (10) fois celle de la population générale qui est estimée à 1,2%. Elle est de 21,3% chez les HSH de 25 ans et plus contre 8,5% chez les HSH de 18-24 ans.

² Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) du VIH et des IST auprès des HSH au Bénin, 2013

³ Opp cit

➤ **Chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI)**

Une étude sur les UDI en 2013 a porté sur cent vingt (120) enquêtés. L'âge médian de la population des UDI enquêtés est de 32 ans et la moitié est mariée. Le nombre médian d'injection de drogues au cours du mois ayant précédé l'enquête est de 5,78. Six (6) UDI sur dix (10) ont utilisé des drogues injectables deux fois par semaine et la durée médiane d'exposition à la drogue est de 4 ans. La prévalence du VIH au sein de la population des UDI enquêtés est estimée à 6,7%⁴.

2.5.3 Au sein des groupes spécifiques

➤ **Prévalence de l'infection par le VIH auprès des camionneurs**

Selon l'ESDG 2012, la prévalence du VIH chez les camionneurs est estimée à 3,2% contre 1,5% en 2008. Cette prévalence varie selon les nationalités et les tranches d'âge. Les conducteurs dans les tranches d'âge de 15 à 19 ans (4%) et de 30 ans (3,9%) semblent les plus touchés.

➤ **Prévalence de l'infection par le VIH chez les jeunes**

La prévalence du VIH chez les jeunes adolescents scolaires de 15 à 24 ans est de 0,2% avec une prédominance masculine (0,3% vs 0,2%). Chez les jeunes adolescents travailleurs, elle est de 0,7% légèrement plus élevée dans la tranche d'âge de 20-24 ans (1,2%) et de (0,4%) dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans (ESDG 2012).

➤ **Séropositivité à VIH dans le cadre de la PTME**

En 2013, les services de PTME ont été offerts dans 628 maternités. 232.745 femmes enceintes ont été dépistées au VIH sur 319 786 gestantes admises en première consultation prénatale soit 72,78%. Sur les 232.745 dépistages réalisés, 2 352 femmes sont testées positives au VIH (1,01%). Sur les 1559 femmes enceintes mises sous protocole, 31 sont mises sous monoprofylaxie (1,98%), 613 sous triprofylaxie (39,32%), 706 sous trithérapie (45,28%) et 209 sous option B+ (13,41%)⁵.

⁴ Enquête de surveillance de deuxième génération (ESDG) du VIH et des IST auprès des UDI au Bénin, 2013

⁵ Rapport de monitoring des données S1 et S2 du PNLS, 2013

➤ **Séropositivité à VIH chez les prisonniers**

La situation n'a été appréciée qu'en 2009 à 2,9% dans les différentes maisons d'arrêt du Bénin avec un IC à 95% [1,95 – 3,85]. Cette prévalence varie de 1% à 5% selon les maisons d'arrêt.

➤ **Chez les malades tuberculeux**

Le taux de séropositivité au VIH chez les tuberculeux en 2013 est de 16%. Depuis 2006, cette prévalence du VIH oscille autour de 16% avec une fluctuation de $\pm 1\%$ (15% en 2006 et 2007; 17% en 2008, 16% en 2009, 2010 et 2012, 17% en 2011, 16% en 2012 et en 2013). Au sein des nouveaux cas TPM+, le taux de séroprévalence est de 13% avec une fluctuation de $\pm 1\%$.

2.6 Réponse nationale au VIH

La prise en charge couvre les aspects médical, biologique, pharmaceutique, psychologique, social, communautaire et nutritionnel.

2.6.1 Prévention et traitement

Les sites de prise en charge sont passés de 82 en 2012 à 92 en 2013 répartie sur tout le territoire national dans le but de faciliter l'accès au traitement par les ARV à tous les patients. Mais au cours de l'année 2013 seulement 83 sites ont offerts les services de prise en charge par les ARV. 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 le prolongement de l'espérance de vie des PVVIH qui pourront ainsi mener des activités génératrices de revenus.

Le nombre cumulé de personnes vivants avec le VIH prises en charge par les ARV est passés de 12 078 en 2008 à 240810 en 2013 dont 1 374 enfants alors que le nombre de personnes ayant besoin d'ARV est estimé à 38 409 soit une couverture de 64,6%.

En 2013, 5 609 personnes ont été nouvellement mises sous ARV dont 5 284 adultes et 325 enfants. Au total 529 décès de PVVIH ont été enregistrés dont 26 enfants et le nombre total de perdus de vue s'élève à 1 674.

Outre la prise en charge, la promotion des tests VIH volontaires et confidentiels bénéficie également d'une attention particulière. En 2013, la couverture du pays en centres de Conseil et de Dépistage Volontaire est de 156 (PNLS, OCAL) avec une

implication des cliniques privées qui collaborent dans les activités de dépistage. 60.404 personnes ont été dépistées au titre de l'année 2013 dans la population générale.

De même, la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) est généralisée. En 2013, elle a couvert 628 maternités sur les 817 offrant les services de CPN recensée (76,86%). 232 745 femmes enceintes ont été dépistées au VIH sur 319 786 gestantes admises en première consultation prénatale soit 72,78% d'acceptation. Sur les 232 745 dépistages réalisés, 2 352 femmes sont testées positives au VIH (1,01%). Sur les 1.559 femmes enceintes mises sous protocole, 31 sont mises sous monoprophyllaxie (1,98%), 613 sous triprophyllaxie (39,32%), 706 sous trithérapie (45,28%) et 209 sous option B+ (13,41%)⁶.

En 2013, sur les 1.175 enfants nés de mères séropositives attendues et dont 70% (823) devraient bénéficier du diagnostic précoce selon le plan d'ETME, 890 ont été prélevés dont 611 sont entre 6 et 8 semaines de vie soit 52%.

Selon l'étude de l'efficacité de la PTME réalisée en 2012, le taux de transmission du VIH des mères séropositives qui n'ont bénéficié d'aucun protocole est de 11,41%, alors qu'il est de 4,73% chez celles qui ont été mises sous prophylaxie ARV.

2.6.2 Soins et soutiens

Les différents appuis aux OEV sont relatifs aux activités du ministère de la Famille, de la Solidarité Nationale, des Handicapés et des personnes de troisième âge, avec l'appui de ses partenaires. Ils se résument au titre de l'année 2013 à :

- pour l'appui nutritionnel, 24.056 Kits nutritionnels ont été distribués dont 11.938 aux garçons et 12.118 aux filles ;
- pour l'appui scolaire (fournitures scolaires, tissus kaki, manuels, frais de scolarité et frais de cours de renforcement) : 16.972 kits ont été distribués dont 8.688 aux garçons et 8.284 aux filles ;
- pour la formation en apprentissage pour les OEV déscolarisés et non scolarisés, 651 ont reçu cet appui dont 328 garçons et 717 filles ;
- Pour l'appui médical, 12.659 OEV dont 6.229 garçons et 6.430 filles ;
- pour l'appui psychologique, 1.299 garçons et 1.127 filles soit au total 2.426 OEV.

⁶ Rapport de monitoring des données S1 et S2 du PNLS, 2013

2.6.3 Soutien aux PVVIH

Les actions de soutien sont essentiellement liées aux services de prise en charge sociale, psychologique, nutritionnel et d'appui juridique offerts par l'ensemble des acteurs de la prise en charge communautaire. Le soutien social aux PVVIH résulte de l'action conjuguée des acteurs de Contres de promotion Sociale installés sur toute l'étendue du territoire national par le Ministère en charge de la famille.

Les actions de soutien et de prise en charge psychologique représentent également une part importante de la stratégie de mise en œuvre du projet Fonds mondial au cours de l'année 2013. Elles sont réalisées par l'ONG GIP ESTHER à travers la mise à la disposition des sites de prise en charge, d'un dispositif composé de 486 médiateurs et de 7 psychologues qui facilitent et complètent la prise en charge médicosociale.

Les actions d'appui juridique sont surtout l'œuvre d'ONG notamment l'Association Béninoise de Droit du Développement, avec l'appui de l'Office du Haut commissariat au Droits de l'Homme. Il s'agit surtout des actions de d'information sur la loi, de consultations, conseil et d'assistance juridique des personnes séropositives en vue de la réduction des barrières de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH/sida. Au titre de l'année 2013, il a été enregistré :

- l'ouverture et le traitement de 113 dossiers pour les problèmes de violations de droits humains dont :
 - 38 dossiers conduits et complètement résolus en approches alternatives ;
 - 23 dossiers traités en procédure judiciaire, avec l'appui d'un avocat et d'un huissier de justice ;
 - 52 dossiers reçus et traités pour des besoins d'intermédiation et d'orientation pour la prise en charge d'OEV et la promotion d'activités économiques.
- Le renforcement des capacités de 65 acteurs stratégiques de la riposte ont été sur l'appropriation de la loi et des services d'appui juridique à la lutte contre le VIH/sida, la prise en compte des droits des PVVIH et la promotion des services d'assistance juridiques dans le contexte de la lutte contre le VIH/sida ;
- La réalisation de 04 émissions radio interactives pour sensibiliser les populations sur le contenu de la loi et les questions pratiques de droits liées au VIH.

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.

3.2 Définition des Catégories de dépenses

3.2.1 Prévention

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

3.2.2 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.

3.2.3 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).

3.2.4 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, les revenus salariaux, 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.

3.2.5 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.

3.2.6 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.

3.2.7 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

En prélude au lancement du processus de rédaction du rapport REDES 2013, une réunion du cadre de concertation des acteurs en finance intervenant dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida s'est tenue et a mis un accent particulier sur leur contribution au renseignement des données REDES. A l'issue de cette réunion, un noyau de sept (07) membres a été constitué pour coordonner le processus.

Ainsi, les membres du noyau ont tenu une réunion préparatoire pour l'élaboration du rapport de REDES 2013. L'objectif de cette rencontre est d'informer ces acteurs sur l'importance de la collecte et le traitement des flux financiers injectés dans la lutte et d'échanger sur les outils de collecte des données financières.

Ensuite la liste des structures qui doivent fournir les données a été constituée de même que les équipes de collecte.

4.2 La collecte des données

Deux types de collecte ont permis l'exécution de cette activité. Il s'agit de la collecte active et de la collective passive.

Pour ce qui concerne la collective passive les données ont été renseignées par mail par certaines structures à partir du canevas conçu à cet effet. La collecte active a eu lieu auprès des structures qui n'ont pas pu renseigner par mail. Pour ce faire, les équipes constituées ont parcouru tous les départements pour recueillir les données sur le terrain au près des structures.

Un pool de superviseurs a été déployé sur le terrain afin de s'assurer de l'effectivité de la collecte selon le canevas, de s'enquérir des éventuelles difficultés et apporter

au besoin les solutions adéquates. Elle a en outre aidé les équipes nationales dans la collecte des données manquantes.

4.3 Le traitement et la saisie des données

Cette phase a consisté à apurer les fiches de collecte en s'assurant de la cohérence des informations collectées. Les données collectées au niveau national sont comparées à celles collectées dans les départements pour le contrôle de qualité.

Les étapes suivantes ont caractérisé cette phase :

- Codification et saisie des données dans le tableur Excel - La codification des activités a consisté à les rattacher à un code précis permettant leur 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. L'achèvement de cette phase 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 dans le domaine du VIH/SIDA, combinés avec les informations démographique, socio-économique et épidémiologique du pays ont permis 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 2013

5.1 Dépenses totales de SIDA

En 2013, les dépenses totales sur le VIH/sida sont estimées à un montant de Dix milliards neuf cent quatre vingt seize millions cent soixante quatre mille neuf cent quarante six (10 996 164 946) FCFA. Depuis 2010, les dépenses annuelles sur le VIH/sida sont en moyenne de onze milliards cinq cent millions (11 500 000 000) FCFA. On note une croissance progressive (66%) des dépenses entre 2010 et 2012. Par contre en 2013, cette évolution a chuté de 15 405 503 860 F CFA en 2012 à 10 996 164 946 F CFA soit environ cinq milliards (5 000 000 000) FCFA.

La baisse des dépenses sur le VIH/sida observée en 2013, traduit la clôture du Pojet Multisectoriel de Lutte contre le Sida phase 2 (PMLS II) financé par l'Etat à travers un emprunt auprès de la banque mondiale. L'année 2013 a été aussi marquée par le passage à la phase 2 du round 9 du Fonds Mondial dont les décaissements sont intervenus au cours du deuxième semestre.

Ce niveau de dépenses correspond à une dépense par tête d'habitant de 1 667 FCFA (3,33 USD) en 2012 contre 1111 FCFA (2 ,22 USD) en 2013.

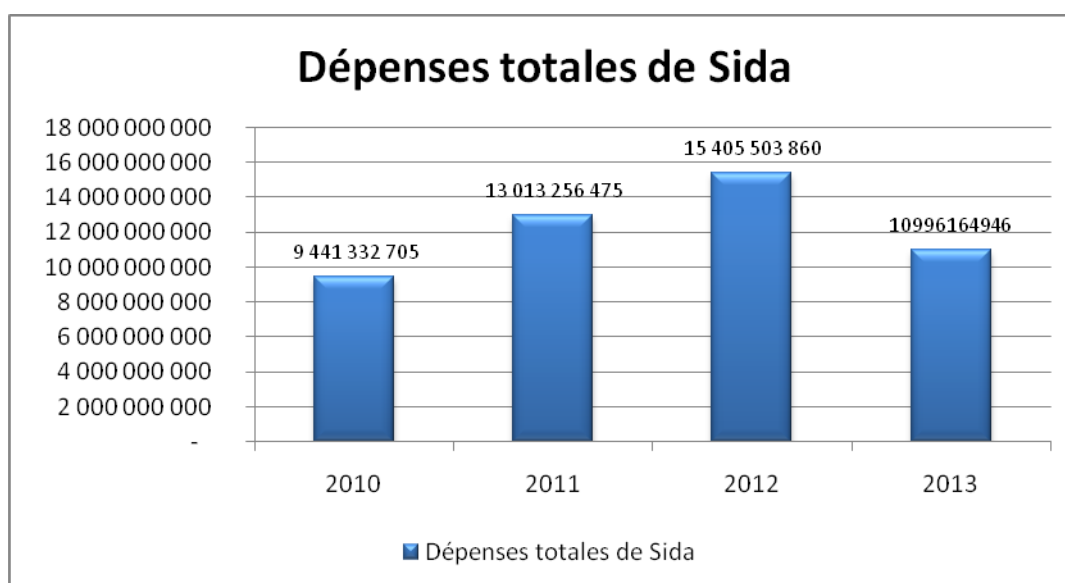


Figure 1 : Evolution des dépenses totales de sida de 2011 à 2013

En 2013, sur 25 488 665 560 FCFA prévus pour la mise en œuvre de l'année 2 du PSN 2012-2013, un peu plus de la moitié a été mobilisée, soit 13 051 598 129 FCFA (51,21% mobilisés). Sur le total mobilisé, 10 996 164 946 FCFA ont été dépensés, soit un taux d'exécution de 84,25%.

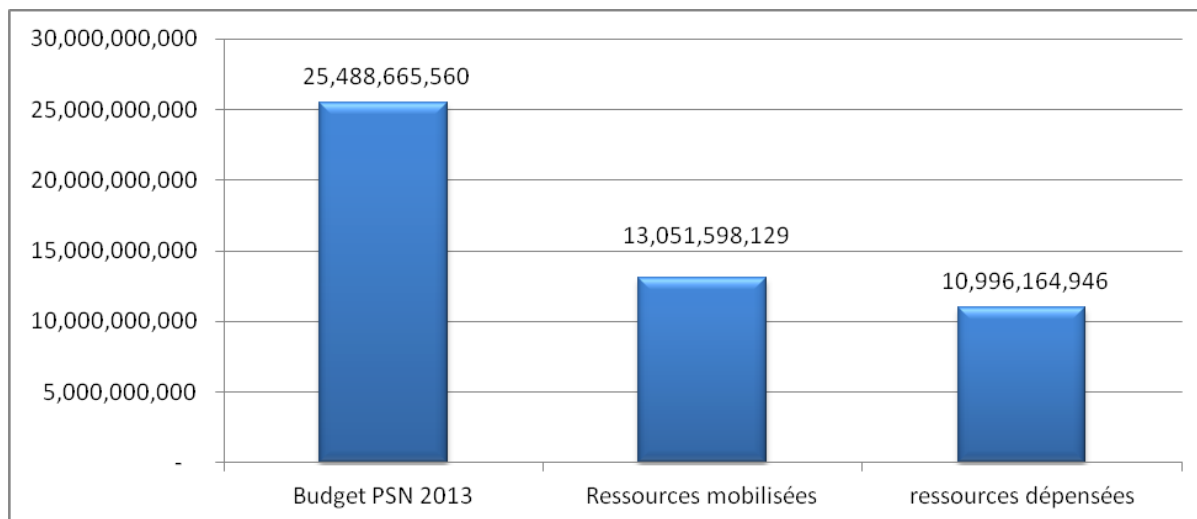


Figure 2 : Ressources prévues, mobilisées et dépensées en 2013

5.2 Dépenses par source de financement

Les financements extérieurs représentent 85,57% des dépenses totales en 2013 contre 14,43% des financements publics. Depuis 2011, les financements extérieurs annuels avoisinent en moyenne neuf milliards.

Les dépenses sur fonds publics ont connu une augmentation importante passant de 143 millions en 2011 à 1,5 milliard en 2013. Ce progrès marque l'engagement de l'Etat dans la mise en œuvre de la feuille de route sur la responsabilité partagée de l'Union Africaine promue par le Président de la République.

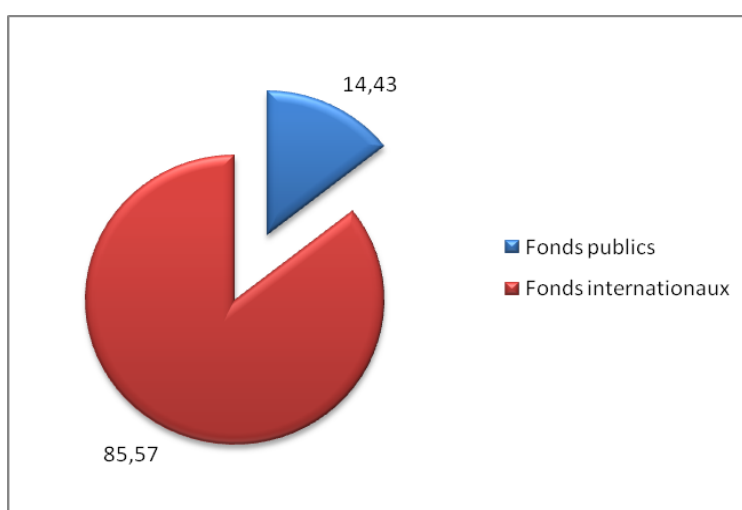


Figure 3 : Sources de financement en 2013

Tableau 1 : Répartition des dépenses par source de financement en 2013

Sources de financement				Dépenses
FS.01	Fonds publics	FS.01.01 Fonds des gouvernements territoriaux	FS.01.01.01 Recettes du gouvernement central	1 586 513 335
		Total FS.01.01 Fonds des gouvernements territoriaux		1 586 513 335
Total	FS.01 Fonds publics			1 586 513 335
FS.03	Fonds internationaux	FS.03.01 Contributions bilatérales directes	FS.03.01.07 Gouvernement français	570 564 499
			FS.03.01.08 Gouvernement allemand	320 372 855
			FS.03.01.14 Gouvernement néerlandais	538 705 745
			FS.03.01.20 Gouvernement suisse	2 000 000
			FS.03.01.22 Gouvernement américain	695 387 698
		Total FS.03.01 Contributions bilatérales directes		2 127 030 797
		FS.03.02 Organismes multilatéraux administrant des subventions affectées	FS.03.02.02 Commission européenne	62 593 500
			FS.03.02.04 Organisation internationale du Travail (OIT)	16 814 500
			FS.03.02.06 Banques régionales de développement	18 380 000
			FS.03.02.07 Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	6 310 218 868
			FS.03.02.08 Secrétariat de l'ONUSIDA	198 404 500
			FS.03.02.09 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	132 432 500
			FS.03.02.17 Fonds des Nations unies pour la population (UNPFA)	349 260 000
			FS.03.02.18 Banque mondiale (BM)	31 875 291
			FS.03.02.20 Organisation mondiale de la Santé (OMS)	20 902 690
		Total FS.03.02 Organismes multilatéraux administrant des subventions affectées		7 140 881 849

Sources de financement			Dépenses
	FS.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif	FS.03.03.06 Fondation Bill et Melinda Gates	8 200 000
		FS.03.03.22 Plan International	60 895 500
		FS.03.03.23 PSI (Population Services International)	61 193 685
		FS.03.03.99 Autres organisations et fondations internationales à but non lucratif n.c.a.	11 449 780
	Total FS.03.03 Organisations et fondations internationales à but non lucratif		141 738 965
Total Fonds internationaux			9 409 651 611
Total general			10 996 164 946

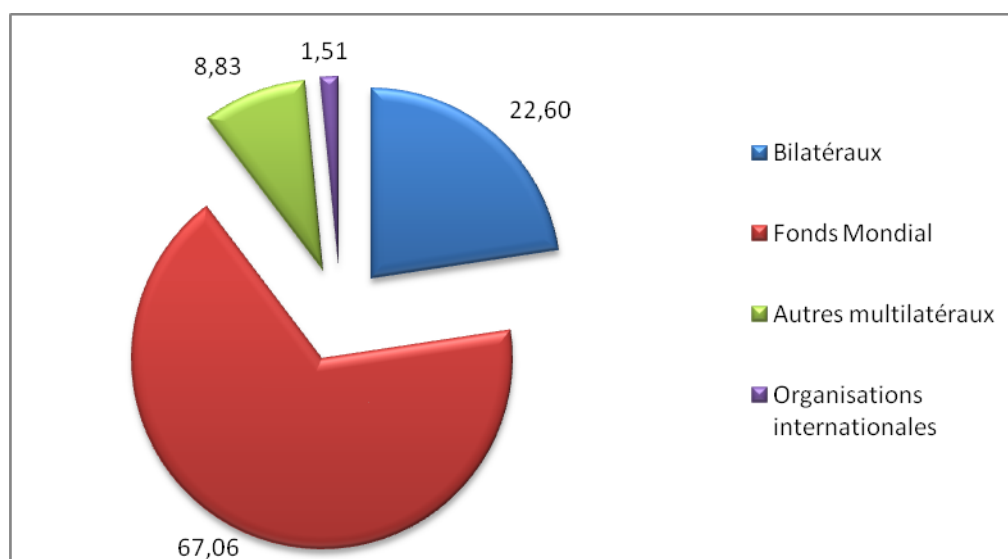


Figure 4 : Décomposition des dépenses du financement extérieur en 2013

Les financements extérieurs sont composés des fonds des bilatéraux, des multilatéraux et des fondations et autres organisations internationales. Les principaux bailleurs extérieurs de la riposte au VIH/sida sont : Le Fonds Mondial, les nations unies et les bilatéraux (Etats Unis, la France, les Pays bas et l'Allemagne).

5.3 Dépenses par agent financier

En 2013, les dépenses par agents de financement en termes de proportion, on n'a pas noté un changement sensible entre le secteur public (47,17%) et les organismes internationaux (44,31%). Par contre peu des ressources consacrées à la lutte contre

le sida transigent par les agents du secteur privé comme on peut l'observer sur le graphique ci-dessous.

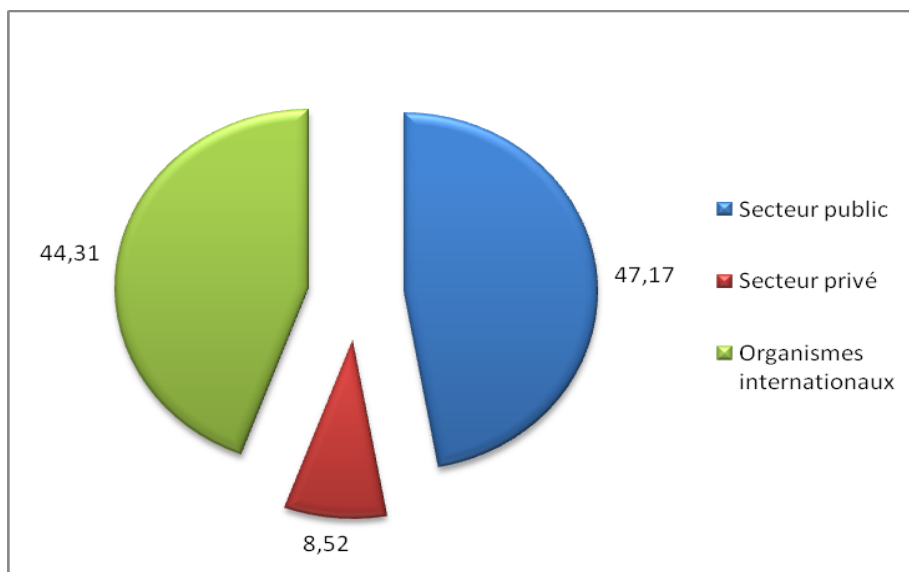


Figure 5 : Répartition des dépenses par agent financier en 2013

5.4 Dépenses par chapitre d'interventions

Sur le graphique suivant nous pouvons observer qu'environ 53% des ressources sont allouées aux interventions liées aux programmes de prévention (32,61%) aux soins et traitement (20,41%). Quant à la gestion et administration des programmes elle occupe (37,33%) des dépenses et prend en compte les salaires, le fonctionnement et la coordination.

Contrairement à l'année 2012, les dépenses relatives aux soins et traitement ont connu une chute remarquable (37,09% en 2012 contre 20,41% en 2013). Ceci s'explique par la durée de la transition observée de la phase 1 à la phase 2 du round 9 du Fonds Mondial.

Aussi, les ressources allouées aux OEV se sont amenuisées et sont passées de 2,24% en 2012 à 0,38% en 2013. Cela se justifie par le fait qu'actuellement, le Fonds Mondial reste le principal bailleur qui accompagne l'appui aux OEV. Sur 22530 OEV recensés en 2012 et qui nécessitent d'être pris en charge seulement 11886 OEV, soit 52,75% sont pris en charge sur financement de Fonds Mondial. Il reste un gap de 47,25% d'OEV qui attendent d'être en charge. Cette situation est préoccupante et interpelle une action conséquente de l'Etat et des autres partenaires.

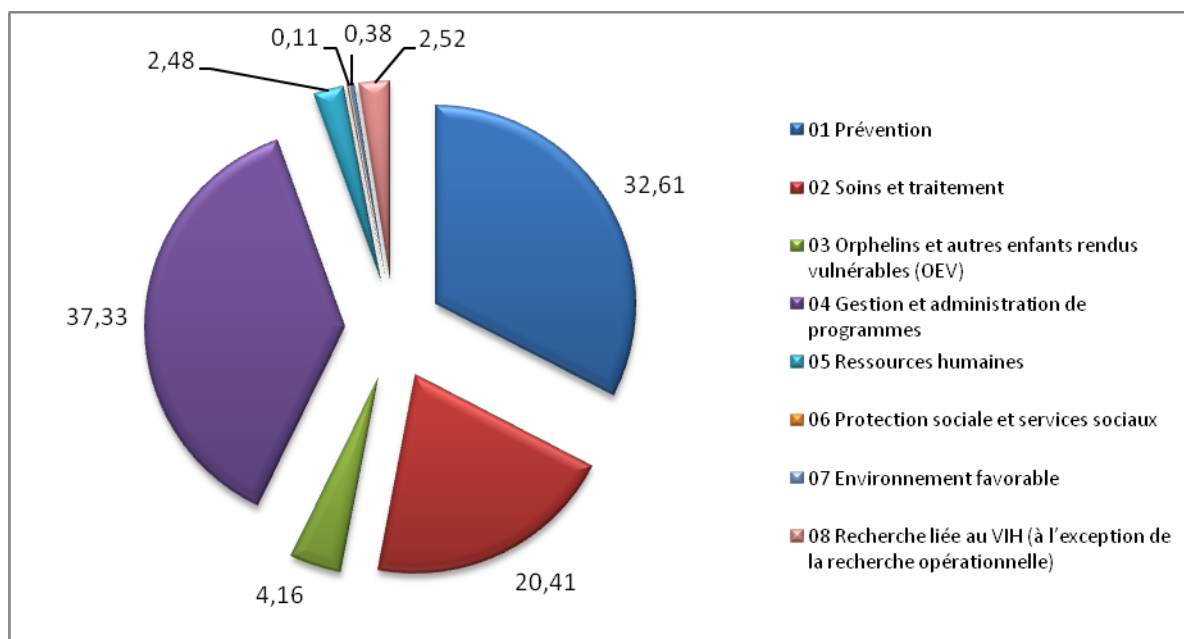


Figure 6: Répartition des dépenses par chapitre d'interventions en 2013

5.4.1 Les dépenses de Prévention

Les dépenses liées aux interventions qui contribuent à la réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables représentent (40%), s'en suivent celles liées à la Communication pour le changement social et comportemental (14,58%). La mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial a connu une augmentation de plus de 25% par rapport au taux enregistré en 2012.

Quant aux interventions liées à la réduction du risque de la transmission mère-enfant (PTME), elles ont connu un accroissement de plus de 95% comparativement à l'année 2012. Ceci s'explique par la mise en œuvre du plan d'Élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant.

Par contre les interventions en direction des jeunes gens scolarisés ont connu une baisse drastique en passant de 208 745 671 FCFA à 32 826 000 FCFA. Plusieurs raisons expliquent cet état de chose. Tout d'abord, il y a l'appréciation faite de la faible prévalence observée au sein de ce groupe (0,4% en 2012). En effet, le cadre d'investissement de l'ONUSIDA a permis de privilégier les interventions en direction des populations motrices de l'épidémie (TS, HSH,UDI ...). Ensuite, cette cible constituait un groupe privilégié du PMLS 2 qui malheureusement a clôturé en juin 2012. Cette situation laisse la porte ouverte à la recrudescence des comportements sexuels à risques avec pour conséquence éventuelle la montée de la prévalence au sein de cette cible qui est sexuellement active. Cette baisse des interventions constatée au sein de cette catégorie de personnes, socle de développement, pourrait constituer une entrave pour leur avenir et par ricochet celui du pays.

Tableau 2 : Décomposition des dépenses de prévention par source de financement en 2013

ASC.01 Prévention	ASC.01.01 Communication pour le changement social et comportemental	522 967 507
	ASC.01.02 Mobilisation communautaire	2 208 095
	ASC.01.03 Conseil et test volontaires (CTV)	493 250 355
	ASC.01.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles	1 440 094 068
	ASC.01.05 Prévention – jeunes gens scolarisés	32 826 000
	ASC.01.07 Prévention de la transmission du VIH parmi les personnes vivant avec le VIH (PVV)	43 293 000
	ASC.01.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail	158 300 431
	ASC.01.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial	460 554 237
	ASC.01.17 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)	432 254 006
Total ASC.01 Prévention	3 585 747 699	

5.4.2 Les dépenses de soins et traitement

En 2013, les dépenses totales liées aux soins et traitement s'élèvent à 2 243 823 314 FCFA contre 3 204.869 362 FCFA en 2012. On note une tendance à la baisse des dépenses totales allouées à ces types d'interventions. Par contre en termes de proportion on ne remarque pas une grande différence (20,80% en 2012 et 20,41% en 2013).

Les dépenses de soins et traitement sont essentiellement consacrées à la thérapie antirétrovirale.

Tableau 3 : Dépenses de soins et traitement

ASC.02 Soins et traitement	ASC.02.01 Soins ambulatoires	2 109 205 719
	ASC.02.02 Soins hospitaliers	114 200 000
	ASC.02.98 Services de soins et traitement, non ventilés par type d'activité	5 632 500
	ASC.02.99 Services de soins et de traitement, non classifiés ailleurs (n.c.a.)	14 785 095
Total ASC.02 Soins et traitement	2 243 823 314	

5.4.3 Les dépenses de soutien

Tableau 4 : Décomposition des dépenses des Orphelins et autres enfants rendus vulnérables par source de financement en 2013

ASC.03 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	ASC.03.01 Education des OEV	15 143 000
	ASC.03.98 Services destinés aux OEV, non ventilés par type d'activité	442 670 476
Total ASC.03 Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)		457 813 476

Les dépenses consacrées au paquet d'activités offert aux OEV sont de 4,90% des dépenses totales.

Tableau 5 : Décomposition des dépenses liées à la protection sociale par source de financement en 2013

ASC.06 Protection sociale et services sociaux	ASC.06.01 Protection sociale sous forme d'avantages financiers	7 585 536
	ASC.06.99 Services de protection sociale et services sociaux, non classifiés ailleurs (n.c.a.)	4 640 023
Total ASC.06 protection sociale et services sociaux		12 225 559

5.4.4 Les dépenses pour un environnement favorable

Sur les dépenses totales engagées au titre de l'année 2013, seulement 0,38% ont été consacrées aux interventions visant à rendre l'environnement favorable à la lutte contre le VIH et le Sida. Il s'agit entre autres des questions de protection des droits de l'homme, des programmes de réduction des violences sexiste...

Tableau 6 : Décomposition des dépenses d'un environnement favorable par source de financement en 2013

ASC.07 Environnement favorable	ASC.07.02 Programmes de protection des droits de l'homme	5 465 500
	ASC.07.03 Renforcement institutionnel spécifique à la riposte au sida	12 636 500
	ASC.07.98 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable, non ventilées par type d'activité	10 200 000
	ASC.07.99 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable, non classifiées ailleurs (n.c.a)	13 179 500
Total ASC.07 Environnement favorable		41 481 500

5.4.5 Les dépenses d'administration et de coordination

Les dépenses d'administration et de Coordination en 2013 ont baissé par rapport aux dépenses de l'année 2012. En effet, ces dépenses sont passées de 6 974 032 134 fcfa en 2012 à 4 105 364 785 fcfa en 2013 soit une régression de 41%. La répartition de ces dépenses permet de constater que les fonds consacrées à "l'amélioration et construction d'infrastructures" ont été réduits passant de 16,65% en 2012 à 3,70% en 2013. Dans le même temps, il faut noter une augmentation relative des dépenses en systèmes d'approvisionnement en médicaments (passant de 12% à 18,49% en 2013). Il faut aussi noter l'apparition de dépenses liées aux coûts administratifs et de transaction à la gestion et au décaissement des fonds (6,59% des dépenses 2013 d'administration et de coordination).

Il convient de mentionner que les dépenses d'administration et de coordination comprennent également les dépenses salariales du personnel dédié à la gestion des projets VIH.

Tableau 7 : Décomposition des dépenses de développement du programme en 2013

Interventions	2012	%	2013	%
ASC.04 Gestion et administration de programmes	6 974 032 134	100,00%	4 105 364 785	100,00%
ASC.04.01 Planification, coordination et gestion de programmes	4 177 618 312	59,90%	2 526 000 976	61,53%
ASC.04.03 Suivi et évaluation	585 283 570	8,39%	351 376 746	8,56%
ASC.04.04 Recherche opérationnelle	28 495 541	0,41%		0,00%
ASC.04.05 Surveillance sérologique (sérosurveillance)	79 850 000	1,14%		0,00%
ASC.04.07 Systèmes d'approvisionnement en médicaments	836 982 301	12,00%	759 087 361	18,49%
ASC.04.08 Technologies de l'information	104 473 309	1,50%	37 024 844	0,90%
ASC.04.10 Amélioration et construction d'infrastructures	1 161 329 101	16,65%	151 913 392	3,70%
ASC.04.02 Coûts administratifs et de transactions liés à la gestion et au décaissement de fonds			270 467 544	6,59%
ASC.04.09 Supervision assurée par le personnel et suivi des patients			6 493 922	0,16%
ASC.04.99 Gestion et administration de programmes, données non classifiées ailleurs (n.c.a.)			3 000 000	0,07%

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).

En 2013, ces dépenses salariales du personnel s'élèvent à 1 559 612 523 FCFA, restant dans la tendance à la hausse depuis 2011. Les efforts de 2013 représentent 14,18% des dépenses totales du Sida.

Les dépenses de renforcement de capacité (formation individuelle, stage et formation collective) s'élèvent en 2013 à 272 198 700 FCFA.

Déjà indexé par les rapports précédents (REDES 2011, 2012), le problème de la mobilité du personnel intervenant dans la lutte reste toujours d'actualité, ayant pour conséquences un perpétuel besoin de renforcement de capacités, pratiquement sur les mêmes thématiques.

5.5 Dépenses par population bénéficiaire

5.5.1 Cas des dépenses par rapport aux groupes de population

Tableau 8 : Répartition des dépenses par population bénéficiaire en 2013

Populations cibles	Dépenses en 2012 (FCFA)	%	Dépenses en 2013 (FCFA)	%
BP.01 Personnes vivant avec le VIH (indépendamment du diagnostic médical/clinique concernant le sida)	4 775 170 412	30,99	3 540 686 214	32,20
BP.02 Groupes de population particulièrement vulnérables	395 033 828	2,56	922 111 314	8,39
BP.03 Autres groupes de population clés	1 833 318 768	11,9	1 400 097 884	12,73
BP.04 Groupes de population spécifiques accessibles	1 024 013 719	6,65	1 429 120 495	13,00
BP.05 Ensemble de la population	1 771 081 648	11,5	2 665 743 775	24,24
BP.06 Initiatives non ciblées	5 136 434 587	33,34	1 038 405 264	9,44
TOTAL	15 405 503 861	100,00	10 996 164 946	100,00

Contrairement aux deux années précédentes, les activités de lutte contre le Sida en 2013 ont été plus orientées vers des groupes spécifiques. Le premier constat, c'est la constante que les personnes vivant avec le VIH bénéficient du tiers des dépenses : 32,20% en 2013 contre 30,99% en 2012. Les initiatives non ciblées ont largement diminué au profit groupes spécifiques accessibles (HSH, UDI, TS, etc). Si en 2012, les initiatives non ciblées représentaient 33,34% des dépenses, en 2013, elles ne représentent plus que 9,44%. Les interventions sont donc mieux orientées vers les groupes de population spécifiques. Ainsi d'une part, la population des TS, HSH, UDI ont reçu 8% des dépenses (contre 2,56% en 2012) et d'autre part, la population des jeunes, les hommes en uniforme et le monde du travail a reçu 13% des dépenses de 2013 contre 6,65% en 2012.

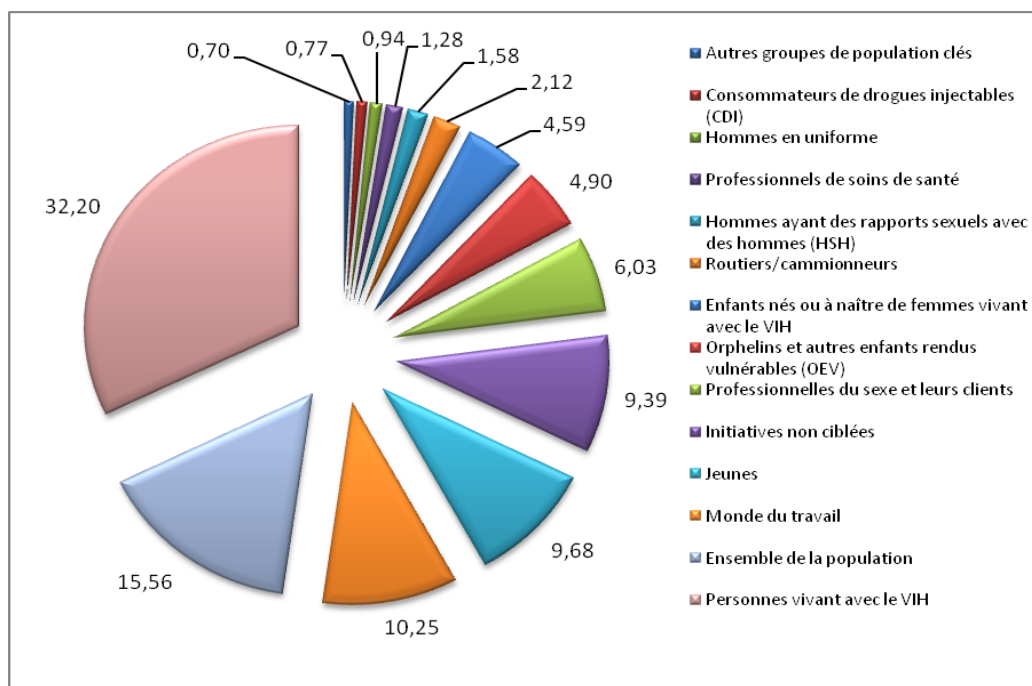


Figure 7 : Répartition des dépenses par population bénéficiaire en 2013

5.6 Dépenses par type de facteurs de production (objets de dépense)

Les dépenses totales pourraient se répartir en dépenses courantes et en dépenses en investissement.

Les dépenses courantes s'élèvent à 10 467 344 091 FCFA et les dépenses en investissement sont de 528 820 855 FCFA. Relativement aux dépenses totales du sida en 2013, ces deux rubriques représentent respectivement 95,19% et 4,81%.

Au niveau des dépenses courantes, le poste de revenu du travail comprend les compensations des emplois, les frais de missions, les incitations monétaires pour les acteurs de terrain, etc. Le cumul des dépenses en ARV, en réactifs de laboratoire et consommables médicaux s'élèvent à 3 306 291 226 FCFA soit 31,6% des dépenses courantes de l'année 2013.

Le poste de services représente 25,5% des dépenses courantes. Ce poste intègre les services de consultances, les services de maintenance et réparation, les services d'hébergement, restauration et assimilés et même les services administratifs.

Tableau 9 : Décomposition des dépenses courantes en 2013

	Montant	Proportion
Revenus du travail (indemnisation et rémunération)	3 000 834 960	28,7%
Antirétroviraux et autres produits médicaux	2 332 698 358	22,3%
Réactifs et consommables médicaux	973 592 868	9,3%
Autres produits et fournitures (préservatifs, fournitures scolaires, etc)	1 490 343 229	14,2%
Services	2 669 874 676	25,5%
Total Dépenses courantes	10 467 344 091	100,0%

La décomposition des dépenses en investissement révèle que ces dépenses sont réparties pour les trois-quarts en équipements et le dernier quart en constructions.

Tableau 10 : Décomposition des dépenses d'investissement en 2013

Constructions	141 693 012	26,8%
Modernisation des laboratoires et autres infrastructures	68 871 250	
Constructions de nouveaux établissements de santé	56 943 142	
Constructions, données non classifiées ailleurs	15 878 620	
Equipements	387 127 843	73,2%
Matériels roulants	1 500 000	
Technologie de l'information (matériels et logiciels informatiques)	187 024 844	
Laboratoires et autres équipements médicaux	76 833 121	
Equipements, données non ventilées par type	32 636 865	
Equipements, données non classifiées ailleurs	9 367 455	
Dépenses en capital, données non classifiées ailleurs	79 765 558	
Total Dépenses d'investissements	528 820 855	100,0%

VI- DIFFICULTES RENCONTREES ET PERSPECTIVES

6.1 Difficultés

La réalisation de cette étude a été marquée par plusieurs difficultés à savoir :

- La non participation de la majeure partie des comptables à la formation pour une meilleure appropriation des outils REDES ;
- 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 ;
- Le retard constaté dans la fourniture des données par certains fournisseurs de données.

6.2 Perspectives

Plusieurs défis restent à relever :

- l'organisation des rencontres sectorielles pour l'implication des structures dans la mise en œuvre et la pérennisation du processus ;
- l'adaptation et la mise à la disposition des acteurs les outils de collecte de données harmonisés;
- le développement d'un plaidoyer en vue de l'harmonisation du système de rapportage financier au niveau national ;
- la large diffusion du présent rapport au niveau national et international ;
- l'élargissement de l'équipe d'experts nationaux ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation des fournisseurs de données sur l'importance et la méthodologie du REDES.

VII- RECOMMANDATIONS

- Elaborer, faire adopter et utiliser un canevas facilitant la collecte des données;
- Prendre en compte dès la formation l'ensemble des structures impliquées dans la lutte contre le VIH/Sida et surtout les acteurs prioritaires à savoir les coordonnateurs, les responsables suivi-évaluation et les responsables financiers des structures ;
- Renforcer les capacités de l'équipe nationale sur la maîtrise du logiciel NASA;

VIII - CONCLUSION

ANNEXES

Annexe 1 : Dépenses par agent financier	38
Annexe 2 : Répartition des agents de financement par source de financement.....	38
Annexe 3 : Dépenses par chapitre d'interventions	38
Annexe 4 : Dépenses par population bénéficiaire	38
Annexe 5 : Dépenses par prestataire	38
Annexe 6 : Liste des structures et personnes rencontrées.....	38

Annexe 1 : Dépenses par agent financier

Annexe 2 : Répartition des agents de financement par source de financement

Annexe 3 : Dépenses par chapitre d'interventions

Annexe 4 : Dépenses par population bénéficiaire

Annexe 5 : Dépenses par prestataire

Annexe 6 : Liste des structures et personnes rencontrées